

Alba Beltrán Ruiz i Alba Jané Pàmies

**VIVÈNCIES I REFLEXIONS DE LES INFERMERES
I INFERMERS DAVANT LA SEVA PARTICIPACIÓ
EN SITUACIONS DE CATÀSTROFE I INCIDENTS
AMB MÚLTIPLES VÍCTIMES**

Treball fi de grau

Dirigit per: Dra. Marina Gómez de Quero Córdoba

Infermeria



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Facultat d'Infermeria

El Vendrell, 2024

AGRAÏMENTS

Volem expressar el nostre agraïment, en primer lloc, als professionals d'infermeria que han participat de forma voluntària i sense ànim de lucre en aquest estudi. La seva col·laboració ha estat essencial per dur a terme aquesta recerca, i valorem moltíssim la seva generositat per haver compartit les seves vivències i reflexions amb nosaltres, així com per haver-nos permès utilitzar-les amb finalitats educatives.

En segon lloc, volem agrair profundament a la nostra tutora, la Dra. Marina Gómez De Quero, per haver fet possible aquest treball gràcies a la seva confiança dipositada en nosaltres, per les facilitats que ens ha ofert, i per la seva atenció i suport durant tot el procés d'elaboració. També aprofitar per agrair a la Universitat Rovira i Virgili (URV) per haver-nos facilitat totes les eines necessàries per poder dur a terme el nostre treball.

De manera especial, volem mencionar als nostres familiars i amics que han estat al nostre costat en els moments difícils al llarg de la carrera. Han estat un pilar fonamental durant tot aquest temps, i és per aquest motiu que els volem dedicar especialment aquest treball.

ÍNDIX DE CONTINGUTS

1.	RESUM I ABSTRACT	8
2.	INTRODUCCIÓ.....	10
3.	JUSTIFICACIÓ	12
4.	MARC TEÒRIC.....	14
4.1.	HISTORIA DE L'ATENCIÓ EN URGÈNCIES I EMERGÈNCIES I LA INFERMERIA.....	14
4.2.	CATÀSTROFES. TIPUS DE CATÀSTROFES	15
4.3.	EL TRIATGE. NIVELLS DE TRIATGE	16
4.4.	ZONIFICACIÓ DE L'ESCENARI EN CATÀSTROFES	19
5.	HIPÒTESI I OBJECTIUS	22
5.1.	PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ	22
5.2.	OBJECTIUS.....	22
6.	METODOLOGIA	23
6.1.	CERCA BIBLIOGRÀFICA.....	23
6.2.	TIPUS D'ESTUDI	23
6.3.	ÀMBIT D'ESTUDI.....	24
6.4.	POBLACIÓ DIANA I MOSTRA	25
6.5.	RECOLLIDA DE DADES	26
6.6.	ANÀLISI DE LES DADES.....	27
6.7.	ASPECTES ÈTICS.....	27
6.8.	CRONOGRAMA.....	29
7.	RESULTATS.....	30
8.	DISCUSSIÓ	47
9.	CONCLUSIÓ.....	52
10.	LIMITACIONS I FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ	54
10.1.	LIMITACIONS.....	54
10.2.	FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ.....	54

11. BIBLIOGRAFIA	56
12. ANNEXES.....	61
Annex 1. Zonificació de l'àrea de l'accident.	61
Annex 2. Guió de l'entrevista semidirigida.	62
Annex 3. Formulari d'autoavaluació sobre els aspectes ètics.....	63
Annex 4. Storie per a la divulgació i captació de la mostra.	67
Annex 5. Consentiment informat.	68
Annex 6. Transcripció de les entrevistes realitzades als professionals d'infermeria.	71

ÍNDIX D'ABREVIATURES

AMV. Accident de Múltiples Víctimes.

CIE. Consejo Internacional de Enfermería.

EPIS. Equipos de Protección Individual.

EVA. Escala Visual Analògica.

GCS. Escala de Coma de Glasgow.

IFEMA. Institución Ferial de Madrid.

IMV. Incident de Múltiples Víctimes.

OMS. Organització Mundial de la Salut.

ONU. Organització de les Nacions Unides.

PASU. Plan de Actuación Sanitaria de Urgencias.

PMA. Lloc Mèdic Avançat.

RAE. Real Acadèmia Espanyola.

SAMU. Sistema de Asistencia Médica de Urgencias.

SEM. Sistema de Emergencias Médicas.

SEME. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

SUMMA. Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid.

SVA. Suport Vital Avançat.

TCE. Traumatisme craneoencefàlic.

UAD. Unidad de Asistencia Domiciliaria.

UVI. Unidad Móvil Medicalizada.

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Diferències entre IMV i catàstrofes.

Taula 2. Cronograma.

Taula 3. Categories i subcategories.

ÍNDIX DE GRÀFICS I FIGURES

Figura 1. Cadena assistencial i zonificació de l'escenari.

Figura 2. Zonificació de l'àrea de catàstrofe.

Figura 3. Storie per a la divulgació i captació de la mostra.

GLOSSARI

Debriefing (psicològic). És una intervenció breu que es realitza després d'un succés traumàtic. En aquesta reunió participa un grup d'individus que han experimentat l'esdeveniment, així com qualsevol professional implicat en les tasques després del succés catastròfic (5).

Desastre. Segons l'OMS, són "aquelles situacions imprevistes que representen serioses i immediates amenaces per a la salut pública o qualsevol situació de salut pública que posa en perill la vida o salut d'una quantitat significativa de persones i exigeix l'acció". Segons l'ONU, són "disrupcions (ruptures) del sistema ecològic humà que excedeixen la capacitat de resposta de la comunitat afectada per abordar els efectes i funcionar amb normalitat" (1).

Emergència. "Succés o accident que sobrevé de manera imprevista, afectant la integritat física de les persones o els béns, de manera col·lectiva o individual, i que, a vegades, arriba a constituir una catàstrofe o una calamitat" (2).

Hospital de campanya. Segons la OMS, és "una infraestructura d'atenció sanitària mòbil, autocontinguda i autosuficient que es pot desplegar, instal·lar i expandir, o en el seu defecte desmantellar, amb rapidesa per satisfer les necessitats immediates d'atenció de salut durant un lapse determinat" (4).

Síndrome de Burnout o Síndrome del desgast professional. És una resposta a l'estrès laboral crònic integrat per actituds i sentiments negatius cap a les persones amb les quals es treballa i cap al propi rol professional, així com per la vivència de trobar-se esgotat. Va ser declarat per l'OMS l'any 2000 com un factor de risc laboral a causa de la seva capacitat per afectar a la salut mental, a la qualitat de vida i, fins i tot, a posar en risc la vida del treballador que ho pateix (6, 7).

Urgència. "Situació o estat caracteritzat per una reducció marcada i clara en les capacitats de la gent per patir les condicions de vida normals, amb resultat de dany o risc per a la salut, vida i sustent" (3).

1. RESUM I ABSTRACT

1.1. RESUM

Aquest treball de fi de grau analitza les vivències i reflexions dels professionals d'infermeria que han participat en situacions d'urgència i d'emergència, com ho són les catàstrofes i els incidents amb múltiples víctimes. L'objectiu principal és comprendre com aquestes experiències poden impactar en l'àmbit personal i professional d'aquests professionals de la salut.

Per realitzar-lo, s'ha utilitzat el mètode d'estudi qualitatiu, basat a realitzar entrevistes semiestructurades a infermers i infermeres que han estat en contacte directe amb aquest tipus d'esdeveniments. Els resultats obtinguts mostren que les vivències en aquestes situacions generen un gran impacte emocional, però també afavoreixen el creixement personal i la reflexió professional. Els professionals d'infermeria que han participat destaquen la importància que té la formació, el treball en equip i el suport emocional. Aquestes són les vuit categories que es van trobar després de categoritzar les sis entrevistes realitzades: emergència, formació, emocions, punt d'inflexió, equip interdisciplinari, rol d'infermeria, triatge i consells.

Aquesta investigació contribueix a donar visibilitat a la dimensió d'humanitat que té la professió d'infermeria en contextos d'alta complexitat i assenyala la necessitat de reforçar els recursos de suport als infermers i infermeres.

Paraules clau: IMV, catàstrofe, infermeria, emocions, vivències, experiències, suport emocional.

1.2. ABSTRACT

This final degree project analyses the experiences and reflections of nursing professionals who have participated in emergency situations, such as catastrophes and incidents with multiple victims. The main objective is to understand how these experiences can have an impact on the professional and personal lives of these health professionals.

A qualitative study method was used, based on semi-structured interviews with nurses in direct contact with these types of events. The results obtained show that the experiences in these situations have a great emotional impact but also favour personal growth and professional reflection. The nurses who participated in the study emphasised the importance of training, teamwork and emotional support. These are the eight

categories that were found after categorising the six interviews conducted: emergency, training, emotions, turning point, interdisciplinary team, nursing role, triage and advice.

This research contributes to giving visibility to the human dimension of the nursing profession in highly complex and points to the need to reinforce support resources for nurses.

Keywords: mass casualty incidents, disaster, nursing, emotions, experiences, emotional support.

2. INTRODUCCIÓ

Durant la dècada del 1990 i el 2000, les catàstrofes van provocar una mitjana de 75.000 morts anuals, van afectar una mitjana anual de 256 milions de persones i van provocar pèrdues econòmiques de més de 650.000 milions d'euros, provocant un significatiu impacte negatiu sobre la salut pública i sobre el grau de desenvolupament de les poblacions afectades (1-8).

Segons l'Organització Meteorològica Mundial (OMM) i l'Oficina de les Nacions Unides per a la Reducció del Risc de Desastres (UNDRR), en els darrers 50 anys, el canvi climàtic i els fenòmens meteorològics han provocat un augment de les catàstrofes naturals, impactant desproporcionadament en els països més pobres (9).

Entre els anys 1970 i el 2019, segons l'Atlas de Mortalitat i Pèrdues Econòmiques per Fenòmens Meteorològics, Climàtics i Hídrics dels organismes, aquests perills naturals van representar el 50% dels desastres, el 45% de les morts ocasionades i el 74% de les pèrdues econòmiques produïdes. Pel que fa a Europa, es van registrar 1672 catàstrofes, les quals van produir 159.438 morts, atribuint el 38% a les inundacions i el 32% a les tempestes (9).

La infermeria és una de les principals professions sanitàries implicades en la participació i resolució de situacions de catàstrofes i emergències en l'àmbit extrahospitalari, és a dir, en la participació d'incidents amb múltiples víctimes (3). Aquestes exerceixen un paper fonamental en situacions de catàstrofes a causa de la seva formació en l'atenció mèdica, el maneig d'emergències i el suport psicològic. Les seves funcions inclouen diverses àrees, des de l'atenció directa al pacient fins a la coordinació i l'educació comunitària i, entre elles, trobem l'avaluació i el triatge, l'atenció clínica tan inicial com continua i el maneig d'emergències, la prevenció i el control d'infeccions, la coordinació i la logística, el suport psicològic i emocional, l'educació i la preparació comunitària, la supervisió i el lideratge i l'avaluació postcatàstrofe, on analitza l'impacte i contribueix a la proposta de millors plans de resposta (10, 11).

Un incident amb múltiples víctimes (IMV), anteriorment anomenat accident amb múltiples víctimes (AMV), és una situació crítica que requereix una resposta coordinada i ràpida dels equips d'emergència, amb l'objectiu d'assegurar la supervivència de les víctimes, minimitzar al màxim el temps d'espera per rebre un tractament i millorar la seguretat dels pacients. Per això, cal una correcta coordinació i primera evacuació dels ferits, en funció de la seva gravetat i el seu pronòstic. Sovint, solen ser situacions

complexes on la demanda d'atenció sanitària supera els recursos, posant a prova la capacitat de resposta dels professionals sanitaris, i molts cops sobrepassant-la a causa de les necessitats generades pel succés, ja que, en funció de l'efectivitat i l'eficàcia de l'organització dels professionals, dependrà la supervivència de les víctimes. Aquestes situacions poden generar un impacte emocional significatiu en els professionals, pel fet que s'han d'enfrontar a escenaris d'alt estrès, patiment humà i decisions ràpides sota pressió (10, 11).

Es considera un IMV qualsevol emergència sanitària amb sis o més víctimes potencialment greus o deu o més víctimes que qualsevol categoria (10, 11).

3. JUSTIFICACIÓ

La investigació en infermeria de catàstrofes i incidents amb múltiples víctimes és crucial a causa de la freqüència i gravetat d'aquests esdeveniments en el món actual. Els desastres naturals (en els darrers anys, l'Organització Nacional de les Nacions Unides adverteix que el canvi climàtic i els fenòmens meteorològics són cada cop més extrems i que, durant els últims cinquanta anys, han provocat un important augment de les catàstrofes relacionades amb el clima), conflictes armats, accidents de transport i actes terroristes generen situacions que poden desbordar els serveis sanitaris, requerint una resposta ràpida i eficaç. Malgrat la seva importància, els estudis científics sobre les funcions específiques dels infermers durant un desastre són escassos. Aquesta manca de recerca limita la capacitat dels professionals d'infermeria per optimitzar el seu paper en la gestió de crisi, des de l'avaluació ràpida de necessitats fins a l'atenció psicològica de les víctimes. Per tant, és imperatiu fomentar la investigació científica d'infermeria en aquest camp per millorar la formació, desenvolupar protocols més efectius i, en última instància, reduir la morbimortalitat associada a aquests esdeveniments catastròfics (12, 13).

Quan es produeix una catàstrofe, el personal d'infermeria és el primer a actuar, per la qual cosa tenen un paper fonamental davant aquestes situacions. Infermeria, en situació de catàstrofe, es caracteritza per tindre un ple coneixement en l'atenció de les víctimes, i per això han de tindre una alta capacitat resolutiva, a nivell professional i personal. D'aquesta manera, seran capaços d'actuar davant situacions d'emergència de forma eficaç i eficient, per a poder brindar solucions dintre de l'equip multidisciplinari del servei d'emergències (12, 13).

Segons el CIE, infermeria és qui, en situació de catàstrofe, coordina els serveis i cuidatges, realitza els triatges, proporciona informació i formació i ofereix assessorament. A conseqüència d'aquest tipus de situacions, la feina que s'exigeix al personal d'infermeria és més dura i exhaustiva, produint diverses emocions i sentiments negatius entre les persones afectades i els professionals (12, 13).

A vegades, no es té en compte la salut mental dels infermers/es que es troben davant de situacions estressants i traumàtiques com són les catàstrofes. A més, existeix la probabilitat de que puguin desenvolupar trastorns mentals com depressió, ansietat, estrès, inclús pensaments de suïcidi. Tot això pot afectar de manera significativa en el rendiment i en la qualitat de l'atenció que ofereix el personal d'infermeria a les víctimes, i per això, sense cap mena de dubte, prestar atenció a la dimensió psicològica d'aquests

professionals de la salut és el pilar fonamental perquè puguin complir amb la seva funció com infermers en situació d'emergència (12, 13).

Per aquest motiu, la nostra motivació amb aquest treball és profunditzar en les vivències i en les emocions dels infermers/es que han viscut aquestes situacions de màxima tensió i estrès, donant la importància que li pertoca a la seva salut mental (12, 13).

4. MARC TEÒRIC

4.1. HISTORIA DE L'ATENCIÓ EN URGÈNCIES I EMERGÈNCIES I LA INFERMERIA

La història de la creació dels serveis d'urgències i emergències extrahospitalàries va començar durant els conflictes bèl·lics, on era necessari l'atenció sanitària dels ferits durant la guerra. Aquest tipus d'atenció va començar a Egipte, gràcies a Imhotep, el primer metge de la història, qui tractava principalment les fractures dels guerrers. Més tard, això va derivar a la classificació dels ferits en el camp de batalla en els primers indicis d'hospitals de campanya (14).

El 1487, a Màlaga, van tenir lloc els primers hospitals de campanya i les primeres ambulàncies. En aquest període, va intensificar-se la funció del personal infermer a l'hospital, ja que l'encarregat d'acompanyar al metge i d'anotar les prescripcions relacionades amb la medicació i l'alimentació, assegurant-se de què aquestes es complissin (14, 15).

El 1792, durant la guerra napoleònica, Dominique Larrey va crear la primera ambulància volant, atenent els ferits al camp de batalla. El 1830, Hippolyte Larrey va aplicar per primer cop la logística militar per realitzar el tractament dels civils ferits a la via pública (14, 15).

Entre el 1970 i el 1975, va aparèixer la Creu Roja, proporcionant una cobertura sanitària a diferents províncies espanyoles i, publicant el primer Pla Nacional d'Ambulàncies (1988). Durant la dècada dels 80, es va crear la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES), qui cobria parcialment la resposta a l'emergència extrahospitalària, actuant davant els accidents de trànsit i les patologies succeïdes en la via pública. El 1982, amb motiu de la celebració del Campionat Mundial de futbol a Espanya, es van distribuir estratègicament les primeres Unitats Mòbils Medicalitzades (UVI mòbils). El 1983, es va elaborar el Pla d'actuació Sanitària d'Urgència (PASU), el qual abordava la situació real de l'assistència mèdica a les urgències extrahospitalàries, on s'esbossen les bases per la creació d'un Sistema d'Assistència Mèdica d'Urgències (SAMU) i la seva posada en marxa, el transport sanitari i el protocol d'actuació en catàstrofes. A finals del 1987, es va crear el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), una ambulància de transport primari que permetia una assistència més immediata per aquells ciutadans que es troben en una situació de risc (15).

4.2. CATÀSTROFES. TIPUS DE CATÀSTROFES

Una catàstrofe és un esdeveniment que provoca un canvi sobtat, generat per la mateixa naturalesa (autògena) o per la intervenció humana (antropogènica), la qual succeeix de forma instantània i/o progressiva. És a dir, és una ruptura greu en el funcionament de la societat, on es produeixen pèrdues materials, mediambientals i de vides humanes, la qual presenta una amplitud que excedeix les capacitats de la societat per confrontar-la (10).

L'OMS defineix una catàstrofe com a "qualsevol fenomen que provoca danys, perjudicis econòmics, pèrdues de vides humanes i un deteriori de la salut i dels serveis sanitaris en una mesura suficient per a exigir una resposta extraordinària de sectors aliens de la comunitat o zona afectada" (10).

En canvi, la RAE la defineix com a un "succés infaust que altera greument l'ordre regular de les coses" (10).

Aquest tipus de fenòmens es caracteritzen per aparèixer de forma sobtada, amb gran magnitud i grans danys a les estructures de ciutats i estats sencers, a propietats i, sobretot, a la vida de centenars i/o milers de persones (16).

Quan parlem de catàstrofes generades per la pròpia naturalesa, aquestes poden ser:

- Meteorològiques. Aquestes són provocades per huracans, sequeres, inundacions i tornados.
- Geològiques. Provocades per tsunamis, terratrèmols, erupcions volcàniques i desprendiments de terra.
- Biològiques. Causades per epidèmies, plaques i pandèmies.
- Climatològiques. Provocades per onades de fred o de calor i incendis forestals.

Per altra banda, quan parlem de catàstrofes generades per l'ésser humà, aquestes poden ser causades per:

- Els problemes tècnics, com problemes amb els equips de maquinària, explosions, fugues o una estructura precària.
- Els factors socioeconòmics, com la desigualtat social, pobresa, falta de recursos, incompliment dels drets humans, etc.
- Els desastres nuclears, com els assajos amb armes nuclears o els accidents en centrals nuclears.

- Les guerres i els conflictes, com els actes terroristes, bombardejos, genocidis, etc.
- L'error humà, com els accidents de trànsit, incidències, accidents industrials, etc. (16, 17).

Per tant, la diferència entre un IMV i una catàstrofe es troba en el nombre de ferits i en l'espai on es produeix el succés, és a dir, en si existeixen o no dispositius per a tractament in situ, el trasllat cap a centres assistencials adequats, etc. En conclusió, a diferència d'un IMV, una catàstrofe és una desproporció tràgica entre les necessitats i els mitjans disponibles (18), les diferències són:

INCIDENT DE MÚLTIPLES VÍCTIMES	CATÀSTROFE
Inesperat, d'aparició brusca. Apareix de forma sobtada i imprevisible.	Inesperat, d'aparició brusca. Apareix de forma sobtada i imprevisible.
Nombre de víctimes elevat.	Major nombre de víctimes que en un IMV.
No desborda la capacitat assistencial, però suposa una desproporció inicial.	Desborda la capacitat assistencial.
No hi ha una desproporció entre els danys existents i els recursos disponibles. Els danys humans i materials són limitats.	Hi ha una gran desproporció entre els danys existents i els recursos disponibles. Els danys humans i materials són il·limitats.
La seva resolució requereix l'ús de procediments poc habituals. Necessita un pla estratègic preestablert.	La seva resolució requereix procediments no entrenats i habitualment, desconeguts.
Limitat en el temps (generalment hores) i espai.	Prolongat en el temps (generalment dura diversos dies) i espai.
Es resol amb l'ús de dispositius ordinaris.	La seva resolució precisa l'ús de mètodes d'auxili extraordinaris.
L'accés al focus és senzill.	L'accés al focus és difícil.

Taula 1. Diferències entre IMV i catàstrofe.

Font: Elaboració pròpia.

4.3. EL TRIATGE. NIVELLS DE TRIATGE

El triatge és un terme d'origen francès, procedent del verb “trier”, equivalent als verbs “separar”, “cribar” i “seleccionar”. Consisteix en l'avaluació i classificació de les víctimes en funció de la gravetat de la seva condició i el seu pronòstic vital. El seu principal

objectiu és l'optimització de l'ús dels recursos disponibles, per a així poder proporcionar una adequada atenció al màxim nombre de persones possibles en aquelles situacions en què la demanda d'atenció mèdica supera la capacitat de resposta del sistema sanitari (19).

Ha de ser ràpid, personalitzat, dinàmic, adaptat, complet, ha d'evitar evacuacions indiscriminades i ha de seguir un sentit anterògrad, és a dir, no ha de retrocedir sense haver examinat a tots (19, 21).

Pel que fa a la seva classificació, les víctimes d'una catàstrofe es divideixen en cinc nivells de prioritació, en funció de la gravetat de les seves lesions i del compromís vital que aquestes comprometen:

En el nivell o prioritat 1, trobem les emergències vitals, és a dir, aquelles persones que requereixen ser ressuscitades immediatament, ja que presenten un risc vital imminent o una deterioració imminent. Aquestes lesions han de ser assistides en el mateix lloc en el qual són identificades, pel fet que, si no, causen la mort. Són etiquetades amb una etiqueta vermella (19, 21).

Els quadres més representatius són:

- Una parada cardiorespiratòria presenciada i reversible, asfíxia, obstrucció de la via aèria, lesió penetrant de tòrax o un pneumotòrax a tensió.
- Un xoc hipovolèmic sever, una hemorràgia interna activa, ferides en el pericardi, evisceració o ferida visceral, un pacient politraumàtic inestable o cremats amb un percentatge superior al 20%.
- Enverinament per productes químics, complicacions obstètriques actives, deterioració progressiva de les constants vitals o del nivell de resposta (19, 21).

Al nivell o prioritat 2 trobem les emergències, aquelles situacions amb un important risc vital, inestabilitat o dolor molt intens que, de no ser tractat abans dels 30 minuts, poden presentar un risc per a la vida, per tant, són temps-dependents. Són etiquetades amb una etiqueta taronja (19, 21).

Hi podem trobar els següents quadres:

- Codi ICTUS.
- Pacient amb estridor laringi sense utilització de musculatura accessòria, amb dificultat respiratòria i una saturació d'entre el 80 i el 90%.
- Traumatisme cranial, ocular o maxil·lofacial.

- Pacient amb una puntuació d'entre 9 i 12 punts a la GCS o amb signes neurològics.
- Dolor toràctic, sospitós d'angina.
- Bradicàrdia (menor a 45 batecs/minut) o taquicàrdia (superior a 150 batecs/minut), suggestiu de bloqueig o arrítmia.
- Un dolor sever, amb una puntuació a EVA superior a 8.
- Intoxicació farmacològica amb alteració de la consciència.
- Crisis hipertensiva amb clínica cardíaca o neurològica.
- Cremades de les zones especials.
- Hipoglucèmia (menor a 60 mg/dl) o hiperglucèmia (superior a 300 mg/dl) simptomàtica.
- Pèrdues sanguínies amb compromís hemodinàmic, etc. (19, 21).

Al nivell o prioritat 3 trobem les urgències, és a dir, aquelles persones que presenten un estat de salut greu, però hemodinàmicament es troben estables. Aquestes lesions han de ser tractades en menys d'1 hora, ja que la condició del pacient pot progressar a morbiditat. Són etiquetades amb una etiqueta groga (19, 21).

En aquests casos, podem trobar:

- Pèrdua sanguínia sense compromís hemodinàmic.
- Antecedent de crisi convulsiva recent.
- Pacient deshidratat.
- Presència d'un cos estrany esofàgic.
- Pacient amb dificultat respiratòria i saturació entre 80% i 90% o amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- Intoxicació medicamentosa sense compromís de consciència.
- TCE sense pèrdua de consciència, amb una puntuació de 13-14 punts a la GCS.
- Dolor moderat, amb una puntuació d'entre 5 i 8 punts a l'EVA.
- Trauma d'extremitats.
- Ferides de cara i coll o ferides penetrants no complicades, etc. (19, 21).

Al nivell o prioritat 4 trobem les urgències mediates, és a dir, aquelles situacions potencialment complexes, però que no presenten un risc vital potencial. No necessiten una atenció d'alta complexitat i, per tant, aquesta pot ser diferida. Són etiquetades amb una etiqueta verda (19, 21).

Alguns dels quadres són:

- Crisis hipertensiva sense clínica associada.
- TCE sense pèrdua de consciència, amb una puntuació de 15 a la GCS.
- Contusió toràcica sense dificultat respiratòria.
- Extremitat amb un trauma menor, com un esquinç.
- Dolor abdominal inespecífic.
- Dolor lleu, menor a 5 punts a l'EVA.
- Pacient cursant una hipoglucèmia lleu o una hiperglucèmia sense signes i símptomes associats.
- Ferides poc profundes, no situades a la cara ni al coll, etc. (19, 21).

Al nivell o prioritat 5 trobem les atencions generals. Són aquelles situacions no urgents que permeten un retard en l'atenció o que poden ser programades sense risc per al pacient, ja que presenten una menor complexitat. Per tant, el temps màxim d'espera pot ser fins a 4 hores. Són etiquetades amb una etiqueta blava (19, 21).

Hi podem trobar:

- Ferides superficials (no complexes) amb necessitat de sutura, excepte a la cara i al coll.
- Traumes contusos o epistaxi lleu.
- Infeccions respiratòries de vies altes sense signes de gravetat.
- Dificultat respiratòria amb una saturació igual o superior al 90%.
- Diarrea i vòmit sense deshidratació, etc. (19, 21).

A part, trobem les persones sense prioritat. ° Són aquelles amb una capacitat de supervivència nul·la. En conseqüència, no s'ha de prioritzar recursos per a la seva cura (tret que existeixin disponibles). Si són necessàries, han de rebre cures paliatives. Són etiquetades amb una etiqueta negra (10).

4.4. ZONIFICACIÓ DE L'ESCENARI EN CATÀSTROFES

En tota gran emergència resulta primordial la zonificació o sectorització de l'àrea de l'incident, amb l'objectiu d'organitzar l'àrea d'assistència (Figura 1) (22).

Per tant, s'ha de realitzar una primera distinció entre les 3 zones (Figura 2). Aquesta distinció la realitzarà el Comandament Mèdic Operatiu de la zona (MMO) juntament amb el comandament de Bombers i Forces d'Ordre Públic (22).

L'àrea de rescat, calenta o de salvament és el lloc on es troben les víctimes inicialment, és a dir, on ha tingut lloc l'accident. Està reservada exclusivament per al personal dels cossos d'extinció i rescat i es tracta com una zona insegura. A més, en situacions molt concretes, presenta la possibilitat de medicalització i, per tant, poden accedir a ella els serveis sanitaris (20).

L'àrea de socorro o assistencial se situa entre l'àrea de salvament i l'àrea base. És el lloc de destí de les víctimes després de ser classificades i rescatades. Aquí és on el personal sanitari especialitzat desenvolupa les seves funcions, prestant l'assistència necessària a les víctimes. En aquesta àrea es despleguen les següents estructures (10 20):

- El niu de ferits és la primera zona on es concentren els ferits. Aquests són portats pels cossos de rescat i, a través d'una primera nòria de trasllat, s'envien cap a la zona de triatge. Aquesta zona no existeix en totes les catàstrofes, ja que depèn del nombre de víctimes, de l'extensió del focus, de les característiques de la catàstrofe, etc. La nòria de rescat és el dispositiu que permet portar les víctimes des del punt d'impacte fins a l'àrea sanitària perquè siguin estabilitzades abans del seu trasllat.
- L'àrea de triatge és la zona on es realitza el triatge de les víctimes, és a dir, és on s'apliquen els anomenats 'gestos salvadors' i, un cop finalitzats, es decideix l'ordre d'evacuació al Lloc Mèdic Avançat (PMA).
- El redil és la zona on es concentren totes aquelles víctimes que, aparentment, poden mobilitzar-se (caminar).
- La morgue és la zona on es concentren els cadàvers (10, 20).

El lloc sanitari avançat (PSA) és l'espai destinat a l'estabilització i el tractament inicial de les víctimes, anteriors al seu trasllat als diferents centres mèdics d'evacuació. Aquest consta de dues zones, la zona de triatge avançat està dividida amb diversos senyals i colors en funció de la prioritat en l'estabilització i l'evacuació. Fins a ella arriben les víctimes rescatades i cada una són dipositades a la zona senyalitzada amb el color que se'ls ha assignat en el primer triatge o triatge bàsic. Un cop allà, se'ls realitza un segon triatge, col·locant-los una targeta amb el color de la nova prioritat assignada, el qual indica la prioritat en la seva estabilització. En canvi, la zona d'estabilització i tractament és el lloc on es refugien les víctimes un cop han estat triades per estabilitzar-les. Aquesta està dividida en dues zones, una per a l'estabilització de les víctimes classificades amb una prioritat vermella i una altra per

a les grogues. A més, també hi trobem el lloc d'evacuació o de càrrega, que és la ubicació adjacent al PSA fins al qual s'aniran acostant les ambulàncies per recollir les víctimes preparades per al trasllat i evacuar-les fins al centre sanitari destinatari (19, 21).

A més, en aquells casos en què a causa del nombre de víctimes, el tipus d'incident, la llunyania del punt d'impacte, la dificultat del rescat o l'absència o col·lapse d'estructures sanitàries habituals es veu molt endarrerida l'assistència hospitalària, es munta l'hospital de campanya, on es realitza l'estabilització, el tractament, la vigilància i els cuidatges necessaris fins a l'hospitalització definitiva de les víctimes (10, 20).

La àrea de base o de suport és on se situa el Centre de Coordinació Operativa (CECOP) i el Lloc de Comandament Avançat. Generalment, aquí se situa (10, 20):

- El lloc mèdic avançat (PMA) és el lloc des d'on es coordinen els treballs dels professionals que intervenen. El seu objectiu és la direcció i coordinació de les actuacions dels medis i recursos que intervenen al lloc de l'incident.
- El parc d'ambulàncies, que és on aquestes s'ubiquen per ser enviades al lloc de l'accident i que estan en espera de ser activades per poder evacuar les víctimes. La nòria d'ambulàncies o d'evacuació és el circuit que realitzen les ambulàncies des del parc d'ambulàncies fins al lloc de càrrega i sortida cap al centre sanitari destinatari (10, 20).

5. HIPÒTESI I OBJECTIUS

5.1. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ

Quines són les vivències i reflexions de les infermeres i infermers que participen en catàstrofes o IMV?

5.2. OBJECTIUS

OBJECTIU GENERAL:

Conèixer les vivències i records dels professionals d'infermeria experimentats en la seva participació en catàstrofes o IMV.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

Profunditzar en les diferents emocions i sentiments que experimenta el personal d'infermeria davant la seva participació en catàstrofes o IMV.

Identificar possibles factors estressants relacionats amb la participació de les infermeres en catàstrofes o IMV i com aquests els hi afecten.

Comparar les diferents entrevistes amb la finalitat de buscar diferències en les experiències viscudes.

Analitzar les respostes d'adaptació que es produeixen en relació amb les emocions experimentades per part dels professionals d'infermeria durant la participació en catàstrofes o IMV.

Investigar com es realitza el triatge per part dels professionals d'infermeria davant les situacions de catàstrofe o IMV.

6. METODOLOGIA

6.1. CERCA BIBLIOGRÀFICA

En primer lloc, hem localitzat i recopilat informació relacionada amb el tema a investigar a través de documents oficials i a través d'entrevistes realitzades per nosaltres mateixes, amb l'objectiu d'ampliar els nostres coneixements i, al mateix temps, poder realitzar el marc teòric i plantejar tots els objectius que volem aconseguir amb aquest treball (21).

Per fer-ho possible, hem utilitzat referències bibliogràfiques sobre la salut com MEDLINE, PubMed, ELSEVIER, SEEIUC, etc. En totes elles podem trobar articles, revistes i publicacions que provenen d'una font veraç i actualitzada, descartant estudis anteriors a 2010. A més, hem creat les cites i les llistes de referència amb el format Vancouver per a poder demostrar que tota la informació trobada és fiable. També hem fet servir paraules claus per poder trobar la informació més rellevant de forma eficient, per exemple: IMV, catàstrofes, vivències, emocions, personal d'infermeria, etc.

Per altra banda, hem realitzat un guió amb vuit preguntes relacionades amb el tema d'investigació. Han estat respostes per sis infermers/es que han volgut participar de forma voluntària en el nostre treball. Amb aquesta eina, hem pogut aconseguir de manera òptima recopilar tota la informació necessària i rellevant que han aportat tots i cada un d'ells.

6.2. TIPUS D'ESTUDI

Per a realitzar l'estudi, es va optar per la metodologia qualitativa, un enfocament de recerca que s'utilitza àmpliament en les ciències humanes. Aquest estudi és un estudi fenomenològic basat en la realització d'entrevistes semiestructurades, a través d'un guió (Annex 2), a sis subjectes que van participar de forma voluntària.

La metodologia qualitativa serveix per obtenir informació sobre creences, opinions i valors d'un o varis individus en un moment donat sense perseguir cap criteri d'extensió, representativitat ni exhaustivitat, ja que es tracta de les creences que les persones no manifesten espontàniament a qualsevol lloc o a qualsevol públic. La finalitat és la següent (22):

- Generar hipòtesis fonamentades.
- Proporcionar variables i categories d'anàlisi.
- Pot col·laborar en l'aclamació dels resultats obtinguts mitjançant tècniques quantitatives que presenten incerteses interpretatives.

- Permet identificar tendències que no són explorables per altres mètodes a causa de la seva novetat o a les característiques de l'univers d'estudi (22).

El tema en qüestió s'estudia des d'un punt de vista fenomenològic, que posa el focus en la subjectivitat. La fenomenologia busca captar els significats que les persones atorguen als fenòmens i la percepció d'ells mateixos dins la consciència. Per això es va triar l'opció de fer entrevistes qualitatives semiestructurades, elaborant un guió (Annex 2).

6.3. ÀMBIT D'ESTUDI

Amb l'objectiu de comprendre millor el rol, les necessitats i les emocions del personal d'infermeria en situacions de màxima urgència i emergència, aquest treball s'emmarca en l'àmbit de la infermeria d'urgències i emergències, centrant-se en l'anàlisi de les vivències i experiències de les infermeres i els infermers davant situacions de catàstrofe i incidents amb múltiples víctimes.

Tots els infermers entrevistats han viscut situacions crítiques de màxima emergència en diferents circumstàncies i àmbits laborals: Pandèmia COVID-19, DANA de València, terratrèmols i accidents de trànsit amb múltiples víctimes.

La pandèmia de la COVID-19 a Espanya va començar el 14 de març del 2020 amb la declaració de l'estat d'alarma i el confinament de tot el país (24, 25). Hi va haver milers de morts, tant als hospitals com als domicilis, i els centres de salut es trobaven desbordats per la manca de material i de personal, així com per la càrrega de treball. Van retirar l'últim estat d'alarma el 10 de juny del 2020 (24, 25).

Entre els entrevistats, dos d'ells van viure la pandèmia en la seva unitat de treball: un d'ells a l'UCI de l'hospital Sant Joan de Reus a Catalunya i l'altre a un hospital provisional a la Institució Ferial de Madrid (IFEMA) a Madrid.

La DANA de València va ocórrer el 29 d'octubre del 2024, on es van veure afectats molts pobles de la comunitat ocasionant pèrdues de molts negocis, llars i vides. Es van veure afectats 78 municipis, i alguns d'ells van ser: Catarroja, Paiporta, Benetússer, Alcàsser, Requena, Massanassa, etc. (26). Una de les entrevistades va anar com a voluntària a un dels municipis afectats per la DANA.

Els terratrèmols són un dels pitjors desastres naturals que poden ocórrer a una zona urbana, ja que poden ocasionar una catàstrofe en causar grans conseqüències com: pèrdua de milers de vides, danys materials, desorganització social i impacte econòmic (27). Entre el 1970 i el 2017 van causar més d'un milió de morts a molts països: Armènia,

Ecuador, Xina, Haití, Guatemala, Turquia, Pakistan, Iran, Índia, Indonèsia, Japó, Mèxic i Perú (27). Pel que fa als entrevistats, un d'ells en va viure un terratrèmol al Pakistan.

Els accidents de trànsit amb múltiples víctimes, en Espanya l'any 2024 hi va haver un total de 91 incidents amb 205 morts, que van augmentar en comparació amb l'any anterior (28). En relació amb els infermers entrevistats, dos d'ells van viure un accident de trànsit amb múltiples víctimes. Un d'ells va ser a Castella i Lleó i l'altra a Galícia.

6.4. POBLACIÓ DIANA I MOSTRA

L'estudi va dirigit a professionals d'infermeria que hagin participat en situacions de catàstrofe, que es presenten voluntaris a participar després de la lectura del full informatiu i el consentiment informat que ha estat enviat prèviament als representants escollits com a referents de l'estudi.

Per a realitzar-lo, vam establir diversos criteris d'inclusió i d'exclusió per tal d'aconseguir que les nostres entrevistes fossin dirigides a persones que puguin aportar informació rellevant sobre el tema a investigar.

Els **criteris d'inclusió** són els següents:

- Ser infermer o infermera titulat o titulada.
- Parlar i entendre el català, castellà, anglès o portuguès.
- Haver participat de manera activa en una situació de catàstrofe o IMV.
- Tenir disponibilitat per realitzar l'entrevista.

Els **criteris d'exclusió** són els següents:

- Ser estudiant d'infermeria.
- No haver participat en una catàstrofe o en un IMV.
- No dominar cap dels idiomes establerts per realitzar l'entrevista.
- Pertànyer tots al mateix cos o institució (mateix hospital, SEM, SAMUR, etc.).

El tipus de mostreig escollit és no probabilístic i per conveniència, és a dir, les persones que formen part de la mostra se seleccionen únicament perquè estan convenientment disponibles per a l'investigador. No es realitza una selecció a l'atzar ni es considera representativitat de tota la població. Per tant, no tots els membres de la població tenen l'oportunitat de participar en l'estudi.

Aquest tipus de mostreig pot ser una eina molt útil en les investigacions qualitatives perquè no suposa cap cost econòmic i redueix molt els costos en temps, sent la manera

més ràpida d'arribar a obtenir la mostra desitjada. No obstant això, també pot suposar alguns inconvenients com el mateix biaix de l'investigador, a causa que la selecció subjectiva de l'investigador pot introduir biaixos a la mostra, ja que, per exemple, a causa d'escollir participants per conveniència, poden desconèixer altres perspectives i experiències.

6.5. RECOLLIDA DE DADES

Les entrevistes es van realitzar de forma semidirigida, oberta i no participant. Hi va haver un guió en el qual les integrants del treball podien fer les preguntes necessàries que aportaven informació rellevant per a dur a terme la investigació. Al mateix temps, també hi va haver preguntes que es van adaptar o ometre segons les necessitats de la pròpia entrevista.

Vam realitzar un total de sis entrevistes a infermers/es que van viure una situació catastròfica, com la pandèmia de la COVID-19 en 2020, la DANA de València, guerres, etc. Les entrevistes es van realitzant mitjançant videotrucades i a la zona de treball dels participants per preservar la intimitat i la tranquil·litat. A l'hora de realitzar les entrevistes, vam tindre en compte els diferents aspectes: l'entorn, el llenguatge no verbal, la capacitat de comunicació després d'un fet traumàtic i l'estat anímic abans i després de l'entrevista.

Els participants van poder parlar tot el que volguessin contar i van tindre dret a no contestar a alguna pregunta que els generés incomoditat o malestar. Les integrants del grup no podien interferir a l'entrevista, només van realitzar les preguntes segons establertes al guió, però no van donar la seva opinió respecte a les respostes dels participants. Les entrevistes han durat aproximadament una hora, d'aquesta manera s'ha recopilat la informació necessària i rellevant per a realitzar el treball.

Per a poder guardar les entrevistes, vam utilitzar una gravadora de veu. D'aquesta forma, es va garantir la intimitat dels participants, aconseguint comoditat i seguretat amb nosaltres. Tot seguit, vam realitzar la transcripció de totes les entrevistes, on es va redactar tota la informació obtinguda. Es pot visualitzar a l'Annex 6.

Finalment, cal destacar que les observacions han anat lligades directament al tema principal del nostre treball d'investigació.

6.6. ANÀLISI DE LES DADES

La recerca qualitativa té un potencial important en relació amb l'estudi de la societat, ja que, el maneig de la informació obtinguda ens permet la construcció de les dades, també anomenades. Aquesta etapa és una de les més importants de la metodologia qualitativa, perquè transforma les dades "desordenades i sense sentit" en una sèrie de dades útils, amb sentit i, per tant, que poden ser interpretats, obtenint una sèrie de resultats que promouin la comprensió del fenomen estudiat (23, 29).

A més, els resultats sorgeixen de la comunicació amb els subjectes estudiats, per tant, els resultats són subjectius, ja que van ser avaluats conjuntament entre les dues membres de l'equip. Però la gran quantitat i varietat de dades que ofereix fa possible que altres lectors arribin a conclusions diferents i fins i tot que continuïn la recerca (29).

Per a les dades, es va optar per un èmfasi temàtic dels resultats, tenint en compte el significat de totes les paraules, frases i expressions recollides, fent especial èmfasi en el "que es diu". Per tant, l'anàlisi de la informació va ser en funció dels temes, per així poder analitzar-la.

Inicialment, es va realitzar de la transcripció de les entrevistes, visibles a l'Annex 6 i, posteriorment, es va procedir a la familiarització de les dades a través de la lectura de les dades. Després, es va realitzar la categorització de les dades en funció de les temàtiques principals, és a dir, les més destacables i, finalment, es van acabar de definir totes les categories, classificant el text final.

6.7. ASPECTES ÈTICS

Inicialment, es va emplenar el formulari d'autoavaluació d'aspectes ètics, visible en l'Annex 3 i, posteriorment, es va enviar al destinatari de l'adreça de correu electrònic (carlos.garcia@ur.cat) adjuntat al campus virtual i a la tutora d'aquest treball de fi de grau. Una vegada es va contactar amb el CEIPSA, es va confirmar l'aprovació per a poder desenvolupar l'estudi amb el codi següent CEIPSA-2024-TFG-0175.

Amb la finalitat de complir amb el codi ètic de bones pràctiques en la recollida d'informació del nostre treball de recerca, es va accedir als recursos proporcionats per la Universitat Rovira i Virgili a través del campus virtual.

Primer, se'ls va fer un breu resum de l'estudi, explicant-los el motiu d'estudi, els objectius a la seva activitat. També, es va posar a la seva disposició un full informatiu sobre el

projecte (Annex 4) i el document de consentiment informat (Annex 5), garantint així la presa d'una decisió totalment de participar en l'estudi.

A més, es van implementar totes les mesures adequades per protegir la confidencialitat i l'anonimat dels participants a través de l'ús de codis o identificadors amb l'objectiu de no revelar la identitat real dels subjectes en l'anàlisi de dades. Gràcies a això, vam poder garantir la privacitat dels participants i protegir la seva informació de qualsevol divulgació no autoritzada.

Durant el procés de recollida de dades, s'ha assegurat el benestar emocional i psicològic dels participants, creant un ambient de confiança i respecte a l'hora de realitzar les entrevistes.

Finalment, i per tal de seguir les pautes establertes per assegurar el compliment del codi ètic, tant dels objectius com dels mètodes i els procediments usats durant la recerca, s'ha proporcionat una descripció clara i detallada de l'estudi en el treball escrit, permetent als lectors la validesa i la fiabilitat de les troballes i podent reproduir l'estudi.

6.8. CRONOGRAMA

	OCT	NOV	DES	GEN	FEB	MARÇ	ABRIL	MAIG	JUNY
Selecció del tutor i tema general									
Especificació del tema i objectius									
Elecció de la metodologia									
Redacció de la introducció i el marc teòric									
Redacció de la metodologia									
Passar el comitè ètic									
Recol·lecció de la mostra									
Realització de les entrevistes									
Transcripció de les entrevistes									
Anàlisi de les dades i redacció dels resultats									
Redacció de les conclusions									
Entrega i defensa TFG									

Taula 2. Cronograma.

Font: Elaboració pròpia.

7. RESULTATS

S'han obtingut resultats de sis subjectes, dels quals quatre són homes i dos són dones. Tots ells són infermers dels quals dos, la D.A. i el J.B., en el moment de la vivència, no es dedicaven a la infermeria d'urgències i emergències. Actualment, la D.A. és l'única que segueix sense dedicar-se a la infermeria d'urgències i emergències. Dels sis entrevistats, cinc treballen al territori nacional i un a territori internacional. Tots ells van treballar en equips que interactuaven amb altres equips professionals: policies, bombers, militars, etc.

A pesar del tipus d'accident i les diferències de l'entorn (accidents de tràfic, terratrèmols, pandèmies, inundacions), tots els professionals entrevistats coincideixen que la preparació emocional, física i tècnica és essencial. Pel que fa a les habilitats no tècniques, la capacitat d'adaptació, la de priorització i la gestió de l'estrès són fonamentals. Malgrat les situacions extremes, com són les catàstrofes o els IMV, els sis subjectes troben un sentit profund i humà en la seva professió, reafirmant la vocació d'infermera com una de les més compromeses i resilients. A més, tots coincideixen en la importància del treball en equip, podent arribar a crear uns vincles essencials en el seu dia a dia i, sobretot, afavorint el cuidatge físic i emocional, tant dels afectats com dels professionals.

Després de l'anàlisi de les entrevistes realitzades a les persones seleccionades per a la mostra i després de la categorització mixta temàtica, s'han obtingut les següents vuit categories i subcategories:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Emergència.	Catàstrofe o IMV. Explicació de la vivència. Gestió de l'experiència.
Formació.	Especialització en urgències i emergències: màsters, cursos de formació. Formació tècnica i habilitats clíniques. Experiències pràctiques. Capacitat d'adaptació als diferents entorns. Gestió de recursos. Aprentatges.
Emocions.	Emocions. Gestió emocional.

	Impacte emocional.
Punt d'inflexió.	Experiència situació crítica. Presa de decisions. Consciència del risc personal. Resistència emocional. Impacte. Solidaritat i resiliència humana.
Equip interdisciplinar.	Equip. Treball en equip. Treball interdisciplinar. Coordinació entre disciplines. Comunicació amb equips. Distribució de les tasques segons l'expertesa. Adaptació.
Rol d'infermeria.	Funcions d'infermeria. Habilitats tècniques i procediments clínics. Avaluació i presa de decisions. Atenció humanitzada. Càrrega de treball. Pacients.
Triatge.	Criteris i protocols de triatge en emergències. Pressió i presa de decisions ràpides. Impacte emocional del triatge. Maneig del triatge.
Consells.	Formació i experiència. Treball en equip. Actitud. Autocuidatge i descans. Desfogament.

Taula 3. Categories i subcategories.

Font: Elaboració pròpia.

En relació amb les entrevistes realitzades als sis subjectes, s'han obtingut els següents resultats:

En relació amb la **primera categoria, emergència**, es van obtenir diversos testimonis, els quals van diferenciar els models d'emergència, observant dos possibles tipus: catàstrofe o IMV. També, s'observen diferències en el triatge de les diferents experiències. Dins d'aquesta categoria, es van detectar diverses subcategories: el tipus de vivència (catàstrofe o IMV), l'explicació de la vivència i la gestió de l'experiència.

Pel que fa a les entrevistes, des de l'inici, s'observa una iniciativa per part del professional d'infermeria i un treball en equip de tots els membres, iniciant-se a la fase del triatge. A més, s'ha arribat a les següents deduccions:

La primera resposta davant una emergència depèn de la rapidesa i de la capacitat d'adaptació. En situacions d'IMV o catàstrofes, com l'accident de trànsit amb dotze víctimes o el terratrèmol al Pakistan, la rapidesa amb què un equip arriba al lloc i la capacitat d'adaptar-se a un context complicat són claus, ja que els professionals sanitaris han d'actuar amb recursos limitats, com per exemple, quan només hi va haver un metge i un infermer per atendre a un gran nombre de víctimes.

El treball dels professionals sanitaris en catàstrofes és multidimensional i requereix versatilitat, pel fet que els professionals han d'assumir una varietat de rols, com va ocórrer al Pakistan després del terratrèmol, o durant les inundacions a València. A més de brindar atenció sanitària, sovint han d'organitzar l'ajuda, coordinar-se amb altres equips i enfrontar-se a condicions difícils, com la falta de comunicació o el col·lapse d'infraestructures.

L'escassetat de recursos planteja desafiaments enormes per a l'atenció sanitària. En el cas de la pandèmia provocada per la COVID-19, el personal sanitari es va veure enfrontat a la falta d'equips de protecció individual (EPIs), posant en perill tant els pacients com els professionals.

La improvisació i la solidaritat són fonamentals quan les estructures tradicionals fallen. En situacions extremes, com l'accident de trànsit a Galícia o les inundacions a València, l'organització d'equips improvisats i la solidaritat entre companys són essencials. De vegades, els recursos i l'organització es veuen limitats, i el treball en equip, fins i tot de manera no estructurada, és el que permet garantir l'atenció en llocs més aïllats o afectats.

Les catàstrofes requereixen un enfocament integral, tant físic com psicològic. És a dir, l'atenció ha de ser integral, considerant tant les ferides físiques com l'estrès emocional

dels afectats, la qual cosa implica un esforç conjunt i la necessitat de suport emocional per al personal sanitari també.

En condicions extremes, la improvisació i el treball en equip són essencials per enfrontar l'adversitat. La capacitat per improvisar solucions ràpides i eficaces, com el transport improvisat de subministraments i els equips mèdics en situacions d'emergència, mostra la importància de la flexibilitat i la companyia en el treball de camp.

La gestió de la crisi requereix respostes proactives i adaptatives. És a dir, els desastres no només exigeixen una resposta ràpida, sinó també una adaptació constant a la situació. El personal ha d'estar preparat per a l'inesperat, adaptant-se a noves circumstàncies, com la manca de recursos o l'arribada massiva d'afectats, la qual cosa requereix una mentalitat flexible i proactiva per salvar vides.

A més, es van obtenir els següents testimonis:

P2: El terremoto de Pakistán de 2005 fue un terremoto que hubo en la zona de Marakot, en el norte de Pakistán. Y bueno, de hecho, fue de magnitud 7,7-7,8 y además después de una siesta fatal. Nosotros llegamos como equipos de respuesta de salud en agencias y, a pesar de que ya habían pasado unos días desde el terremoto, sí que seguían llegando pacientes y gente de terrenos nuevos porque (...) no había comunicaciones y la gente pues se tiraba 3, 4 o 5 días caminando hasta que podían llegar a los centros de salud, con lo cual claro, lo que inicialmente podían ser fracturas o heridas leves o moderadamente leves, moderadas vamos, acababan siendo patologías muchísimo más graves con infecciones (...) Hacíamos una media de unos 30-60 pacientes diarios, aproximadamente. Pero ahí, el rol de enfermería cambia y trabajábamos en binomios médico y enfermero, los dos pasando consulta.

P3: Hace unos años, en Santiago hubo un accidente de tráfico dentro de la ciudad, en la que se vieron involucradas dos motos, un camión y bueno, varios coches. Dentro de la gravedad que hubo en el accidente, los más graves fueron las dos personas que iban en la moto, un señor y una chica. Y los del coche también, sobre todo el pasajero y el copiloto (...) La chica sí que saltó a la mediana y el hombre se quedó con la cabeza metida debajo del coche que tuvo el accidente. En ese accidente yo no trabajaba en el cero, pero sí en una "Unidad de alerta de punto fijo" que se llama aquí en Galicia. Entonces, acudimos. Había ya un primer asistente que era otro enfermero que estaba allí en uno de los coches que estaban por detrás (...) Nosotros acudimos y se llamó a otro equipo, el 061.

P4: Yo estaba trabajando en oncología. Llevaba poquitos meses como enfermero y llegó el COVID. Hubo un momento en el que nuestro hospital, necesitaba más gente y a mí me pilló de sorpresa porque yo estaba arriba, como en una zona segura, por así decirlo, en oncología, y allí no había llegado nada. Nos dijeron que la gente que había llegado recientemente necesitaba ayuda y que teníamos que bajar a la UCI, a ayudar y a trabajar para enfrentarnos un poquito a esta situación de falta de personal y de la aparición del virus que tanto daño hizo. Entonces claro, (...) esto empezaba a ser más grave. El COVID venía de otros países. Primero empezamos a escucharlo como lejos de aquí hasta que nos llegó de pleno y tuvimos que ponernos manos a la obra a enfrentarnos a él.

P5: La catástrofe que yo viví empezó el 29 de octubre de 2024. Sobre todo, fue en la localización de Valencia donde ocurrió una DANA, una DANA que siempre avisó y que se llevó todo por su paso, hubo inundaciones, fallecidos... Fue una situación muy complicada porque también se perdió la comunicación, se perdieron las vías para poder comunicarse con otras personas. Entonces no había conocimiento de la gravedad, de lo que había pasado realmente hasta pasado a lo mejor uno o dos días...

Pel que fa a la **segona categoria, formació**, quatre dels sis subjectes van manifestar tenir formació especialitzada i experiència en l'àmbit de les urgències i les emergències extrahospitalàries. A més, tots els subjectes van valorar significativament la formació prèvia, sent essencial en la pràctica per poder ajudar. Dins d'aquesta categoria, es van obtenir les següents subcategories: especialització en urgències i emergències, experiències pràctiques, capacitat d'adaptació als diferents entorns, gestió de recursos, aprenentatge.

Arran de les entrevistes, s'ha arribat a les següents deduccions: Una formació sòlida és la base per atendre una situació d'emergència amb qualitat i de manera eficaç. Cal tenir una formació tècnica i teòrica rigorosa, coneixent al detall els protocols i els procediments, evitant així el caos en situacions crítiques.

En una emergència no hi ha marge per dubtar. Hi ha determinades accions, com agafar una via, administrar medicació o atendre un pacient crític que han de sortir sense pensar. La precisió i la rapidesa són vitals, i només s'assoleixen amb la pràctica i l'experiència clínica prèvia, idealment en un entorn hospitalari abans d'enfrontar-se a l'extrahospitalari.

A part, les habilitats no tècniques, com és la relació terapèutica, també salven vides. La comunicació efectiva, treball en equip, capacitat de lideratge, presa de decisions sota pressió i la coordinació són essencials.

L'experiència prèvia és fonamental abans d'enfrontar-se a una emergència real. No és recomanable que una persona acabada de graduar salti directament a treballar en emergències extrahospitalàries, ja que, primer, ha de consolidar els seus coneixements i les destreses clíniques bàsiques, entendre la professió des de dins de l'hospital, i acostumar-se al ritme i a les exigències de l'atenció sanitària emergent.

La formació contínua és imprescindible, l'actualització constant és clau. La infermeria d'emergències evoluciona constantment i, els professionals s'han de reciclar cada cert temps per estar al dia amb tècniques, protocols i procediments actualitzats.

El creixement professional és progressiu i es basa en l'autocrítica. El fet d'equivocar-se o de desconèixer x cosa en una situació concreta no s'ha de veure com un fracàs, sinó com un senyal per millorar en aquella àrea. A més, l'experiència diària i la reflexió sobre la pràctica permeten evolucionar professionalment.

També, es van obtenir els següents testimonis:

P1: En la emergencia no puedes decir "no, como los incidentes de múltiples víctimas o las catástrofes nunca pasan o muy de vez en cuando, pues es una cosa que yo tengo ahí, pero tampoco me formo" porque, de repente, te das cuenta de que de que no, de que es una realidad que puede pasar y que, si no estamos formados, pues te va a pillar totalmente en bragas. Y eso no, no te lo puedes permitir ni tú ni los pacientes.

P5: No puedes llegar como un pollo sin cabeza a un sitio y decir, venga tal, no, tienes que respirar, pensar y decir "voy a escalar en todo bajo unas prioridades" y poder arriesgarme a que pueda salir bien o a poder modificarlo. Lo segundo, creo que es el conocimiento. Tienes que tener claro que si llegas a un sitio es para ayudar y no para entorpecer, porque al final es muy de alabar la ayuda, pero si vas a ayudar, o sea, no puedes llegar allí y que te digan "me he cortado" y tu digas, "¿y ahora que hago?", no, no, estás aquí para para algo, sabes, no estás aquí para nada (...) Debemos tener bastante seguridad en lo que estamos haciendo y en lo que estamos diciendo.

P6: Mira, en el SUMMA 112 nos obligan, y a mí me parece muy bien, hacer una formación reglada cada 3 años. Tenemos el máster de urgencias y emergencias extrahospitalarias y además tenemos una capacitación que nos tenemos que reciclar

cada 3 años y presentarla de manera oficial. En el SUMMA nos piden que cada 3 años presentemos una formación reglada. Y bueno, y somos especialistas en catástrofes... Entonces, somos profesionales que estamos entrenados en esto.

En relació amb la **tercera categoria, emocions**, la qual es tracta d'una de les categories més importants i fonamentals per a la realització del nostre treball, tots els subjectes van manifestar haver patit un gran impacte emocional i viscut tota mena d'emocions, tant negatives com positives, durant la seva participació en situacions de catàstrofe o d'incidents amb múltiples víctimes.

Entre les emocions negatives més destacades es troben la por, la frustració, la impotència, la frustració, la tristesa i l'angoixa, i entre les emocions positives es troben la felicitat, la gratitud, la compassió i el privilegi.

Aquesta categoria es caracteritza per, a més de les diferents emocions que van viure, també per la forma en què cadascú dels entrevistats les va gestionar per portar a terme la seva funció com infermers en condicions extremes. Aquesta gestió va suposar un repte constant per a tots ells, tant durant l'emergència com posteriorment a ella. Molts dels entrevistats van donar una gran importància a aprendre a mantenir la calma en situacions límit, però també van destacar la necessitat del suport emocional després de la situació de catàstrofe o d'IMV per poder assimilar i afrontar les vivències viscudes. Tots tenien diferents formes de gestionar les seves emocions després del succés: fer deport, llegir, escriure, parlar amb un professional de la salut mental, parlar amb familiars o amics, veure pel·lícules o sèries, etc. Una frase a destacar dels entrevistats va ser "yo lo que busco son patatas fritas para el cerebro" per poder gestionar les seves emocions.

Pel que fa al suport psicològic per part de professionals de la salut mental, molts dels entrevistats van requerir aquesta ajuda posteriorment a la situació viscuda per poder gestionar les seves emocions. Els qui no van requerir aquest suport, van assenyalar que igualment es tracta d'una eina molt important per a gestionar les emocions i que ho recomanen a tothom que hagi viscut una situació similar.

Es van obtenir les següents subcategories: les diferents emocions que van experimentar, com van gestionar les emocions i l'impacte emocional que van tindre.

Entre tots, destaca el fet que hi ha una diferència de vivència emocional entre els homes i les dones que van realitzar les entrevistes, ja que es va observar que les infermeres explicaven la seva experiència de una forma més expressiva i experimentant les seves emocions d'una manera més intensa en comparació amb els infermers.

Les emocions són una part inseparable de l'experiència infermera en situacions de catàstrofe i d'IMV que poden interferir en la forma d'actuar, en la presa de decisions i en la qualitat dels cuidats prestats a les víctimes. L'impacte emocional viscut evidencia que no n'hi ha prou amb preparar als professionals en tècniques assistencials, sinó que també són imprescindibles programes i recursos per al suport emocional, la resiliència i la gestió de les emocions. Reconèixer, validar i acompanyar aquestes emocions no només protegeix la salut mental del personal d'infermeria, sinó que també optimitza l'atenció a les víctimes en contextos extrems.

Per altra banda, la forma de gestionar les emocions de cada persona és única, ja que poden haver-hi mètodes que per a una persona poden funcionar i per a una altra no, i per aquest motiu és molt important saber molt bé què és el que pot funcionar per controlar les emocions abans i després d'una situació d'emergència, i d'aquesta manera reduir la possibilitat d'aparició de traumes.

D'aquesta categoria es van poder obtenir els diferents testimonis:

P1: Entre el estrés que tú tienes de tus vivencias personales, el estrés emocional que te está generando la situación y el propio estrés que tienes de las víctimas, pues lo que hacen es que no te focalices en lo importante. (...) Una vez que ya haya pasado todo y que ya hayas solucionado todo y ya estés casi dejando el incidente a un lado, es cuando tienes que volver a rescatar esas emociones que has sentido para poder trabajar sobre ellas, porque si no lo único que hacemos es meterlas dentro de la mochila y al final nunca aprendemos a tratarlas. Lo único que hacemos es apartarlas y eso al final lo que puede generar es lo que se llaman los traumas. (...) Me da mucha pena tener que decirle a una persona que ahora volveré, que le prometo que volveré a estar con ella, pero que ahora necesito irme a valorar a otro paciente y eso me genera muchísima, muchísima tristeza, a la vez que muchísima rabia e impotencia.

P2: Mi profesión es una maravilla.

P3: Intentar minimizar y saber qué tenemos que hacer nuestro trabajo, sin estar alterados y sin dejarnos llevar por las por las emociones.

P4: Estando solo en un apartamento apartado de todo el mundo pues era un poco duro, porque no salíamos de casa, y estuvimos en el aislamiento social (...) te sentías solo y a la misma vez también te daba miedo de ir ahí a trabajar y coger el COVID y verte solo (...) toda la mezcla de todas esas emociones y acababas casi como un estado de

depresión. Te sentías como agotado, cansado, sin ganas de hacer nada, muchas veces triste...

P6: A mí la lectura me da paz. Yo soy de las que piensan que los libros salvan vidas (...) todas mis emociones, tanto buenas como malas, las descargaba fundamentalmente en mi familia.

Pel que fa a la **quarta categoria, punt d'inflexió**, tots els testimonis van arribar a les mateixes conclusions, donant visibilitat a l'autoprotecció i a l'impacte personal que provoquen aquest tipus de situacions. Dins d'aquesta categoria, es van detectar les següents subcategories: experiència, situació crítica, presa de decisions, consciència del risc personal, resistència emocional, impacte i solidaritat i resiliència humana.

La infermeria és profundament humana i emocional. El professional d'emergències no és sols qui executa els procediments, sinó que també és una persona que, igual que els pacients, està exposada al perill, a la por, al dolor i al cansament, per tant, són persones empàtiques i amb una gran capacitat emocional.

Fora de les nostres fronteres, la infermeria es viu de forma diferent. En contextos internacionals, el paper de la infermeria està molt més valorat i reconegut. Les responsabilitats són més àmplies i el desenvolupament professional depèn en gran part de l'actitud i la iniciativa pròpia, com diu A.V. a la seva entrevista, "no hi ha un sostre de vidre".

L'atenció sanitària en catàstrofes exigeix una ràpida presa de les decisions, però també implica un desgast a llarg termini. Les emergències no sempre permeten dedicar el temps desitjat a cada pacient. Per això, cal prioritzar i prendre decisions difícils en condicions extremes. A més, com diu A.V., "no és un esprint, sinó una marató" i, per tant, requereix una resistència física, emocional i mental.

Els qui treballen en emergències han d'assumir decisions que afecten altres i la seva pròpia vida personal. Des de decidir a quin pacient atendre, fins a reorganitzar la seva vida familiar (com destetar un fill d'un dia per l'altre), per això, la presa de decisions implica responsabilitat personal i sacrificis.

La visió tradicional i estereotipada de la infermeria està canviant. Les noves generacions d'infermeres i infermers trenquen amb la imatge passiva de la cura, mostrant força, lideratge i capacitat d'actuació en escenaris complexos. Les xarxes socials, la visibilitat i el testimoni contribueixen a aquest canvi de percepció.

Les situacions extremes deixen empremta i canvien la manera de veure la vida. El contacte constant amb la mort inesperada, la destrucció i la vulnerabilitat humana transforma la personalitat dels professionals. S'aprèn a valorar més la vida, a veure les coses amb una altra perspectiva i a créixer tant com a persona i com a professional.

A través de l'experiència directa, s'aprèn i s'evoluciona. Haver-se de posar a la pell d'altres rols, com per exemple, els metges, enfrontar-se al maneig de pacients crítics, a tecnologies desconegudes, o al caos d'una catàstrofe, obliga a adaptar-se, aprendre sobre la marxa i sortir de la zona de confort. Per tant, el coneixement teòric es complementa i es transforma a través de la pràctica real.

En contextos d'emergència, ningú actua sol. La cooperació entre companys és fonamental per sobreviure professionalment i emocionalment. Si no es pot ajudar d'una forma, se'n busca una altra. Cada gest suma i cada persona compta, encara que no estigui en primera línia. Per tant, cal coordinació, solidaritat i companyia.

Es van obtenir diversos testimonis:

P2: Esto no es un esprint, es una maratón y hay que aguantar, esto es de fondo.

P3: No somos los grandes salvadores y que cuando hay un accidente, nunca es culpa nuestra. Nosotros estamos para intentar ayudar y resolver ese accidente de la mejor manera posible, pero que, si no podemos salvarle la vida, no es culpa nuestra si hemos hecho todo lo que hemos podido.

P4: Empezar y tocar a un paciente intubado con vías centrales, los monitores que al principio no los entendía y no paraban de pitar, los respiradores que tampoco paraban de pitar...

P6: Le dije a mi marido "Tomás, a la niña la tengo que destetar porque me voy a meter en una situación de peligro que no quiero que ella sufra". Entonces el destete fue de un día para otro (...). Y esa misma noche fue la última noche que yo le di a mi hija lactancia materna. Mi marido y mi hija se fueron a nuestra habitación de matrimonio y yo seguí en casa, pero apartada.

En relació amb la **cinquena categoria, equip interdisciplinar**, tots els subjectes van estar d'acord en el fet que és essencial el treball en equip amb tots els professionals presents en la situació i que, una comunicació efectiva entre tots ells, és primordial. Pel que fa a aquesta categoria, es van obtenir les següents subcategories: equip, treball en

equip, treball interdisciplinari, coordinació entre disciplines, comunicació amb equips, distribució de les tasques segons l'expertesa, adaptació.

El treball en equip interdisciplinari no es limita a l'àmbit sanitari. En situacions d'emergència, la coordinació entre la Guàrdia Civil, bombers, rescatadors, pilots i sanitaris és imprescindible. Cada rol té una funció essencial que contribueix a un engranatge comú: la seguretat, la rapidesa de la intervenció i l'eficàcia del rescat.

La confiança entre els membres de l'equip es construeix amb la convivència, la formació i els simulacres, ja que l'eficàcia d'un equip neix del temps compartit. La convivència, l'entrenament conjunt i els simulacres reforcen els vincles i permeten una comunicació gairebé intuïtiva entre els membres. A més, la complicitat professional i personal esdevé una eina operativa.

L'organització sense suport humà no és suficient, ja que, per molt ben dissenyada que estigui una operació, sense la presència del suport real d'un equip cohesionat i present, no es pot actuar. La tasca de cada professió (bombers, Guàrdia Civil i sanitaris) és imprescindible perquè els altres puguin treballar de manera segura i eficaç.

Una bona coordinació entre infermer i metge, basada en el respecte mutu i la comprensió de les decisions clíniques, permet un treball fluid, més eficaç i més humà. També genera un entorn on cada professional se sent escoltat i valorat. Per tant, la comunicació és la base per a oferir una atenció de qualitat.

El model piramidal, on el metge és al cim i els altres a sota, és obsolet. En el seu lloc, es proposa un model horitzontal, basat en el respecte professional, on cadascú opina sobre la seva àrea i es recolza en l'experiència de l'altre, promovent un enfortiment de l'equip i, sobretot, una atenció de qualitat.

La procedència geogràfica o institucional no és una barrera. Quan hi ha un compromís, una vocació i uns objectius compartits, es forma un equip increïble, fins i tot entre persones que no es coneixien. Per tant, la diversitat esdevé una fortalesa, ja que aquesta enriqueix i uneix.

El desacord no ha de trencar l'equip, sinó que s'ha de gestionar des del respecte. En tots els equips sorgeixen diferències, però, a través del diàleg, les votacions democràtiques i l'empatia per entendre altres visions, s'enforteix la cohesió del grup.

La precarietat posa en risc tot el sistema. Per exemple, en situacions extremes, com va ser la COVID-19, el fet que una sola infermera atengui a cinquanta pacients sense cap

metge, fa que els límits del sistema i la urgència de reforçar els recursos humans i materials es revelin, ja que, al final, la vocació és un gran sostén, però no pot amb tot.

A més, la companyia és una forma de resistir. El fet d'ajudar-se mútuament, sense importar qui acaba abans o qui té x tasca, fa que l'equip es converteixi en una eina de treball i sobretot, de suport emocional. Com diu la cançó d'Amaral: "Sense ells no som res."

És imprescindible cuidar del que cuida, ja que és impossible sostenir un sistema d'emergències si no es protegeix emocionalment i físicament els professionals que el sostenen. Cuidar el que cuida és una necessitat, no un luxe.

També, s'han obtingut els diferents testimonis:

P1: El trabajo que nosotros tenemos dentro de nuestro equipo está garantizado por varias razones. La primera es porque convivimos muchas, muchas horas juntos, porque hacemos mucha formación juntos porque nos conocemos ya no solo a nivel de trabajo, sino a nivel personal, y eso también hace que estrechemos lazos y que seamos capaces de trabajar y que con una mirada nos nos entendamos. Eso es muy difícil de conseguirlo, pero se consigue con tiempo y se consigue con convivencias y con muchos simulacros.

P3: Pues obviamente, una de las principales herramientas que hay es la experiencia, al final la experiencia pues es un grado, es lo que te digo, nos ayuda no solo en esas situaciones, sino que la experiencia que podemos tener con nuestro propio equipo, conocer a nuestro médico, nuestro técnico, saber cómo actuamos ante esas situaciones, aunque no sean tan graves. El día a día nos ayuda a saber qué puede hacer esa persona, como nos puede ayudar el técnico, como actúa ese médico. Entonces, pues las herramientas que debemos tener, es tener la habilidad de saber trabajar en equipo.

P6: Éramos un montón de enfermeros que yo cuando acababa mi labor me iba a ayudar a mi compañero y cuando mi compañero acababa su labor se venía a ayudarme a mí, es decir, ahí no es que yo acabe antes tú o antes yo, no. El equipo es tu herramienta de trabajo, es decir, sin ellos no soy nada. Como dice la canción de Amaral, sin ellos no somos nada. (...) Había colas de electricistas que no podían trabajar en su trabajo diario y hacían cola para ayudar y preparar pues focos para que los pacientes tuvieran luz. Había colas de fontaneros autónomos que no cobraban nada y que querían ayudar a canalizar las tuberías para que los pacientes pudieran ser atendidos. A todos los

sanitarios nos llevaban comida, flores, revistas. O sea, toda la gente que su producto no podían sacarlos. Nos los llevaba a nosotros, o sea, de todo, un gloss, un no sé qué para intentar cuidar de otra manera a los que estábamos cuidando de los enfermos.

En relació amb la **sisena categoria, rol d'infermeria**, els entrevistats descriuen una realitat on les funcions d'infermeria són molt més que només procediments tècnics com posar una via, administrar medicació, seguir protocols, prendre constants...

Aquesta categoria mostra la responsabilitat, la resiliència i la polivalència del personal d'infermeria davant d'una situació de catàstrofe o d'IMV. Destaquen tasques de molta importància com la presa de decisions ràpida, coordinació i comunicació fluida amb diferents equips, realitzar funcions mèdiques depenent de la situació d'emergència, etc. Per altra banda, també li donen molta importància a les habilitats no tècniques, com empatitzar amb les víctimes, treballar en equip mantenint una bona relació professional i liderar a altres equips.

L'atenció humanitzada que el personal d'infermeria ofereix a les víctimes és de total importància, ja que alguns entrevistats indiquen que s'ha de tindre cura de les coses que es diu o que es fan per a no ferir els sentiments de les persones afectades en moments tan delicats com ho són les catàstrofes i els IMV.

Pel que fa a la càrrega de treball en infermeria, moltes vegades implica renúncies personals i una gran resistència emocional i física, i això pot afectar en el rol d'infermeria que tenen els infermers en aquests tipus de situacions, per la qual cosa tots els entrevistats coincideixen en el fet que la formació contínua i l'experiència acumulada són essencials per mantenir una bona qualitat assistencial.

Les experiències que han viscut el personal d'infermeria davant situacions d'emergència com són les catàstrofes o els IMV, evidencien que el rol d'infermeria és fonamental per garantir una resposta eficaç i humana a les necessitats dels pacients en moments crítics. Aquest rol assumeix responsabilitats que desafien el límit de la professió d'infermeria, des d'executar tècniques de forma precisa, fins a liderar equips sota estrès i pressió. El personal d'infermeria és una peça clau en la cadena assistencial, que actua amb adaptabilitat, iniciativa i sensibilitat. El treball col·laboratiu, el suport emocional i la formació prèvia són aspectes imprescindibles per afrontar catàstrofes i IMV. Davant l'adversitat, el rol d'infermeria es defineix pel seu compromís ètic, emocional i professional.

En aquesta categoria, les subcategories detectades van ser: les funcions d'infermeria en situació de catàstrofe o de IMV, les habilitats tècniques i els procediments clínics, l'avaluació i la presa de decisions, l'atenció humanitzada, la càrrega de treball i els pacients que van tindre.

Aquests són els testimonis més rellevants dels entrevistats sobre el rol d'infermeria:

P1: *Por excelencia, el triaje lo tiene que hacer enfermería (...) Nuestra labor fue simplemente de coordinación cuando llegó la primera ambulancia de soporte vital básico, pues dimos instrucciones a los técnicos en emergencias para que se quedasen con los pacientes que habíamos categorizado de rojo para que empezara a trabajar con con ellos en ese soporte vital básico. (...). Fuimos designando cada equipo a cada paciente. Y de esa manera, pues como nosotros llegamos los primeros, ejercimos ese rol de líder, donde la colaboración con el resto de los equipos pues fue bastante, bastante buena.*

P2: *Hacíamos una media de unos 30-60 pacientes diarios. Ahí, por ejemplo, como es una catástrofe, el rol de enfermería cambia y trabajamos en binomios médico y enfermero, los dos pasando consulta. (...) Había unos protocolos establecidos en función de los tipos de patología, y en base a eso, lo que hacíamos era evaluar, diagnosticar, hacer el informe médico, prescribir y tratar. (...) Te tenía que salir sin pensar el estar delante de un paciente, el cargar medicación, el hacer curas, el poner vías y toda esa rutina de enfermería que tenemos.*

P3: *“Yo como enfermero, canalicé una vía ya que normalmente en esos casos intentamos canalizar una vía en cada brazo si tenemos tiempo, pero bueno, se canaliza una y se intenta poner ya la sueroterapia por lo menos y bueno, nada de medicación en ese caso, ya que al final es una herida abierta. Inmovilizamos la pierna mediante un sistema de vacío y ese es el traslado que hacemos.*

P6: *Yo llegaba un momento en el que empezaba mi turno y empezaba a repartir termómetros y pulsioxímetros, porque ante una neumonía bilateral, lo primero que tienes que saber es cómo satura y qué temperatura tiene. (...) Nosotras somos enfermeras y lo que nos dedicamos es al cuidado. Entonces la palabra cuidado viene del latín “cogitare”, que significa pensar en otro, no hacer las mejores técnicas del mundo mundial, que también no las vamos a despreciar. Es decir, nosotros tenemos el privilegio de cuidar a las personas. Entonces, si vas a cuidar a alguien, no solo esa persona*

necesita que le des un tratamiento médico pautado por un facultativo, no. O sea, te necesita a ti como para que tú le veas como eso, alimento para su alma.

Pel que fa a la **setena categoria, triatge**, quatre dels sis entrevistats van triar a les víctimes afectades per la catàstrofe o IMV que van viure.

Aquests infermers posen de manifest la rapidesa amb què s'ha de prendre decisions sota molta pressió i la capacitat que s'ha de tindre a l'hora de prioritzar vides amb els recursos escassos que es disposa, sobretot, en situació de catàstrofe. També assenyalen que el triatge, a part de tractar-se d'aplicar criteris clínics i protocols estandarditzats, també suposen una gran càrrega emocional molt important, ja que han hagut de prendre decisions molt difícils on han comès molts errors a l'hora de triar.

Per poder fer un bon triatge, mencionen la importància que té la formació i l'experiència per coordinar-se amb la resta de l'equip i, al mateix, per adaptar-se a entorns canviants i de caos. També destaquen saber diferenciar les zones dins l'escenari del triatge (àrea de rescat, àrea assistencial, lloc mèdic avançat...).

Finalment, van ressaltar la necessitat d'una bona organització tant amb l'equip sanitari com amb altres equips interdisciplinaris (policia, bombers...) per facilitar una atenció estructurada, efectiva i humanitzada a les víctimes.

El triatge representa un gran repte per al personal d'infermeria en contextos de catàstrofe o de IMV. Aquesta tasca comporta una gran responsabilitat i una gran fortalesa emocional per poder suportar l'estrès i la pressió de prendre decisions importants de vida o mort. Per altra banda, el treball en equip és la clau per poder dur a terme un bon triatge, ja que sense una organització clara i coordinada es poden cometre errors garrafals i posar en risc la vida de les víctimes.

Respecte als dos entrevistats que no van fer cap triatge, es tracten d'infermers que van viure la COVID en una UCI i en un hospital provisional, i és per aquest motiu que no van dur a terme aquesta tasca al ja haver sigut triats anteriorment al seu ingrés.

Les subcategories que es van extraure d'aquesta categoria són: els criteris i els protocols de triatge en emergències, la pressió i la presa de decisions ràpides, l'impacte emocional del triatge i el maneig del triatge.

Aquí s'observen alguns testimonis dels entrevistats:

P1: *Hicimos un primer triaje rápido que lo hicimos a través del método START. Tenemos varios tipos de triaje que son el triaje básico y el traje avanzado, y a través del triaje básico del START, que básicamente es caminan o camina, pues todos los que caminaban los pusimos a un lado, y los que no caminaban pues fuimos dándoles una prioridad en función de este triaje (...) Inicialmente fuimos a los dos fallecidos para categorizarlos como como negros, y no darles más importancia, ni perder más tiempo y ya nos metimos en el resto de las víctimas.*

P3: *Lo más importante, es saber priorizar ¿sabes? A lo mejor nos vamos a encontrar o nos encontramos en esos casos ante situaciones que son de una gravedad o que consideraríamos de una gravedad enorme, pero que en ese momento no suponen un riesgo inminente para la vida del paciente. Entonces tenemos que saber priorizar cuál de esos pacientes puede tener una mayor inestabilidad. A lo mejor en ese caso, por ejemplo, podemos ver que el paciente que tenía la cabeza debajo del coche, pues no tiene rasguños, no tiene una herida abierta que de primeras sí que nos puede suponer un mayor impacto. En cambio, la chica sí que tenía una herida abierta, un sangrado activo y entonces, pues eso, yo creo que lo más importante en esas situaciones es saber priorizar e incluso ya en situaciones, pues mucho más catastróficas, es lo prioritario.*

P5: *Durante el día a todas las personas que a lo mejor no habían salido de sus casas, que todavía estaban heridas porque era como el tercer o cuarto día y a muchas personas mayores les daba muchísimo miedo. Entonces venían y decían "oye es que me caí y tal, no sé qué, no sé cuánto..." y si veíamos que tenía algo más grave de lo que podíamos atender ahí, lo derivábamos a un hospital o a un centro de salud más cercano.*

Pel que fa a la **vuitena i última categoria, consells**, tots van coincidir en el fet que s'ha d'estar format i tenir experiència per poder actuar en una situació de catàstrofe o de IMV. També coincideixen en el fet que són situacions molt difícils i complicades, i que s'ha de tindre clar del que tracta la vocació d'infermeria i de si realment estàs preparat per afrontar una situació així.

Per altra banda, van donar com a consell trobar alguna forma de gestionar les emocions i poder "desconnectar" després de viure una situació de màxim estrès. A més, hi va haver una entrevistada, A.R., que no va voler donar consells en indicar que no sabia com donar-los, però sí que va mencionar que hem de gaudir de la nostra professió en assenyalar que es tracta de la professió més bonica del món.

Dins d'aquesta categoria, les subcategories detectades van ser: formació i experiència, treball en equip, actitud, autocuidatge, descans i desfogament.

Aquí es poden observar alguns testimonis respecte a aquesta categoria:

P1: *El mejor consejo que puedo dar es estar formado a nivel de conocimientos y preparado para para esa emergencia, tener una buena forma física, porque al final si tu cuerpo no te acompaña, tu mente tampoco. Si tú físicamente no llegas, la mente lo único que va a pensar es en me muero, me muero y no vas a poder objetivar pues lo que tengas que ver. (...) Cada uno tiene que encontrar su forma de desahogarse y al final es autoconocerse para saber también qué emociones están asaltando. Pues si no te autoconoces y no sabes que estás sintiendo tristeza o estás sintiendo agobio, angustia, pues no eres capaz de localizar esas emociones y nunca serás capaz de de ponerlas sobre la mesa para poder tratarlas.*

P2: *Disfrútalo, da lo mejor de ti, pero controla y gestiona, porque si no te quemas y lo que es una experiencia muy bonita se puede terminar convirtiendo en una de tus peores pesadillas.*

P4: *Obviamente, formación, formación y formación. Sobre todo que también aprendan de lo que les rodea, o sea, tanto de los compañeros como del sitio donde trabajen. (...) Mi consejo sería que formación y conocer, o sea conocimiento, adquirir conocimientos de todo lo que pueda. El apoyarse entre compañeros también es muy importante, ya que al final lo que no sabe uno lo sabe el otro.*

P5: *Que esté preparado para situaciones diversas, que esté concienciado en que va a ver y va a vivir situaciones muy complicadas que no son de su día a día, que tenga cuidado con su salud mental, evidentemente que hable, que no sea como yo al principio y que se comunique, que fomente el trabajo en equipo, que no sea una retroalimentación mala de "uf, estoy tal", no, sino que sea al revés, como todo, intentar que seas la mayor parte del tiempo realista y positiva.*

P6: *Que disfrutéis de la profesión más bonita del mundo, que es la nuestra.*

8. DISCUSSIÓ

En relació amb el marc d'estudi d'aquesta investigació, l'objectiu principal era conèixer les vivències i records dels professionals d'infermeria experimentats en la seva participació en catàstrofes o IMV, ja que la infermeria és una de les principals professions sanitàries implicades en la participació i resolució de situacions d'emergències en l'àmbit extrahospitalari, en concordança amb la Revista Emergencias de Gómez Jiménez (3). Les infermeres i els infermers exerceixen un paper fonamental en aquestes situacions degut a la seva formació en l'atenció mèdica, el maneig d'emergències i el suport psicològic. Les seves funcions abasten diverses àrees, des de l'atenció directa al pacient fins a la coordinació i l'educació comunitària. A més, les experiències de les infermeres en emergències extrahospitalàries es caracteritzen per una alta complexitat emocional i professional, i així ho mostren els nostres resultats, la qual cosa coincideix amb estudis qualitius consultats, com són la revisió històrica i bibliogràfica de Calderón (2) o el Manual de Procedimientos de Enfermería SUMMA 112 (4).

Segons els resultats obtinguts, s'evidencien clares diferències entre un IMV i una catàstrofe, encara que en els dos casos el nombre de víctimes sigui elevat i l'aparició sigui de forma brusca i imprevisible. La principal diferència és l'accés al focus, la capacitat assistencial, els danys i els recursos, els procediments resolutius i el temps, relacionat amb la Revisión de Planes de Actuación ante Accidentes con Múltiples Víctimas y Catástrofes de Valverde (18). Però, com diu el Plan de actuación en Incidentes de Múltiples Víctimas (11), és una situació crítica que requereix una resposta coordinada i ràpida dels equips d'emergència, i per això cal una correcta coordinació i primera evacuació dels ferits, en funció de la seva gravetat i el seu pronòstic.

La recerca en infermeria de catàstrofes i incidents amb múltiples víctimes és crucial a causa de la freqüència i gravetat d'aquests esdeveniments en el món actual, per així millorar la formació, desenvolupar protocols més efectius i reduir la morbimortalitat associada a aquests esdeveniments catastròfics, en relació amb l'estudi Intervención del Personal de Enfermería en Catástrofes de De Jesús Baez Rios (12). A través de les entrevistes, els resultats reflecteixen que una formació sòlida és la base per atendre una situació d'emergència de forma eficaç i amb qualitat. Per això, és necessari tenir una formació teòrica i tècnica prèvia abans d'endinsar-se en el món de les emergències extrahospitalàries, concordant amb el Diario Enfermero (13) i l'estudi Triage en emergencias y catástrofes extrahospitalarias de Rábago (14) i amb els nostres resultats, específicament els de la categoria formació i triatge.

Una altra troballa important és que, tot i que el personal d'emergències està habituat a conèixer amb la mort, cada cas suposa un repte emocional significatiu en els professionals, pel fet que s'han d'enfrontar a escenaris d'alt estrès, patiment humà i decisions ràpides sota pressió, concordant amb la revisió bibliogràfica de Lozano (10). Segons els resultats, tots els subjectes van manifestar haver patit un gran impacte emocional i viscut tota mena d'emocions, tant negatives com positives, durant la seva participació en situacions de catàstrofe o d'incidents amb múltiples víctimes. A més, aquestes emocions no només es viuen durant l'actuació, sinó també després, i poden afectar directament la presa de decisions i la qualitat de l'atenció prestada, com indica la revista *Enfermería Global* (32).

La manera de gestionar aquestes emocions va ser diversa i molt personal, on alguns opten per l'activitat física, altres pel suport social o per l'ajuda professional, encara que el suport psicològic es va identificar com una eina clau, tant per aquells que el van rebre com per aquells que no, però en reconeixen el valor. També es va observar una diferència en la manera d'expressar les emocions entre homes i dones, sent elles més propenses a verbalitzar i viure emocionalment amb més intensitat aquestes experiències. Es pot deure als estereotips relacionats amb creences culturals que dicten "com haurien d'expressar les emocions els homes i les dones", concordant amb l'article *Las emociones y el género* (33).

S'espera socialment que les dones siguin més expressives i verbalitzin les seves emocions, mentre que als homes se'ls ensenya a reprimir-les o a expressar-les de formes diferents, com l'enuig en lloc de la tristesa o la por. Aquestes diferències no reflecteixen unes capacitats innates, sinó que estan relacionades amb els rols de gènere, és a dir, amb unes normes apreses des de la infància a través de l'educació i la socialització de gènere (3, 4). Per tant, es podria relacionar amb un biaix de gènere basat en estereotips socials sobre l'emocionalitat femenina i masculina, i no una diferència biològica o natural.

Aquest tipus de situacions solen ser situacions complexes on la demanda d'atenció sanitària supera els recursos, posant a prova la capacitat de resposta dels professionals sanitaris i, molts cops, sobrepasant-la a causa de les necessitats generades pel succés, ja que, en funció de l'efectivitat i l'eficàcia de l'organització dels professionals, dependrà la supervivència de les víctimes. Per això, l'atenció sanitària en situacions d'emergència exigeix una presa ràpida de les decisions basada en les prioritats, però,

també implica un desgast a llarg termini, pel fet que no sempre es resol de la manera que un vol, concordant amb la revista *Enfermería Global* (32).

A més, el professional infermer no és sols qui executa els procediments, sinó que són persones empàtiques i amb una gran capacitat emocional, per tant, la infermeria és profundament humana i emocional. Actualment, estem en un procés de canvi, on la percepció tradicional i estereotipada de la infermeria s'està convertint en una professió amb una gran capacitat de lideratge i d'actuació en escenaris complexos, deixant de ser 'el rol dèbil' (3, 4).

El treball en equip és primordial per aconseguir resoldre amb èxit la situació d'emergència, a part que és el principal suport. Com podem observar als resultats obtinguts en la nostra investigació, cada rol té la seva funció, essencial, i tots tenen els mateixos objectius, que són la seguretat, la intervenció ràpida i el rescat eficaç. A més, és primordial la comunicació efectiva, el respecte i la comprensió entre aquests, podent arribar a crear un important vincle afectiu entre els diferents professionals, promovent una relació de confiança i complicitat i, sent el principal reforç emocional i una forma de resistir. A més, cal destacar que la possibilitat de conversar amb persones en situacions similars resulta reconfortant per als professionals, concordant amb l'article *Modelo integrador de coordinación de urgencias y emergencias sanitarias* (34).

Els resultats mostren que el rol d'infermeria en situacions de catàstrofe o IMV va molt més enllà dels procediments tècnics. Els participants destaquen la importància de la presa de decisions ràpida, la coordinació amb altres equips i, fins i tot, l'assumpció de tasques mèdiques segons la situació. A més, es posa en valor la dimensió humana del rol, amb especial èmfasi en l'empatia, el lideratge i el treball en equip. Per això, l'atenció humanitzada és clau per no agreujar el patiment de les víctimes, i es remarca la necessitat de cuidar tant el llenguatge com les accions. També, es destaca la gran càrrega emocional i física que suposen aquests escenaris per als professionals, així com la importància de la formació continuada i l'experiència per fer-hi front. En aquest cas, concorda amb diferents articles, els quals són *El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19* (35), *Impacto emocional y profesional de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras* (36) i *Participación del personal de enfermería ante situaciones de desastres biológicos* (37).

Els resultats evidencien que el triatge en situacions de catàstrofe o IMV és una tasca clau però altament exigent per al personal d'infermeria. Quatre dels sis entrevistats

relaten haver hagut de prendre decisions ràpides sota una gran pressió, amb pocs recursos i en entorns caòtics. Aquestes decisions impliquen una responsabilitat enorme, ja que poden determinar la supervivència de les víctimes, i sovint comporten una important càrrega emocional, podent arribar a donar lloc a la síndrome de Burnout a causa de l'estrès laboral crònic que aquestes generen (6, 7). Els professionals destaquen que, tot i seguir protocols clínics, el triatge no és una tasca mecànica, sinó que requereix experiència, capacitat d'adaptació i una gran fortalesa emocional. També, posen en relleu la importància de conèixer l'estructura de l'escenari (zones d'atenció) i de mantenir una coordinació efectiva amb equips interdisciplinaris per garantir una resposta ordenada i humanitzada, com diu el Manual de atención a múltiples víctimas y catástrofes (19) i el Protocolo de priorización y categorización de pacientes en la Unidad de Emergencia (21). A més, el triatge és específic d'entorns d'atenció immediata, ja que, en alguns contextos hospitalaris, com és el cas de dos dels infermers entrevistats (J.B. i A.R.), els pacients ja havien estat prèviament triats, la qual cosa reforça la idea que el triatge és específic d'entorns d'atenció immediata.

Els professionals d'infermeria, especialment aquells que treballen en serveis d'urgències i emergències, estan exposats a un entorn laboral altament demandant, el qual implica una exposició constant a situacions d'alta pressió emocional, sobrecàrrega assistencial i conflictes interpersonals, podent arribar a desenvolupar la síndrome de Burnout. Aquest trastorn s'origina per l'acumulació de l'estrès crònic derivat per haver de lidiar simultàniament amb múltiples situacions complexes, com l'atenció a pacients en estat crític, la gestió de familiars en situacions de crisi, la falta de recursos o protocols clars davant episodis d'agressivitat, la pressió per prendre decisions ràpides i l'escassetat de recursos humans i materials. Aquesta sobrecàrrega emocional i física pot provocar en els professionals símptomes com esgotament extrem, despersonalització i una sensació de baixa realització personal. Segons Miret i Martínez Larrea (38), l'impacte psicològic d'aquestes condicions, si no s'aborda adequadament, pot afectar greument el benestar de les infermeres i la qualitat de la cura que brinden. Per tant, l'article ressalta la necessitat d'estratègies preventives, com el suport psicològic, la formació en habilitats d'afrontament i millores en l'organització del treball, per reduir el risc de desenvolupar aquesta síndrome.

Els consells dels participants reforcen la idea que la preparació prèvia, tant la formació com l'experiència, és essencial per actuar correctament en situacions de catàstrofe o IMV. Tots els entrevistats coincideixen que aquestes situacions són altament exigents.

Un altre aspecte destacat és la necessitat d'autocuidatge, és a dir, de saber gestionar les emocions i de buscar mecanismes per desconnectar un cop passada la situació crítica. Aquest autocuidatge és percebut de manera imprescindible per mantenir l'equilibri emocional i evitar l'esgotament professional.

Les infermeres són professionals amb una profunda vocació de servei, capaces de mantenir-se fermes fins i tot davant les situacions més difícils i emocionalment intenses. Al llarg de la seva carrera han vist de tot: sofriment, pèrdues, moments d'angoixa, però també esperança, recuperació i gratitud. Han experimentat una àmplia gamma de sentiments, des de la impotència fins a la satisfacció plena per ajudar a l'altre. Malgrat el desgast físic i emocional que comporta la seva labor, moltes afirmen que, si haguessin de triar de nou, tornarien a estudiar infermeria sense dubtar-ho, concordant amb l'article de Salinas (39). El seu compromís, humanitat i lliurament fan que, malgrat les dificultats, continuïn endavant amb passió, perquè saben que el seu treball marca una diferència real en la vida de les persones.

9. CONCLUSIÓ

S'ha aconseguit identificar no només les múltiples dimensions que figuren aquestes experiències i vivències, sinó també les fortaleses, les mancances i els reptes que enfronta aquests professionals de la sanitat marcats pel caos, el patiment humà i la incertesa.

Amb aquest treball, les infermeres desenvolupen una gran càrrega emocional que comporta viure aquests tipus d'escenaris. El personal d'infermeria experimenta sentiments molt intensos, com poden ser la por, l'estrès, l'ansietat, la impotència o la culpa, especialment en decisions ètiques complexes. Aquestes emocions poden tenir conseqüències a llarg termini, com el trastorn de l'estrès posttraumàtic (TEPT), la disminució de la qualitat de vida laboral i personal o la síndrome del Burnout. Per això, és clau fomentar estratègies de gestió emocional personalitzades, com activitats físiques, teràpia o suport social.

En relació amb els sis subjectes entrevistats, s'ha evidenciat que la formació i la preparació prèvia, tant en l'àmbit tècnic com en l'àmbit emocional, és un factor fonamental que determina la forma en la qual la infermera o l'infermer afronta i viu una situació de màxima urgència, en aquest cas, una catàstrofe o un IMV. El personal d'infermeria que presenta una major confiança a l'hora d'actuar, una major capacitat d'adaptació i un menor impacte emocional posterior a la situació viscuda, són els que han rebut una formació específica sobre protocols d'actuació, gestió de catàstrofes o IMV i suport psicològic. A més, s'ha pogut arribar a la conclusió de què la incorporació de programes de formació contínua i simulacres de catàstrofes i de IMV són totalment necessaris i urgents, i que han de formar part de l'ensenyament al grau d'infermeria i posteriorment a l'àmbit laboral.

El treball en equip té una gran importància en equips interdisciplinaris com en situacions crítiques. La comunicació, el lideratge i la coordinació efectiva entre els diferents equips resulta fonamental per garantir una resposta eficaç. En moltes ocasions, el personal d'infermeria assumeix el rol de lideratge, tenint un gran impacte en l'organització del cuidatge i la contenció emocional de l'equip. Aquest és un dels grans motius pels quals el personal d'infermeria juga un gran paper en la participació de catàstrofes i IMV, i que no només són executors de cuidatges, sinó que també són un pilar important en la planificació i en la gestió de preses de decisions.

La majoria dels infermers que han participat en aquest projecte han referenciat sentiments de satisfacció, d'orgull, de creixement personal i de reafirmació vocacional gràcies a la seva professió després d'haver viscut aquestes situacions tan extremes, demostrant la gran vocació que tenen cap a la infermeria. El trauma i l'apoderament són una dualitat que inviten a considerar les catàstrofes com experiències complexen que es poden transformar en oportunitats d'aprenentatge si s'acompanyen de processos reflexius, reconeixement professional i suport adequat.

10. LIMITACIONS I FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

10.1. LIMITACIONS

La principal limitació d'aquest estudi va relacionada amb la metodologia escollida. Com en qualsevol investigació qualitativa, no es pot ratificar la validesa externa. La validesa d'aquest estudi no es pot aplicar més enllà dels casos estudiats, per la qual cosa no pot representar tots els professionals d'infermeria que participen en aquest tipus de situacions. A més, aquest tipus de recerca pot portar a alguns biaixos, com són el biaix de selecció o el de resposta.

Inicialment, es pretenia dirigir l'estudi cap a l'experiència del professional d'infermeria en situacions de catàstrofe, però, a causa de la desconeixença de professional i, per tant, a la dificultat per accedir a aquest tipus de mostra, es va haver d'ampliar també a professionals que haguessin viscut situacions d'IMV. A més, en la planificació inicial de l'estudi semblava que teníem molts candidats, però, en començar a concretar el dia per entrevistar als subjectes, aquests es van anar tirant enrere degut a les dificultats amb la disponibilitat a causa de la conciliació familiar i laboral.

Finalment, també vam poder observar una gran repressió emocional durant les entrevistes, especialment en els infermers, podent haver afectat la representació final de la mostra degut al biaix de desitjabilitat social. Aquest és una distorsió que ocorre quan els participants d'una entrevista responen de la manera que creuen que serà vista favorablement pels altres, en lloc de contestar amb total honestedat. Això pot afectar la validesa de les dades recollides, especialment en temes delicats o que involucren normes socials, ja que els subjectes tendeixen a ocultar comportaments considerats negatius o exagerar aquells que són socialment valorats.

10.2. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

Aquest estudi obre la porta a diverses línies de recerca que podrien aprofundir en el coneixement sobre el paper del personal d'infermeria en situacions de catàstrofe i accidents amb múltiples víctimes (IMV). Una primera línia podria centrar-se en l'impacte a llarg termini d'aquestes experiències sobre la salut mental i emocional dels professionals, especialment pel que fa a trastorns com el Burnout o l'estrès posttraumàtic. Així mateix, seria rellevant investigar quines estratègies de suport institucional i personal resulten més efectives per reduir aquest impacte i afavorir la recuperació emocional a través d'un estudi qualitatiu.

Una altra via d'interès seria estudiar com la formació específica en emergències, comunicació en crisis o presa de decisions ètiques influeix en la preparació i la confiança dels professionals a l'hora d'afrontar aquestes situacions. En paral·lel, es podrien desenvolupar estudis que analitzin les diferències en les vivències segons variables com l'experiència prèvia, l'entorn laboral (intrahospitalari vs extrahospitalari), o el gènere.

També es podria explorar en més profunditat el rol del lideratge infermer i la seva implicació en la coordinació d'equips multidisciplinaris durant situacions crítiques, així com la percepció del reconeixement professional per part de les institucions i la societat després d'haver participat en catàstrofes.

Finalment, caldria considerar investigacions que incloguin la perspectiva de les cures culturals en contextos d'IMV, especialment en entorns amb diversitat ètnica o religiosa, on les necessitats específiques de les víctimes poden representar un repte afegit per al personal d'infermeria.

11. BIBLIOGRAFIA

1. González González MI, Chiroles Rubalcaba S. Seguridad del agua en situaciones de emergencia y desastres. Peligros microbiológicos y su evaluación. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2010. [citad el 28 de desembre de 2024]. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100010
2. Calderón C, Castro R, Codirector D, Pedro, Arcos I, Oviedo G. Universidad de Oviedo, Facultad de Medicina. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica. Trabajo fin de máster en análisis y gestión de emergencia y desastre [Internet]. 2013. [citad el 28 de desembre de 2024]. Disponible a: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17739/TFM%20cristina.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. Gómez Jiménez J. emergencias [Internet]. 2006. [citad el 28 de desembre de 2024]. Disponible a: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2006_18_3_156-64.pdf
4. Madrid.org. [citad el 2 de gener de 2025]. Disponible a: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017720.pdf>
5. Universidad Europea. ¿Qué es el debriefing? Fases y objetivos [Internet]. Universidad Europea. 2023 [citad el 27 de març de 2025]. Disponible a: <https://universidadeuropea.com/blog/debriefing/>
6. Saborío Morales, Lachiner, Fernando L. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. [citad el 2 de maig de 2025]. Disponible a: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
7. De Quero MG. Síndrome de burnout en enfermeras. Conocimiento Enfermero [Internet]. 2020. [citad el 2 de maig de 2025]. Disponible a: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/125>
8. Pedro O, Arcos González I, Castro Delgado R, Del F, Prado B. Desastres y salud pública: un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología [Internet]. [citad el 4 de desembre de 2024]. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_2/RS762C_121.pdf

9. Pavlinovic O. Las catástrofes relacionadas con el clima se quintuplican en 50 años, pero la mejora de los sistemas de alerta salva más vidas [Internet]. Noticias ONU. 2021 [citad el 16 de noviembre de 2024]. Disponible a: <https://news.un.org/es/story/2021/09/1496142>
10. Bibliográfica R, Lozano Prieto E. Curso académico (2015-16) Trabajo Fin de Grado Triage en catástrofes y emergencias; papel de la enfermería [Internet]. [citad el 4 de diciembre de 2024]. Disponible a: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24698/TFG-L1567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Plan de actuación sanitaria de incidentes con múltiples víctimas (imv) agosto 2022 emergentziak osakidetza unidad de gestión sanitaria [Internet]. [citad el 4 de diciembre de 2024]. Disponible a: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_oferta_empleo_publico/es_def/adjuntos/IMV_y_ANEXOS.pdf
12. De Jesús Báez Ríos S. Intervención del Personal de Enfermería en Catástrofes [Internet]. Edu.ar. 2021 [citad el 12 de diciembre de 2024]. Disponible a: <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/24c694b4-da9d-4943-bd29-32d09b9423be/content>
13. Enfermero D. El CIE lanza las competencias para enfermeras en emergencias [Internet]. Noticias de enfermería y salud. Diario Enfermero; 2022 [citad el 12 de diciembre de 2024]. Disponible a: <https://diarioenfermero.es/el-cie-lanza-las-competencias-para-enfermeras-en-emergencias/>
14. Rábago S, Directora M, De G, Blanes a. Triage en emergencias y catástrofes extrahospitalarias. Nuevo reto para la enfermería. Out-of-hospital triage in catastrophes and emergency situations. New challenge for nursing [Internet]. [citad el 4 de diciembre de 2024]. Disponible a: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8946/Rabago%20Macho%20S..pdf?sequence=4&isAllowed=y>
15. Revistaemergencias.org. [citad el 4 de diciembre de 2024]. Disponible a: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-1998_10_3_173-187.pdf
16. Ferreira M. O que é catástrofe? Conheça tipos e causas [Internet]. Terra. 2024 [citad el 30 de noviembre de 2024]. Disponible a: https://www.terra.com.br/planeta/impacto/o-que-e-catastrofe-conheca-tipos-e-causas,580ed95feb622ffa7ba46bb05d737aa814cxz2ro.html#google_vignette

17. González P, Delgado RC, Prado F. Desastres y salud pública: Un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. Revista Espanola De Salud Publica [Internet]. 2002 [citad el 1 de desembre de 2024]. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_2/RS762C_121.pdf
18. Académico C, Valverde Pérez M, Manuel E, De Castro B. Grado en enfermería, Trabajo Fin de Grado. Revisión de Planes de Actuación ante Accidentes con Múltiples Víctimas y Catástrofes [Internet]. 2016 [citad el 26 de gener de 2025]. Disponible a: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28560/TFG-L1880.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Múltiples víctimas y catástrofes [Internet]. Google Books. 2025 [citad el 2 de gener de 2025]. Disponible a: https://books.google.es/books?id=5bpJsi0U2MwC&printsec=frontcover&hl=ca&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true
20. Madrid.org. [citad el 2 de gener de 2025]. Disponible a: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017720.pdf>
21. De Priorización P, Categorización Y, Pacientes D, La E, López B, Internista Belén M, et al. [citad el 2 de gener de 2025]. Disponible a: <https://www.hospitalsanfranciscodepucon.cl/wp-content/uploads/2023/04/AOC-1.2-Categorizacio%CC%81n-de-Pacientes-3-edicion-2022-RAC-listo-impresio%CC%81n.pdf>
22. Campos-Asensio C. Cómo elaborar una estrategia de búsqueda bibliográfica. Enferm Intensiva [Internet]. [citad el 5 de gener de 2025]. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239918300841>
23. Millán MJR. La finalidad de la metodología cualitativa [Internet]. Fundación iS+D. Fundación iS+D para la Investigación Social Avanzada; 2018 [citad el 5 de gener de 2025]. Disponible a: <https://isdfundacion.org/2018/09/26/la-finalidad-de-la-metodologia-cualitativa/>
24. BOE.es - Documento BOE-A-2020-3692 [Internet]. www.boe.es. [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
25. Molero M, Izquierdo JA, Gutiérrez I. COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí? Atención Primaria [Internet]. 2020 Dec 1 [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-covid-19-espana-como-hemos-llegado-S0212656720302924>

26. Denominación N. Anexo Listado de municipios afectados por la DANA [Internet]. [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a: https://sede.agenciatributaria.gob.es/static_files/Sede/Tema/Ciudadanos_personas_discapacidad/DANA/Listado_municipios_afectados_DANA.pdf
27. Terremotos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a: <https://www.paho.org/es/temas/terremotos>
28. DGT, Ministerio interior. 2024 marca récord histórico de desplazamientos en carretera mientras se estabiliza el número de fallecidos en siniestros de tráfico [Internet]. Www.dgt.es. 2024. [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a: <https://www.dgt.es/comunicacion/notas-de-prensa/20250110-2024-record-historico-desplazamientos-en-carretera-mientras-se-estabiliza-el-numero-de-fallecidos-en-siniestros-de-trafico/>
29. Schettini P, Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social [Internet]. sedici.unlp.edu.ar. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2015. [citad el 9 de gener de 2025]. Disponible a: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49017>
30. Roche MM de la, Estupiñán AMV, Pulido MA. Características e importancia de la metodología cualitativa en la investigación científica. Revista Semillas del Saber [Internet]. 2021 Oct. [citad el 9 de gener de 2025]. Disponible a: <https://revistas.unicatolica.edu.co/revista/index.php/semillas/article/view/314/178>
31. Roche MM de la, Estupiñán AMV, Pulido MA. Características e importancia de la metodología cualitativa en la investigación científica. Revista Semillas del Saber [Internet]. 2021 Oct. [citad el 9 de gener de 2025]. Disponible a: <https://revistas.unicatolica.edu.co/revista/index.php/semillas/article/view/314/178>
32. Vista de Agotamiento emocional en profesionales de enfermería en un servicio de emergencia, la seguridad del paciente [Internet]. Revistas.um.es. 2025 [citad el 13 de maig de 2025]. Disponible a: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/601771/360431>
33. Pastor PP. Las emociones y el género [Internet]. Escuela ESEN. Escuela del Espacio de Salud Entre Nosotras; 2017 [citad el 13 de maig de 2025]. Disponible a: <https://www.escuelaesen.org/las-emociones-y-el-genero/>

34. López Ballesteros A, Villalobos D, María B, Duque Del Río C, Delgado Sánchez R, Medina Reimundez A, et al. Originales: Gestión Título Modelo integrador de coordinación de urgencias y emergencias sanitarias Autoría Contacto [Internet]. [citad el 12 de maig de 2025]. Disponible a:
<https://enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2024/09/6.-CDR24-Art-CiR-jul-ag-2024-Modelo-integrador-CCU-final.pdf>
35. González-Gil MT, Oter-Quintana C, Martínez-Marcos M, Alcolea-Cosín MT, Navarta-Sánchez MV, Robledo-Martín J, et al. El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. Enfermería Intensiva. 2022 Apr. [citad el 4 de maig de 2025]. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239921001152>
36. Garrido G. Impacto emocional y profesional de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras. Dspaceuibes [Internet]. 2022 [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/159460>
37. Del Carmen Deceliz Guzmán A, Rosas AA. Participación del personal de enfermería ante situaciones de desastres biológicos. RITE [Internet]. 2023 [citad el 4 de maig de 2025]; Disponible a:
<https://unimeso.edu.mx/ojs/index.php/RITE/article/view/35>
38. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2010. [citad el 14 de maig de 2025]. Disponible a:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200019
39. Victoria Salinas Hernández. La vocación en el profesional de Enfermería. Jóvenes en la ciencia [Internet]. 2019. [citad el 14 de maig de 2025]. Disponible a:
<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3152>

12. ANNEXES

Annex 1. Zonificació de l'àrea de l'accident.



Figura 1. Cadena assistencial i zonificació de l'escena.

Font: Manual i procediments d'infermeria SUMMA 112 (19).

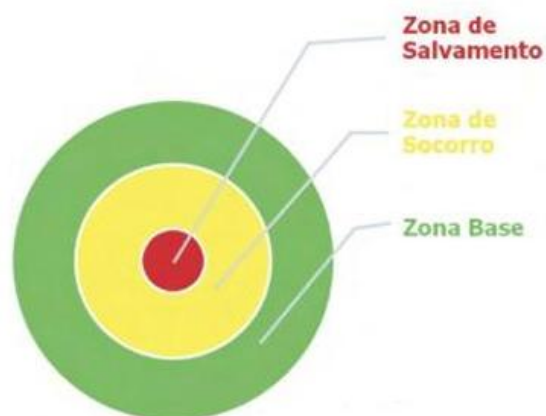


Figura 2. Zonificació de l'àrea de catàstrofe.

Font: Manual i procediments d'infermeria SUMMA 112 (18).

Annex 2. Guió de l'entrevista semidirigida.

1. Podria explicar-nos sobre la catàstrofe o el IMV que va viure? Quin tipus de catàstrofe o IMV va ser? Com i on va ocórrer?
2. Podria descriure la seva experiència més desafiadora en atendre aquest tipus de situació? Quins aprenentatges va obtenir d'ella?
3. En la seva opinió, quines són les habilitats i competències més crucials que ha de tenir una infermera per a manejar eficaçment situacions d'emergència amb múltiples víctimes?
4. Com va manejar les seves emocions i la situació d'estrès durant aquests moments tan crítics?
5. Podria compartir com va ser la seva experiència treballant en equip durant la catàstrofe? Quins aspectes positius i desafiaments va trobar en la col·laboració amb els seus companys durant aquesta situació?
6. Com ha impactat aquesta experiència en vostè com a persona i com a professional sanitari?
7. Alguna vegada ha rebut ajuda psicològica per poder afrontar la vivència relacionada amb l'IMV o l'IMV? Creu que és important rebre ajuda psicològica o d'algun referent per a vostè davant aquest tipus de situacions?
8. Quins consells podria donar per a altres infermers/es que vagin a viure aquest tipus de situacions en un futur?

Annex 3. Formulari d'autoavaluació sobre els aspectes ètics.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Declaración responsable sobre los aspectos éticos del Trabajo de Fin de Máster (TFM) / Trabajo de Fin de Grado propuesto

Los aspectos éticos son fundamentales para la Universitat Rovira i Virgili. Por ello, es necesario que realice la siguiente evaluación ética sobre su trabajo de fin de máster (TFM) / trabajo de fin de grado (TFG). Responda **SÍ** / **NO** a las preguntas que se detallan a continuación. Si todas sus respuestas son **NO**, no se necesitan más detalles. Si, en cambio, responde **SÍ** a alguna de las preguntas siguientes, es necesario, según objeto de estudio i comité de evaluación y seguimiento competente:

- CEIm-IISPV:.... Informe favorable
- CEEA: Informe favorable
- CEIPSA: Declaración responsable y compromiso formal del profesorado y alumnado implicado por lo que se refiere al seguimiento de la normativa aplicable, según consta al final del documento.

Nombre del profesor/a responsable:

Marina Gómez de Quero Córdoba.

Nombre del alumno/a:

Alba Beltrán Ruiz y Alba Jané Pàmies.

Titulación:

Grado en enfermería.

Título del TFM / TFG (marque la casilla que corresponda)

Vivències i reflexions dels professionals d'infermeria durant la seva participació en situacions de catàstrofe.

Breve descripción del TFM / TFG (máx. 1000 caracteres, espacios incluidos):

El TFG trata sobre las experiencias y vivencias personales de los profesionales de enfermería en durante la participación en situaciones de catástrofe. Es decir, que sentimientos experimentan durante estas y como estos les afectan durante y posterior a las experiencias.

Indique si el TFM / TFG que quiere desarrollar incluye alguno de estos aspectos.

Apartado	Sí	No
1. Embriones / fetos humanos		
¿Implica células madre embrionarias humanas (CMEH)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica el uso de embriones humanos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica el uso de tejidos / células fetales humanas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Seres humanos		



¿Implica la participación de seres humanos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Son voluntarios en el ámbito de las ciencias sociales o las humanidades?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Son personas incapacitadas para dar su consentimiento informado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son individuos o grupos vulnerables?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son menores de edad?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Son voluntarios sanos para estudios médicos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica intervenciones físicas en los participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Células / tejidos humanos		
¿Implica células o tejidos humanos (diferentes de los embriones / fetos humanos de la sección 1)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Datos de carácter personal y privacidad		
¿Implica la recogida o tratamiento de datos personales?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Implica la recogida o tratamiento de datos personales sensibles, como, por ejemplo, salud, vida sexual, raza, opinión política, convicciones religiosas o filosóficas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Implica el tratamiento de información genética?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• ¿Implica el seguimiento u observación tecnológico de los participantes (tales como datos de vigilancia o localización, y datos WAN, tales como dirección IP, MAC, cookies, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica un tratamiento de datos personales recopilados previamente a este TFG/TFM (uso secundario)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Animales		
Implica experimentación con animales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Países terceros		
En caso de que se desarrolle, de manera total o parcial, en países que no pertenecen a la Unión Europea, ¿el proyecto de I+D+i plantea problemas potenciales de ética?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene previsto utilizar recursos locales (por ejemplo, muestras de tejidos animales o animales, material genético, animales vivos, restos humanos, materiales de valor histórico, muestras de fauna o flora en peligro de extinción, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene previsto importar material (incluidos los datos personales) de países que no pertenecen a la Unión Europea en la Unión Europea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene previsto exportar material (incluidos los datos personales) desde la Unión Europea a países que no pertenecen a la Unión Europea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de que el proyecto genere beneficios e implique países de bajos ingresos o bajos ingresos medios, ¿tiene previsto las acciones de reparto de beneficios?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



¿Podría la situación en el país poner en riesgo a los participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Medio Ambiente / Salud y protección		
¿Implica el uso de elementos que pueden causar daños al medio ambiente, animales o plantas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Trata sobre la fauna o flora en peligro de extinción o áreas protegidas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Implica el uso de elementos que pueden causar daños a los humanos, incluido al personal investigador?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Uso dual		
¿Implica productos de doble uso en el sentido del Reglamento 428/2009 ¹ u otros artículos para los cuales se requiere autorización?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Foco exclusivo sobre aplicaciones civiles		
¿Podría necesitar aclaraciones en relación con un enfoque exclusivo sobre aplicaciones civiles?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Uso malintencionado de los resultados		
¿Tiene potencial para que sus resultados sean utilizados erróneamente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Otros aspectos éticos		
¿Hay algún otro aspecto ético que debería ser tomado en consideración? Especifique, por favor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Confirmamos que hemos valorado todos los aspectos éticos descritos más arriba y que, en caso afirmativo, los firmantes nos comprometemos formalmente, según objeto de estudio y comité de evaluación y seguimiento competente, a:

- CEIm-IISPV:.... Elaborar una descripción de los problemas éticos implicados y la documentación requerida, de acuerdo con las indicaciones de la "Guía del investigador/a".
- CEEA:..... Elaborar una descripción de los problemas éticos implicados y la documentación requerida, de acuerdo con las indicaciones de la "Guía del investigador/a".
- CEIPSA: Actuar de acuerdo con la normativa aplicable en el caso de que el trabajo en cuestión tenga implicaciones éticas y respetar las recomendaciones éticas que emanen de este Comité.

¹ Productos de doble uso son aquellos productos, incluido el soporte lógico (*software*), y la tecnología que puedan destinarse a usos tanto civiles como militares y que incluyen todos los productos que puedan ser utilizados tanto para usos no explosivos como para ayudar a la fabricación de armas nucleares u otros dispositivos nucleares explosivos. Véase [Reglamento CE 428/2009 del Consejo de 5 de mayo de 2009](#).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Seguir las directrices establecidas en la "Guía del investigador/a" y la "Guía sobre protección de datos personales en los Trabajos de Fin de Grado y Máster de la Universidad Rovira i Virgili".

Respetar la confidencialidad de los datos personales que se puedan obtener en la actividad de I+D+i, tanto en lo referente al uso académico como a la difusión pública de los mismos. Si consideramos que algún resultado de la actividad de I+D+i pudiera llegar a afectar o pudiera ser de interés para las personas o colectivos participantes, lo comunicaremos con antelación.

No utilizar los datos personales obtenidos en el proyecto para otros estudios distintos. En este último supuesto, solicitaremos antes el correspondiente permiso de este Comité.

Tarragona, 14 de diciembre de 2024.

GOMEZ DE
QUERO
CORDOBA
MARINA -
04627021L

Firmado digitalmente
por GOMEZ DE
QUERO CORDOBA
MARINA - 04627021L
Fecha: 2024.12.14
12:51:30 +01'00'

Firma del profesor/a responsable

Firma del alumno/a

Nota: una vez rellenado, convertir el documento a formato PDF, firmar digitalmente y enviar a carlos.garcia@urv.cat

Annex 4. Storie per a la divulgació i captació de la mostra.

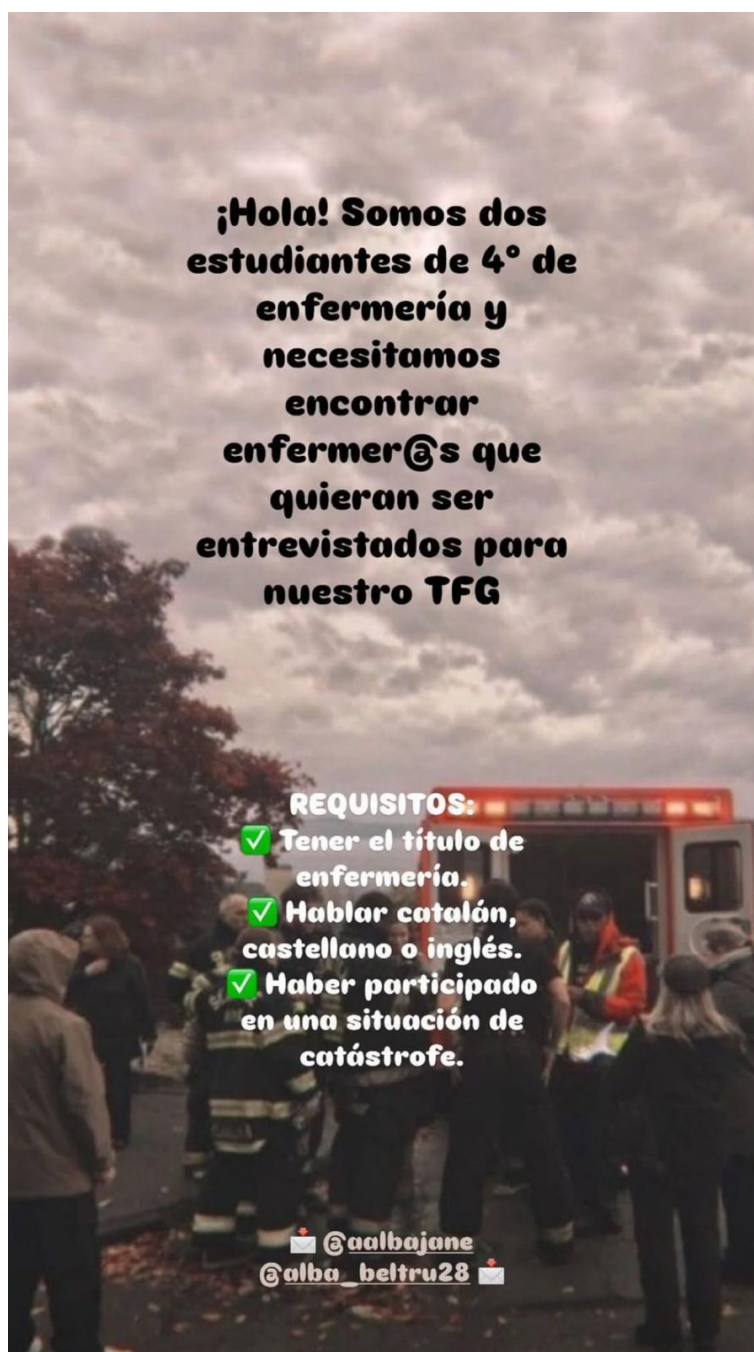


Figura 3. Storie per a la divulgació i captació de la mostra.

Font: Elaboració pròpia.

Annex 5. Consentiment informat.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi:¹

Dades de contacte de l'investigador principal:²

Grup de recerca, si escau:

Jo³ amb DNI

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí No

- ⁴Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.

Sí No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:
 - NO autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
 - SÍ autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
- ⁵Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació a aquestes, s'ofereixen les següents opcions:
 - La **destrucció** de la mostra sobrant.

¹ Del projecte de recerca, Tesi Doctoral, TFG o TFM. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal; nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Indicar el nom i cognoms del participant.

⁴ Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

⁵ Si no hi ha tractament de mostres biològiques es pot eliminar.



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

La seva **utilització en futurs projectes** d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

⁶ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

⁷ I per expressar aquest consentiment, el representant legal del participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Nom del representant legal.....

Relació del representant legal amb el participant

Signatura del representant legal

⁶ Si el participant pot prestar lliurement el consentiment utilitzar aquest redactat fins a la següent nota el redactat del qual es pot eliminar.

⁷ Si el participant no pot llegir o escriure, és menor de 14 anys o per qualsevol altre motiu no pot prestar lliurement el consentiment és necessari que el seu consentiment el presti el tutor o representant legal. En aquest cas utilitzarem aquest redactat i eliminarem el corresponent a la nota anterior.

**Projectes de recerca / Tesis doctorals / Treballs de Fi de Màster
/ Treballs de Fi de Grau de la URV**

Informació bàsica de protecció de dades

Informació bàsica sobre protecció de dades (format tabular)

INFORMACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
Responsable	El responsable del tractament de les seves dades personals és la Universitat Rovira i Virgili amb CIF Q9350003A i amb domicili fiscal al carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalitat	Participar en ⁸ en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació o oposició al tractament, mitjançant un escrit adreçat al Registre General de la URV a la mateixa adreça del domicili fiscal o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Informació addicional	Pot consultar informació addicional sobre aquest tractament de dades personals denominat ⁹ i els seus drets al Registre d'Activitats del Tractament de la URV publicat a https://seuelectronica.urv.cat/rpgd on també s'hi pot consultar la Política de Privacitat de la URV. Així mateix, pot consultar aquesta informació al Full d'informació al participant sobre l'estudi. Addicionalment, pot adreçar als nostres delegats de protecció de dades qualsevol consulta sobre protecció de dades personals a la direcció de correu electrònic del dpd@urv.cat .

⁸ Indicar "el projecte de recerca" en el cas que es tracti d'un projecte de recerca, "l'estudi de la Tesis Doctoral" en el cas que es tracti d'una tesi doctoral o "l'estudi del Treball Final de Grau o de Màster" en el cas que es tracti d'un TFG o TGM.

⁹ Indicar en cursiva "Projectes de recerca de la URV", "Treballs de Fi de Grau o de Màster de la URV" o "Tesis Doctorals de la URV" segons correspongui

Annex 6. Transcripció de les entrevistes realitzades als professionals d'infermeria.

▪ **Entrevista 1. J. P.**

Entrevistadora: Hoy tenemos el placer de entrevistar a J.P., enfermero de emergencias en el SUMMA 112 de Madrid, profesor en la Escuela Nacional de Policía y voluntario en el SAMUR.

Y bueno, para empezar con la entrevista, la primera pregunta sería, ¿podrías contarnos sobre el **incidente de múltiples víctimas que vivió?** Es decir, **el tipo de incidente, cómo fue y dónde ocurrió...**

Informante: Pues fue un **accidente de tráfico con 12 víctimas implicadas**, entonces no fue un IMV grande como los que estamos acostumbrados a ver, pero sí que es verdad que... digamos que como el IMV, inicialmente, supera las víctimas a los rescatadores, pues **nosotros fuimos la primera unidad en llegar** y entonces **éramos un médico y un enfermero para 12 víctimas**. Entonces nada, **fue un accidente entre 2 coches y una furgoneta y fue en Castilla y León.**

Entrevistadora: Vale eh, bueno, ¿cómo acabaron las víctimas?

Informante: Pues bueno, hicimos el triaje que corresponde que luego, si quieres, hablamos más de ello, pero en principio fueron dos negras, dos fallecidas, tres rojas y el resto, bueno, creo que una amarilla y el resto fueron verdes.

Entrevistadora: Vale, pues sí, háblame un poquito más del triaje como fue.

Informante: Vale, pues en este caso, como **éramos dos personas, éramos un médico y yo.**

Muchas veces pensamos que es asistencia al puro y duro, pero en incidentes de este tipo la idea es categorizar a las víctimas. Y bueno, pues eso lo hacemos a través de del triaje. Los libros nos hablan de que el triaje, bueno, pues por excelencia **el triaje lo tiene que hacer enfermería.**

Pero bueno, si tenemos **otros profesionales que nos puedan ayudar**, como son **técnicos en emergencias** o en este caso **medicina**, pues también nos ayudan. Hicimos un primer triaje rápido que lo hicimos a través del método START. **Tenemos** varios tipos de triaje que son el triaje básico y el triaje avanzado, y a través del triaje básico del START, que básicamente es caminan o no caminan, pues todos los que caminan los pusimos a un

lado y los que no caminaban pues fuimos dándoles una prioridad en función de este triaje.

Eh, inicialmente fuimos a los dos fallecidos para categorizarlos como negros, y no darles más importancia, ni perder más tiempo y ya nos metimos en el resto de víctimas.

El problema de estos viajes, cuando **somos dos exclusivamente**, es que todos los que sean que puedan caminar los categorizamos de verde y es verdad que se te puede colar alguno que no... que sea de otro... de otra gravedad y sí que pueda caminar.

Entonces bueno, pues tienes que ser bastante rápido y efectivo con el triaje de los que no pueden caminar para volver al triaje de los verdes y poder hacer ya un triaje avanzado con ellos.

Y nada en este caso, pues fuimos lo más rápido posibles. Ya sabíamos que teníamos los tres rojos identificados y luego dentro de los de los verdes pues sacamos un amarillo que no teníamos al principio categorizado.

Entrevistadora: Entonces para ti, aparte del triaje, ¿cuál fue el momento más desafiante para ti en este tipo de situación? O sea...

Informante: Jejeje. Los **servicios de emergencia** siempre llegamos tarde, sea un minuto, o sea una hora, siempre llegamos tarde. Entonces siempre hay gente que son testigos del incidente o lo han visto, lo han presenciado o han llegado antes que tú y entonces ahí hay mucho **nerviosismo**, hay muchísimo caos, la gente **grita**, la gente **llora**, todo el mundo siente que hay que atenderles a ellos primero...

Y bueno, pues el error que solemos intentar o que intentamos no cometer, pero que muchas veces cometemos, **es no dejarnos llevar por esas emociones**, porque claro, cuando tienes alguien que te está pidiendo ayuda y tú lo que estás haciendo es simplemente darle una prioridad, pues **emocionalmente es bastante complicado** porque lo que te pide el cuerpo es ponerte a atenderlo, ponerte a ayudarlo de la manera más completa posible, pero sabes que tienes treinta segundos con esa persona y tienes que pasar la siguiente, porque puede ser que esa persona esté muy asustada pero no tenga lesiones que en este momento le hagan perder la vida y la persona al lado puede ser que sí.

Entonces **tienes que abstraerte un poco de ese caos. Tienes que tener una mente muy fría y ponerte a hacer tu trabajo dejando a un lado las emociones.**

Entrevistadora: O sea, entonces para ti, sería lo más desafiante evitar esas emociones en ese momento que estás sintiendo para poder darle la atención que necesitan esos pacientes, ¿verdad? O...

Informante: Sí, abstraerte del caos. Al principio pues eso, es una situación bastante compleja. Da igual el incidente que sea, sea un incendio por accidente de tráfico o lo que sea. Es una situación donde hay muchísimo caos, donde la información no se sabe muy bien si ha pasado de un lado o de otro, no se sabe cuántas víctimas hay inicialmente... Lo único que sabes es que hay muchos gritos, que hay sangre, que hay coches destrozados y bueno, pues tienes que abstraerte de esa situación, porque si te dejas llevar lo único que vas a hacer es entrar en lo que se llama visión túnel, y la visión túnel no es nada más y nada menos que entrar en estrés. Entonces, entre el estrés que tú tienes de tus vivencias personales, el estrés emocional que te está generando la situación y el propio estrés que tienes de las víctimas, pues lo que hacen es que no te focalices en lo importante, y lo importante en este momento es triar a los pacientes.

Entrevistadora: Vale. Y a raíz de querer evitar esas emociones, ¿aprendiste a “contenerlas” en un futuro?

Informante: Sí, se trata de contenerlas en el momento de la situación. No se trata de no sentirlas, porque no hay nada peor que no sentir emociones. De hecho, eso es una parte de un rasgo psicopático. Y bueno, de eso daremos para otro libro. Pero sí que es verdad que tienes que ser capaz de localizar tus emociones, saber lo que estás sintiendo, saber dejarlas aparcadas por lo menos lo que dure el incidente. Que los incidentes, el caos este que hablo dura en torno a los 15 o 20 primeros minutos de cualquier incidente o catástrofe. Y una vez que ya haya pasado todo y que ya hayas solucionado todo y ya estés casi dejando el incidente a un lado, es cuando tienes que volver a rescatar esas emociones que has sentido para poder trabajar sobre ellas, porque si no lo único que hacemos es meterlas dentro de la mochila y al final nunca aprendemos a tratarlas. Lo único que hacemos es apartarlas y eso al final lo que puede generar es lo que se llaman los traumas. Que te vuelva a pasar esta situación y ahora sí que colapses.

Entonces tienes que localizar la emoción que te está surgiendo en ese momento: miedo, angustia, lo que sea, que es totalmente normal sentirla, aparcarla y dejarla ahí a un lado, y cuando termine todo, volver a rescatarla para poder hablar, ya sea con los compañeros, con la familia o con o con un profesional de la psicología.

Entrevistadora: Vale. Volviendo a cómo manejar una situación de emergencia con múltiples víctimas, ¿cuáles crees que son las habilidades y competencias más cruciales que debe tener una enfermera o enfermero en estas situaciones?

Informante: Bueno, lo primero es la formación. Un enfermero de emergencias, una enfermera que se enfrente a estas situaciones... la mejor manera que tiene de salir airoso es con una formación fuerte. Una formación adecuada es saber dominar los protocolos y procedimientos casi al dedillo, porque es la única manera de poder abstraerte y coger el manual de procedimientos, empezar de arriba abajo y sin perderlos, porque si tenemos fallos o dudas en los procedimientos o en lo que tenemos que hacer, es el momento en el que empieza a aumentar el caos.

Si yo tengo claro lo que tengo que hacer y nada interfiere en mis pensamientos pues voy a ser capaz de poder tomar una decisión adecuada. Si yo no tengo una competencia ni esas habilidades de estudio de saber los procedimientos pues mal vamos.

Y luego hay una parte de habilidades técnicas que tiene que haber, que un enfermero de emergencias no sólo tiene que saber esas habilidades técnicas que todos aprendemos en la carrera de coger vías, de poner medicación, de cargar medicación con estrés, que cuando eso nos pasa nos tiembla muchísimo el pulso. Esas habilidades técnicas que cogemos en la carrera las tenemos que tener innatas, pero tenemos que tener otro tipo de habilidades técnicas, como puede ser pues trabajar en espacios confinados, trabajar con equipos, lo que llaman el trabajo en equipo, que siempre pensamos en el médico o en los auxiliares o los técnicos en emergencias. Pero aquí el trabajo en equipo es con Guardia Civil, es con bomberos, es con rescatadores...

Entonces bueno, tenemos que tener también esas competencias de habilidades comunicativas para trabajar en equipo y saber qué es lo que quiere el bombero y qué es lo que quiero yo del bombero, y podéis llegar a buen puerto entre todos. Entonces bueno, pues por hacer un poco de resumen de este punto sería una parte de conocimientos teóricos que hay que tener: dominar el procedimiento y el protocolo, otra de las habilidades técnicas propias de la enfermería, y otra de habilidades no técnicas que son de la enfermería, pero no son de la enfermería de hospital, sino que son de la enfermería de emergencias, que es como trabajar en espacios confinados o poder trabajar en equipo con esas habilidades comunicativas.

Entrevistadora: De acuerdo. Y, respecto al trabajo en equipo con el con el equipo y tal, ¿cómo fue trabajar con los bomberos, con tus compañeros...? ¿cómo fue la experiencia de trabajar con ellos?

Informante: Yo trabajo en un **servicio** bastante especial porque es un helicóptero médico, alisado, donde pues voy **con un médico y dos pilotos**.

Los pilotos no son nada sanitarios. Su misión es pues la seguridad del entorno, llevarnos a los incidentes lo más rápido posible, pero lo más seguro posible y una vez dentro del incidente es sin perder ellos nunca el helicóptero de vista porque son los garantes de la seguridad del helicóptero siempre. Como son dos, pues uno de ellos si estamos solos viene con nosotros para ayudarnos con el material.

El trabajo que **nosotros** tenemos dentro de nuestro equipo está garantizado por varias razones. La primera es porque convivimos muchas, muchas horas juntos, porque **hacemos mucha formación juntos** porque **nos conocemos** ya no solo a nivel de trabajo, sino a nivel personal, y eso también hace que **estrechemos lazos y que seamos capaces de trabajar y que con una mirada nos entendamos**. Eso es muy difícil de conseguirlo, pero se consigue con tiempo y se consigue con convivencias y con muchos simulacros.

Entonces, en ese día en concreto, pues **el trabajo en con mi equipo fue muy bueno porque con el médico no hacía falta comunicar absolutamente nada**.

De hecho, ya de camino sabíamos que íbamos a un **incidente bastante grave**. No sabíamos que era tanto, pero sí sabíamos que era grave entonces, pues **nos dimos las pautas que considerábamos para que el médico sí tenía que asumir competencias enfermeras pues que las asumiese, y si yo tenía que asumir competencias médicas, pues que yo las asumiese, y eso**.

Entonces, de camino **siempre vamos hablando de posibles riesgos que nos podemos encontrar y de posibles retos que nos vamos a encontrar en la atención y valoramos los posibles escenarios y en función del escenario que nos encontremos pues ya lo hemos hablado y ya sabemos cómo vamos a actuar**.

Una vez que empezaron a llegar más unidades, pues como **nosotros** fuimos los primeros en llegar y no habíamos hecho una labor asistencial, **nuestra labor fue simplemente de coordinación cuando llegó la primera ambulancia de soporte vital básico, pues dimos instrucciones a los técnicos en emergencias para que se quedasen con los pacientes que habíamos categorizado de rojo para que empezaran a trabajar con ellos en ese**

soporte vital básico. Y ya cuando llegó la primera unidad médica, los compañeros del Centro de salud que también eran un médico y un enfermero, pues fuimos designando cada equipo a cada paciente.

Y de esa manera, pues como nosotros llegamos los primeros, **ejercimos ese rol de líder, donde la colaboración con el resto de equipos** pues fue bastante, bastante buena, porque tú cuando llegas a un incidente de estos de primeras pues es muy complicado organizar todo, pero cuando llegas de segundas digamos que es más fácil porque ya tienes a alguien que está medio organizando eso y simplemente tienes que seguir sus instrucciones. Pues **nosotros lo que hicimos fue dar instrucciones al resto de equipos que las acataron sin ningún tipo de problemas.** Fue un trabajo bastante fácil.

Y luego **el trabajo con Guardia Civil y bomberos** fue la verdad que bastante bien, porque ellos vienen a hacer su trabajo. Bueno, en este caso **la Guardia Civil que nos dijo “¿qué necesitáis?”**. Y nosotros dijimos “que no cortéis la carretera de lado a lado porque van a seguir llegando unidades y necesitamos habilitar un carril de emergencias para las ambulancias, y también necesitamos habilitar un carril para la evacuación porque van a tener que seguir llegando ambulancias. Además, hemos venido en helicóptero, con lo cual vamos a preparar una zona de aterrizaje” y de todo eso se encargó la Guardia Civil. Nosotros les decimos lo que necesitamos y yo les pregunto que necesitan ellos y en función de nuestras necesidades, pues llegamos a un punto en común.

Había un paciente rojo que estaba atrapado dentro de un vehículo, pues lo mismo con bomberos que preguntaban qué necesitamos. Nosotros necesitamos sacarlo lo antes posible, pero de las mejores condiciones. Pues bomberos te dicen “vale, pues para sacarlo por ángulo cero, que es por el maletero, pues vamos a tardar 40 minutos”. Entonces nosotros le dijimos “este paciente no tiene 40 minutos”. Y ellos dijeron “pues te lo puedo sacar por la puerta y te lo puedo sacar por la puerta en 15 minutos. ¿Te parece bien? Venga, pues los hacemos por la puerta, que es un poco más complicado”. Y lo sacamos en 15 minutos y de esta manera, pues ponemos las necesidades encima de la mesa de una manera muy, muy rápida y siempre hablando con cada líder de cada equipo.

En nuestro caso, pues el médico lideraba por un lado y **yo lideraba por el otro**, porque como había muchos pacientes, pues nos dividimos el escenario por zonas y después hablamos con el jefe de la Guardia Civil, con el que está haciendo las labores de jefe. Hablas con el jefe de bomberos y él ya se encarga de transmitirlo a su equipo y de esa manera es bastante sencilla **la coordinación entre equipos y el trabajo en equipo.**

Bueno, pues al final en este caso salió, salió bien.

Entrevistadora: Muy bien. Entonces, ¿se puede decir que el trabajo en equipo es como lo más crucial en este tipo de situación?

Informante: Sí, la organización es crucial, pero si no tienes un equipo que te respalde, no, no puedes hacer nada. O sea, si no vienen los bomberos a sacar al paciente, pues es que malamente lo vas a hacer. Si no viene la Guardia Civil a cortar la carretera, no vas a poder trabajar con seguridad.

Si no tienes una buena comunicación con tu médico, ni tu médico tiene una buena comunicación contigo como enfermero, pues al final el trabajo saldrá, pero saldrás enfadado, saldrás que no entiendo las decisiones que hemos tomado... y de manera que si él me cuenta sus por qué toma sus decisiones y yo le cuento por qué tomo yo mis decisiones, pues nos entendemos entre todos y esa forma de trabajar lo que hace es que el trabajo salga adelante, que repercuta en que los pacientes sean atendidos de una manera más rápido, más eficaz y sobre todo pues mejor y que tu como como profesional, pues también te sientas valorado y sientas que tu opinión está teniéndose en cuenta para el incidente.

Entrevistadora: Vale. Y después de todo lo ocurrido, ¿cómo te sentiste emocionalmente? ¿Qué tipo de emociones te vinieron en mente y tal?

Informante: Pues, sobre todo, impotencia. O sea, yo en mi caso sentí bastante rabia e impotencia porque bueno, pues las causas del accidente te las van contando en mitad de lo que vas viviendo mientras vas haciendo el triaje y vas viendo las víctimas que te van contando su visión de los hechos.

Y bueno, pues todo apuntaba que bueno, pues una persona con alcohol en el cuerpo, pues había decidido coger el coche y ha provocado ese pedazo accidente. Entonces bueno, pues sientes rabia e impotencia de decir "es que esto no hubiese pasado si no hubiesen cogido el coche borracho", pero sabes que tienes que seguir.

Sientes esa rabia porque hay dos personas fallecidas que no has podido hacer nada y por mucho que hubieses llegado a tiempo, tampoco hubiese podido hacer nada porque bueno, pues fallecen en el acto y luego sientes mucha pena o mucha tristeza por no poder ayudar a todo el mundo como como yo creo que me gustaría ayudar.

Pero claro, las circunstancias marcan, entonces a mí me gustaría tener una hora por cada paciente, pero si tengo una hora por cada paciente, pues al final el resto se muere.

Entonces me da mucha pena tener que decirle a una persona que ahora volveré, que le prometo que volveré a estar con ella, pero que ahora necesito irme a valorar a otro paciente y eso me genera muchísima, muchísima tristeza, a la vez que muchísima rabia e impotencia. Entonces bueno, pues eso se deja aparcado y ya cuando termina el incidente pues ya se habla.

Entrevistadora: Entonces, ¿lo que más te impacto de todo esto fue pensar en que se podía haber evitado si no hubieran cogido el vehículo estando ebrios?

Informante: Sí, sí, sí. A mí el primer pensamiento intrusivo que tuve es que esto no hubiese pasado si la gente hubiese sido responsable y luego los siguientes pensamientos es no puedo. O sea, me está costando muchísimo dejar a los pacientes.

Claro, tú al triarlos pues los ves 30 segundos, valoras las constantes de una manera muy rápida y te tienes que ir a otro y dejarlos ahí. Pues cada paciente que yo veía se me iba quedando ahí en la retina y pensaba todo el rato “tengo que volver, tengo que volver, tengo que volver”. Y lo que hace eso es que no preste suficiente atención en el siguiente paciente y te puede llevar a errores en el triaje.

Entrevistadora: ¿Entonces hubo algún tipo de error en el triaje? Más o menos bueno, creo que has comentado que había un paciente amarillo que en verdad era rojo. No me ha quedado muy claro. ¿Lo puedes volver a contar?

Informante: Sí. Hay dos tipos de triaje: el triaje básico y el triaje avanzado.

El triaje básico es como dice la palabra, muy básico, muy sencillo, que es entre START, que no sé si lo conoces, que es básicamente el que pueda caminar es verde directamente. Entonces, por ejemplo, en este caso lo que tenía el paciente era un neumotórax, y el paciente con un neumotórax en principio sencillo pasó a un paciente amarillo.

¿Qué pasa? Pues que la adrenalina, todo esto, pues lo que hace es que el paciente pueda caminar. Lo categorizamos de verde. No es un error, porque dentro de ese triaje está bien categorizado, pero nosotros sabiendo que el triaje básico puede llevar a falsos triajes pues lo que hay que hacer es lo antes posible volver a retriar a esos pacientes con un triaje ya avanzado, como puede ser el META o el TESICA o cualquier otro triaje que decidamos.

Y en este caso, pues volvimos a retriar a los pacientes y nos dimos cuenta de que uno de los que habíamos categorizado de verde pues estaba ya que no podía caminar y le estaba aumentando la frecuencia respiratoria con dolor en el pecho.

Y bueno, pues ese lo categorizamos de amarillo, porque sí que es verdad que no llegaba a frecuencias respiratorias por encima de 30, que es lo que sería el paciente ya rojo y finalmente se quedó, se quedó en amarillo. Pero no, yo no lo considero error como tal, sino que es una cosa que puede suceder y que entendemos que va a suceder.

Entrevistadora: Bueno, al final los triajes como que también es algo subjetivo que bueno, que no es algo hago que puedas controlar realmente al cien por cien, o sea, es como que tienes que guiarte por el ojo clínico y tal.

Informante: Eso es.

Entrevistadora: Entonces, ¿es normal que pueda suceder este tipo de cosas? O bueno, ¿qué opinas?

Informante: Sí, sí, sí, sí. Al final volvemos a lo mismo, **las emociones**. Tú has triado un paciente que sientes que igual te has equivocado y vas de camino al siguiente y dices uf, igual lo tenía que haber categorizado yo qué sé, de amarillo lo tenía que haber categorizado o de rojo y vas dándole vueltas y llegas al siguiente, que es amarillo y lo categorizas de rojo **porque como el otro te has quedado corto o sientes que te has quedado corto pues dices, bueno, pues para no quedarme corto, pues me paso, ¿no?**

Y al final lo que tienes son muchos pacientes de rojos y amarillos que lo normal no suele ser eso. En los incidentes suele ser más más leves, pero eso es por una creencia de que nos hemos quedado cortos, para ayudar y que los atiendan antes, básicamente.

Entrevistadora: Vale. Y cuando ya pasó todo esto, una vez llegaste a casa, ¿cómo asimilaste todo esto? ¿Qué hiciste para no pensar en ello? ¿O lo pensaste mucho?

Informante: No, **nosotros pues de vuelta en el helicóptero, pues vamos hablando**. Y bueno, **pues en este caso pues comentamos todas la situación**.

Al final te das cuenta de que entras en visión túnel, aunque no quieras, porque hay cosas que, pues comentaban los **pilotos** que yo ni siquiera había visto, cosas que el **médico** comentaba que yo tampoco había visto, cosas que yo comentaba que los demás no habían visto... **Entonces habíamos vivido el mismo incidente, pero parecían como cuatro incidentes diferentes. Cada uno había visto una cosa, una cosa diferente.**

Entonces, el hecho de hablarlo en el equipo, el hecho de estar con que, pues eso, con gente que no solo sientes cercanía a nivel profesional, sino también a nivel personal, pues ayuda bastante. Y luego, una vez que termina el incidente, yo siempre, bueno, el incidente o la guardia donde haya habido un caso que me haya llamado la atención que no sea de IMV, pues yo lo que busco son “patatas fritas para el cerebro”.

Es una manera de decirlo, pero lo que busco es que el cerebro trabaje lo menos posible para intentar no darle muchas vueltas a al tema, pero siempre y cuando haya podido tratar esas esas emociones con el equipo y conmigo mismo. Entonces, una vez que lo he tratado, hemos hablado y yo me he sentido así, y pues he sentido mucha rabia porque no he podido ver a esta señora que quería haber dedicado más tiempo y cada uno suelta sus emociones, pues busco lo que son “patatas fritas para el cerebro”.

En mi caso, pues es hacer deporte, entonces bueno, pues me fui a hacer deporte, fui a liberar ahí endorfinas en el gimnasio y luego pues intento hacer cosas que no tengan nada que ver con la profesión o con la enfermería. O sea, no doy clases ni estudio nada, ni miro ningún libro.

Lo que hago es leer un libro de ciencia ficción o leo algo que no tenga nada que ver, o incluso me pongo una serie que no tenga nada que ver con temas médicos ni con temas de emergencia para que mi cerebro se olvide por ç un tiempo. Y al día siguiente lo que hago es repaso lo que lo que ha pasado, pues en este caso, si era un IMV de accidente de tráfico, pues me cojo los manuales y los procedimientos y me pongo a repasarlo de esta manera. Lo que hago es pues los errores que hemos podido cometer, pues los vuelvo a tratar, los vuelvo a trabajar y así si vuelve a pasar, pues ya tengo claro que eso no, no tengo que hacerlo.

Otra cosa que a veces también hago que bueno, que eso que me ha venido muy bien, lo que pasa que últimamente ya lo hago menos, es que escribo lo que ha pasado. Inmediatamente cuando llego a la base, en las notas del móvil escribo un relato sobre sobre lo que ha pasado, y de esta manera pues es una forma de dejar por escrito y plasmado las emociones para para tenerlas, porque a veces las he vivido, sé que las he vivido, pero no soy capaz de expresarlas. Entonces, de manera hablada no sé expresarlas con el equipo, y de manera escrita en mi soledad y con y con las notas del móvil, pues sí que... sí que puedo soltarlas y de esa manera pues ya se quedan plasmadas en el papel y a los meses pues sólo leer las notas y vuelvo a recordar el incidente, porque el cerebro es muy curioso, pero bloquea muchas veces los

sentimientos que no le gustan o que le han hecho sufrir, pues los bloquea y lo vuelves a leer y dices "¡jo, esto es verdad que pasó así y me sentí de tal manera".

Entrevistadora: ¿Y te cuesta recordar lo que sentiste en ese momento? ¿O lo tienes como no normalizado, sino que aceptas que hayas tenido que vivir esa situación? O sea, no sé si me he expresado bien.

Informante: Sí, cuando pasa, cuando pasa el tiempo, sobre todo cuando pasa un mes o un par de meses, me doy cuenta de que recuerdo la situación, pero no recuerdo lo que lo que he sentido. O sea, recuerdo lo que he visto o el haberme sentido bien o mal, pero no, no recuerdo si sentí miedo, si sentí tristeza... Entonces por eso lo escribo, para recordar que esas emociones y esos sentimientos los he vivido. Pero bueno, yo creo que es algo que es necesario que bloquear en ciertos, en ciertos aspectos que trabajar los sentimientos, bloquear los sentimientos cuando están trabajados no es bueno, pero una vez que están trabajados y están asumidos por eso, yo creo que mi cerebro ya los elimina porque bueno, pues ya hemos trabajado esto, ya sabemos que nos hemos sentido tristes, por qué nos hemos sentido tristes, y a partir de ahí qué tenemos que hacer cuando nos sentimos tristes y a partir de ahí pues continuamos con la vida y con el trabajo, porque si cada aviso que fuésemos recordásemos los avisos anteriores o las emociones anteriores, lo único que conseguiríamos sería no trabajar bien porque las emociones nos nublarían.

Entrevistadora: Ya. ¿Y tú sueles contar este tipo de experiencias a tus familiares o gente cercana?

Informante: Sí, cuando entienden de lo que estoy hablando, sí. Si es alguien que sea del gremio, como policías, bomberos que trabajan en emergencias, sí, porque es una manera también de poder soltarlo y sobre todo con gente que pues eso, que te va a entender.

Por ejemplo, mi madre, que es pianista y no tiene nada que ver con este mundo, pues le cuento cosas, pero no le cuento todo porque si le contase todo yo sé que la mitad de los días que yo le digo que estoy de guardia, pues estaría preocupada por si pasa algo, si me siento bien... Entonces sólo le cuento cosas que a mí emocionalmente me haya tocado mucho.

Me acuerdo el primer intento autolítico que yo viví, pues eso a mí me tocó mucho, me llamó mucho la atención y eso sí, eso yo llegué a casa y le dije, mamá, tengo que hablar

contigo porque tengo que contarte esto. Pero con el tiempo también pues esa gestión de emociones pues las he llevado mejor y no he necesitado tanto contárselo a ella.

Y entonces bueno, busco gente que sea del gremio si quiero hablar de estas cosas, si no, la verdad que hablar con amigos que no tienen nada que ver con esto y que ellos te cuenten sus problemas del día a día de su trabajo que son totalmente diferentes a los tuyos, pues también me viene muy bien, porque lo que hace es que me abstrae de mis cosas y me centre en las tuyas. Y es una manera de tampoco creerte el ombligo del mundo, porque cuando vives ciertas cosas de estas que son así bastante fuertes o llamativas, pues es como "jo, soy un héroe por estar aquí ahora mismo y salvando vidas" o en la de "que mierda, me siento que sólo vivo desgracias, que mierda de trabajo tengo porque sólo vivo desgracias". Entonces ni una cosa ni la otra. Ves los problemas que tienen los demás y dices "oh, pues que ellos en su trabajo de oficina, pues también tienen sus problemas", y cada uno en su trabajo pues tiene sus problemas.

Entrevistadora: ¿Y crees que, o sea, en algún momento pensaste que a quizás necesitarías de ayuda psicológica de, por ejemplo, ir a un psicólogo? ¿O no lo pensaste?

Informante: Sí, la verdad es que yo tuve suerte porque la primera vez que yo viví esto, que fue el intento autolítico y lo viví en un servicio de emergencias que tiene psicólogo 24h, pues por protocolo te mandan a que hables con el psicólogo.

Y bueno, pues hablando con él, fue una de las razones que dije "uy, esto importa, la salud mental importa, cómo me sienta yo es importante". Y a través de él pues, cada vez que tengo un problema de esta de esta índole, yo siento que necesito hablarlo.

Si puedo, contacto con un psicólogo especializado en emergencias, que yo creo que es el profesional de la salud mental que mejor me va a ayudar, pero si no, hay psicólogos especializados en temas sanitarios que también te pueden echar una mano. Pero bueno, yo en mi caso, como el servicio de emergencias donde estoy tiene servicio de psicólogo 24 horas, tanto para nosotros como para los pacientes, pues tengo suerte, no tengo que buscarlo fuera porque el servicio de salud mental lo tenemos dentro de la propia institución.

Entrevistadora: ¿Y te gusta la idea de que haya un psicólogo que pueda echar una mano a vosotros cuando vivís ese tipo de situación? ¿O lo ves un poco innecesario?

Informante: No, no, totalmente necesario. Es un profesional que bueno, por primero por los pacientes, porque puedes llevar un profesional de la salud mental in situ a una

situación de estas donde hay familiares, donde me da igual que sea una parada cardiorrespiratoria, que sea un IMV, que sea de cualquier tipo. **Tener un profesional de la salud mental** que sepa manejar este tipo de situaciones es fundamental.

En segundo lugar, por nosotros, porque es un profesional que conoce la situación de primera mano porque la ha vivido contigo. La ha vivido es verdad que abstraído, porque tú has estado en el foco del incidente y que al igual ha estado en zona fría atendiendo familiares, pero sabe de qué va el incidente, no se lo tienes que contar de nuevas. **Y siempre va a estar a tu disposición.** Hombre, las tres de la mañana no lo llames porque no, no te va a atender como no sea algo muy urgente, pero, pero bueno, **siempre tiene la puerta del despacho abierta para que tú puedas entrar y hablar.**

O sea, a mí me parece que es un modelo que tiene, que habría que implantar en más servicios de emergencia y yo solo conozco dos que lo tengan y es una, es una manera de decir **“pues oye, pues he vivido esto y necesito hablar con el psicólogo porque lo necesito y ya está”**. Pues que tengan la puerta del despacho abierta para para echarte una mano, para mí me parece algo fundamental.

Entrevistadora: Lo que me parece también muy importante es que puedas contar con alguien, porque a lo mejor hay personas que no tienen familiares o personas cercanas que puedas contarles estas experiencias, y un psicólogo pues te puede ayudar bastante la verdad.

Informante: Sí, y hay veces que los familiares no saben qué decirte. Entonces, ¿qué mejor que te vea un profesional de salud mental?

Entrevistadora: Exacto, me parece muy importante la verdad. Y a día de hoy, ¿esta experiencia que viviste ha impactado en ti como persona o en tu carrera como sanitario?

Informante: Sí ha impactado, porque **nosotros hacemos mucha formación del IMV y de catástrofe.** Entonces, no es lo mismo hacer una formación y vivirlo con la tranquilidad de que es un simulacro que, cada vez que pasa un simulacro imaginarte de nuevo que vuelve a ser esa esa situación y vuelves a recordar pues eso, las caras de los pacientes.

Vuelves a recordar esas emociones y bueno, pues cada vez que vas a un aviso de un accidente de tráfico dices **“por favor, que no sea lo que lo que viví la última vez”**. Y afortunadamente los incidentes de múltiples víctimas o las catástrofes no es algo de nuestro día a día. Tú puedes estar en un servicio de emergencias durante 20 años y no haber vivido nunca un IMV y ya está, y es lo mejor que te puede pasar a ti.

Pero sí que es verdad que yo creo que en mi persona o como profesional sí que me ha modificado en el sentido de que le he dado cierta importancia a la gestión de nuestros incidentes porque bueno, yo en mi cabeza pues vale, yo soy enfermero, yo soy asistencial y yo voy allá a **atender** a los pacientes que sean, pero el tener que **gestionar, liderar y coordinar un incidente de esta índole** hasta que llegue pues el jefe de Guardia o llegue quién tenga que llegar, **es bastante estresante** y **no estamos formados para ello**.

Entonces, bueno, pues ha modificado mi carrera en el sentido de **formarme más** para este tipo de situaciones.

Entrevistadora: ¿Y para ti el significado de enfermería cambio en algún momento?

Informante: Para mí cambió el significado de enfermería cuando me subí a un móvil cuando empecé en emergencias, porque yo entendía enfermería como el cuidado de los pacientes.

Y **es verdad que la enfermería de emergencia sigue siendo el cuidado a los pacientes**, pero yo nunca me imaginé que iba a ser en cualquier tipo de situación o circunstancia, **como por ejemplo en una cornisa cuidando a un paciente que no se tire al vacío, un accidente de tráfico donde el paciente se encuentra debajo de un coche y yo estoy dándole la mano para que consigan sacarlo...**

Nunca me imaginé que iba a ser yo el que estuviera apoyando a los compañeros del centro de salud con un paciente que tenga un infarto y no sepan lo que hay que hacer o cómo hay que hacerlo.

Pues enfermería me he dado cuenta que tiene una versatilidad enorme. Y luego no sólo es el **cuidado de los pacientes**, sino que hay **una parte docente, una parte de gestión, una parte de liderazgo** que a veces en la carrera no nos lo cuentan, sobre todo a nivel hospitalario.

Estamos bastante relegados a ese **trabajo en equipo**, pero **de manera piramidal, donde el médico es la cabeza y de ahí baja la pirámide**.

Y me he dado cuenta de que fuera de ese modelo que es bastante extinto, que deberíamos de cambiarlo, por ese modelo no existe esa pirámide, o sea, yo cuando trabajo con **médicos de emergencias** estamos al mismo nivel. Yo opino de lo que tengo que opinar sobre mi trabajo y él no se va a meter en mi trabajo y él me va a pedir consejo sobre su trabajo y yo le voy a pedir consejo sobre el mío.

Entonces, enfermería para mí cambió el significado a ese cuidado, diría casi maternal o paternal de los pacientes en el hospital, a ese cuidado activo de tener que hacerlo en circunstancias que nunca me imaginé y ahora mucho menos, porque trabajo en un helicóptero, que es algo totalmente diferente y muchísimo **más adrenérgico** que por supuesto un hospital.

Entrevistadora: La verdad que la experiencia de ir en un helicóptero e ir a salvar vidas tiene que ser una labor súper importante y una gran responsabilidad también.

Informante: A mí me gusta una frase que dice que **“nosotros no salvamos vidas”**, **creo que lo que hacemos es estabilizar a los pacientes para que le salven la vida en el hospital** y de esa manera también nos bajamos nosotros y ponemos los pies en la tierra, porque yo siempre digo que el trabajo en emergencias o del enfermero de emergencia es un trabajo muy sencillo.

Y es una manera de volver a reconectarme y no darme la importancia porque al final tú te bajas del helicóptero y pues es lo que decía antes, crees que eres un héroe y en realidad eres un eslabón más de una cadena super larga donde tú pues, obviamente, si no llegas con el helicóptero o con la ambulancia y empiezas unas medidas salvadoras, pues ese paciente va a fallecer. Es decir, que se está salvando vidas, pero yo todavía no he visto a nadie que sufra una parada cardiorrespiratoria y salga de la ambulancia diciendo, Oh, bueno, pues qué bien estoy, ¿no? O sea, tiene que ir al hospital, le tiene que ver la enfermera del hospital...

Los **médicos del hospital** entonces tienen que entrar en esa en esa **cadena de la asistencia**, donde **entre todos** ponemos nuestro granito de arena para que el paciente pueda salir y decir “me han salvado la vida”. Pero ni nosotros somos más importantes ni nadie lo es.

Entonces bueno, a mí me gusta decir esa frase de **“no salvamos vidas, sino que estabilizamos a los pacientes”** para para quitarnos esa importancia que a veces se nos da, pero no por quitaros a nosotros importancia, sino porque a veces el lenguaje es un poco puñetero y lo que hace es darnos a nosotros, los que estamos en emergencias, importancia, y quitándole la importancia que tienen los compañeros del hospital, y no.

Por poner un ejemplo así un poco tonto, cuando trasladamos a hospitales que tienen capacidad asistencial, por ejemplo, para tratar un infarto, y otros hospitales que no. Siempre hemos llamado hospitales útiles los que son útiles para esta patología, pero fíjate cómo es el lenguaje que estaríamos hablando de que los demás hospitales son

inútiles. Y en realidad no. No hay un hospital inútil. Entonces se ha cambiado por el hospital idóneo o hospital no idóneo y es una manera de **no desprestigiar al resto de compañeros**.

Entrevistadora: Sí que al final cada hospital y tal tiene sus especialidades y tienen personal más cualificado para unas cosas y para otras no, y eso es totalmente cierto, la verdad.

Informante: Exacto. O sea, **cada hospital ofrece lo que lo que tiene y lo que puede, y no son inútiles**.

Entrevistadora: Estoy totalmente de acuerdo. Y entonces, ¿te sientes orgulloso de ser enfermero?

Informante: Sí, hombre, **orgullosa** estoy. O sea, yo estudié una cosa totalmente diferente al principio en mi vida, que es Ciencias Sociales, y luego yo hice Enfermería por pura vocación. Vocación tardía, pero la hice sabiendo que yo quería estar en emergencias.

De hecho, yo creo que, si yo no hubiese conseguido estar en emergencias, yo no me dedicaría a ser enfermero. No podría estar en un hospital.

Entonces me dedicaría a la otra carrera que tengo y ya está, pero hay una parte que es el orgullo, pero es un **orgullo** personal de decidir "he conseguido lo que yo quería" y, por otro lado, **ese sentimiento también de privilegio**, de privilegio en el buen sentido de la palabra.

No siento que nadie me haya regalado nada por estar aquí, sino que me lo he tenido que currar porque al final tú en un hospital pues igual ahí yo qué sé depende el hospital, pero 1000 enfermeros, con lo cual hay muchas más plazas y en un helicóptero pues va uno o en una ambulancia va uno, entonces obviamente no.

A nivel hospitalario hay muchas más plazas de enfermería, pero que a nivel de emergencias y el poder de haber demostrado, pues **he demostrado que valía para estar aquí** y haber pasado las pruebas y haber sentido que tal, pues es un sentimiento **orgullo**, y sobre todo pues cada vez que salimos a volar o cada vez que entro de guardia, yo me siento **privilegiado** por tener este este trabajo, y ya si le ponemos la guinda de que puedo aportar mi granito de arena en estas situaciones de IMV y puedo estar ahí al pie del cañón llevando los cuidados de enfermería a estas situaciones pues yo **soy la persona más feliz de este planeta**.

Entrevistadora: Que bien, la verdad es que tiene que ser satisfactorio el poder ayudar a personas que están en un momento tan crítico y decir: ostras, que estoy haciendo algo que alguien que no todo el mundo puede hacerlo.

Informante: Yo creo que no sabría hacer otra cosa.

Entrevistadora: ¿Qué aprendizajes has sacado de este incidente de múltiples víctimas?

Informante: Pues que hay que estar formados para para cualquier circunstancia en cualquier momento.

Yo siempre digo que la emergencia es como una suegra que siempre aparece en el momento menos oportuno y cuando menos preparado estás. Entonces hay que estar preparado para para la suegra. Hay que tener siempre la casa limpia y estar siempre ideales para que se presente y llame al timbre. Y bueno, pues no nos pille con las cosas sin hacer, pues la emergencia es exactamente igual.

En la emergencia no puedes decir "no, como los incidentes de múltiples víctimas o las catástrofes nunca pasan o muy de vez en cuando, pues es una cosa que yo tengo ahí, pero tampoco me formo" porque, de repente te das cuenta de que de que no, de que es una realidad que puede pasar y que, si no estamos formados, pues te va a pillar totalmente en bragas. Y eso no, no te lo puedes permitir ni tú ni los pacientes.

Entonces bueno, pues esas son mi mayor enseñanza y, sobre todo, tener muy fresco la teoría y las habilidades que tenemos que tener, como como enfermeros.

Entrevistadora: Muy bien. Y ya para acabar con la entrevista, ¿podrías dar consejos a otros enfermeros que vayan a vivir este tipo de situación en un futuro?

Informante: Sí, que se abstraigan de la parte asistencial, que cuando entras en un incidente de múltiples víctimas y es la primera unidad en llegar, tu trabajo no va a ser asistencial, que es lo que estamos acostumbrados.

Vas a tratar pacientes. Lo primero que vas a tener que hacer es categorizar, es hacer ese triaje. Y eso, sinceramente, cuesta, cuesta bastante. O al menos a mí me ha costado bastante.

Vuelvo a lo mismo de siempre, que estén preparados, que estén formados. Hay veces que hablo con mis amigos y me dicen: Jo, es que te pagan por no hacer nada, porque hay veces que salimos a volar y otras veces que no salimos, y puedes estar 12 horas

de tu guardia sin hacer nada. Y digo: no es que yo no esté sin hacer nada, estoy como los bomberos. Yo tengo que estar preparado físicamente, tengo que estar descansado y tengo que estar estudiando.

Entonces bueno, pues los manuales me acompañan en todas las guardias y los tiempos libres son para estudiar.

Entonces, al final, sí creo que tengo un trabajo bastante teórico porque estoy todo el día con los libros analizando la teoría y viendo casos que puedan suceder. Pero el día que pasa de manera práctica, pues estamos preparados.

Pues el mejor consejo que puedo dar es estar preparado para esa emergencia, tener una buena forma física, porque al final si tu cuerpo no te acompaña, tu mente tampoco. Si tú físicamente no llegas, la mente lo único que va a pensar es en me muero, me muero y no vas a poder objetivar pues lo que tengas que ver y teniendo esos 3 pilares claros, pues todo irá bien.

Entrevistadora: ¿Y para canalizar las emociones, que recomiendas?

Informante: Yo creo que cada uno tiene que encontrar su manera, porque yo puedo decir que escriba y hay alguien que igual escribiendo dice que te que te peines porque eso no, no le vale. Hay gente que baila, hay gente que canta, hay gente que se va a correr, gente que, yo qué sé, que le gusta escribir, pero escribir de otras cosas. Entonces yo creo que cada uno tiene que encontrar su manera de aliviar esas emociones y conocerse eso es fundamental. Conocer cómo puede gestionar esas esas emociones para para que le sirva, porque lo que yo pueda decir pues se puede probar, ¿no? Pero yo, por ejemplo, tenía un compañero que le gustaba ver los programas de cotilleo tipo Sálvame y eso le relajaba y era lo que era sus “patatas fritas para para su cerebro”. Pero yo, por ejemplo, a mí eso me estresa más.

Entonces no, no puedo, pues yo tengo que escribir, tengo que irme a correr, tengo que irme al gimnasio y ya está. O sea, que cada uno tiene que encontrar su forma de desahogarse y al final es autoconocerse para saber también qué emociones están asaltando. Pues si no te autoconoces y no sabes que estás sintiendo tristeza o estás sintiendo agobio, angustia, pues no eres capaz de localizar esas emociones y nunca serás capaz de ponerlas sobre la mesa para poder tratarlas.

Entrevistadora: Muy bien. Muchas gracias por todo. Podemos dar por concluida la entrevista.

▪ **Entrevista 2. A. V.**

Entrevistadora: Hoy tenemos el placer de entrevistar a A.V., actualmente profesor de la Facultad de Enfermería y Educación de la Universidad Camilo José Cela, además de más de siete años de experiencia profesional en el ámbito de la cooperación internacional trabajando en gestión y coordinación de equipos tanto de salud y multidisciplinares en organismos internacionales dando respuesta a emergencias, ayuda al desarrollo y desastres naturales, a parte de los dos años de trabajo como inspector de hospitales de concesión público-privada en la Comunidad de Madrid para el SERMAS.

Entrevistadora: Bueno, pues ahora ya empezamos con las preguntas. La primera pregunta es que si ¿podrías contarnos sobre la catástrofe o el accidente de múltiples víctimas que vivió? ¿Qué tipo de catástrofe fue? O bueno, ¿qué accidente de múltiples víctimas fue y cómo y dónde ocurrió?

Informante: Eh, ¿pero de España o de fuera? ¿qué le puede interesar más, el de enfermero de emergencias aquí en España o el de enfermero en internacional?

Entrevistadora: El que tu prefieras, aunque el de enfermero internacional, me gusta la verdad.

Informante: Vale, pues internacional. **He tenido las acciones de conflicto armado o las de carácter natural.** Mira, te explico la experiencia de **catástrofe natural.** Venga, pues el **terremoto de Pakistán de 2005.** Este fue un terremoto que hubo en la zona de Marakot, en el norte de Pakistán. Y bueno, de hecho, **fue de magnitud 7,7-7,8** y además después de una siesta fatal. Nosotros llegamos como equipos de respuesta de salud en agencias y, a pesar de que ya habían pasado unos días desde el terremoto, sí que seguían llegando pacientes y gente de terrenos nuevos porque el problema en esas zonas es que no hay centros, no había comunicaciones y la gente pues se tiraba 3, 4 o 5 días caminando hasta que podían llegar a los centros de salud, con lo cual claro, lo que inicialmente podían ser fracturas o heridas leves o moderadamente leves, moderadas vamos, acababan siendo patologías muchísimo más graves con infecciones. **¿Y cómo se veían? Pues bueno, pues** eran bastante feas, **sobre todo en los niños,** con quemaduras, con rayaduras. Al principio tenía ese horario, de día, aunque al fin y al cabo estas ahí todo el rato y **hacíamos turnos también por la noche.** Hacíamos una **media de unos 30-60 pacientes diarios,** aproximadamente. Pero ahí, por ejemplo, como es una catástrofe **el rol de enfermería cambia** y **trabajábamos en binomios médico y**

enfermero, los dos pasando consulta. El médico pasaba consulta y enfermería pasaba consulta. Entonces yo pasaba consulta y cuando tenía dudas de alguna patología le consultaba al médico, si no, ya había unos protocolos establecidos que teníamos en función de los tipos de patología y en base a eso, lo que hacíamos era evaluar, diagnosticar, hacer el informe médico, prescribir y tratar, en base a unos protocolos que estaban establecidos y que teníamos predefinidos para cada tipo de patología.

Entrevistadora: Vale, la siguiente pregunta es, ¿podría describir su experiencia más desafiante al atender este tipo de situación?

Informante: ¿Desafiante, en qué sentido?

Entrevistadora: ¿Ese momento en el que, bueno, ese momento en que decías “nunca pensaba que iba a hacer esto o que tendría que hacer esto”, teniendo que improvisar más de la cuenta?

Informante: Sí, es que, en enfermería todo es improvisación.

Entrevistadora: Ya claro, pero ¿una experiencia, en qué momento? No sé, ese momento en el que a lo mejor la situación te sobrepasa.

Informante: Sí, realmente la manera de contestar a esta pregunta sería cuando yo me vi metido en la misma situación a la que yo iba a ayudar como profesional, en la que yo estaba allí. Era una de las veces que estaba pasando consulta y, de repente, vi cómo la gente se iba corriendo y no entendía muy bien por qué, hasta que vi que las cosas que teníamos colgadas empezaban a moverse. Y, en ese momento, entendí que estaba habiendo una réplica del terremoto en la zona en que yo estaba. En ese momento eres consciente de que claro, tú también estás ahí y, aunque tú eres el que estás ayudando, no estás exento de sufrir las mismas consecuencias que la propia población. Entonces, claro, es una cosa que también enfermería trabajamos o que el profesional de emergencias trabaja, que bueno, aunque tu estes ahí no eres inmune.

Entrevistadora: ¿Y qué aprendizajes obtuviste de ella?

Informante: Primero, que la supervivencia humana es espectacular, que la bondad humana también es espectacular y que lo que la gente aguanta y hace por sus semejantes todo y más. Nosotros vimos a una señora muy mayor, a la que se le cayó la casa encima, cómo sus vecinos, hermanos y más se pusieron de acuerdo y durante 3 días la llevaron en la cama, literalmente en una cama de madera, porque no tenían camilla y no tenían cómo llevarla, o sea, la llevaron caminando durante 3 días por todas

las montañas, que están en el pre-Himalaya, hasta dónde estaban los médicos, hasta el centro de salud, vamos, al hospital que teníamos montado de emergencia. Entonces, te das cuenta de que la bondad humana es espectacular y que la gente es maravillosa, que es super agradecida. Y otra cosa con la que me quedé, por lo que digo yo, que mi profesión es una maravilla, es que somos capaz de hacer mucho más de lo que se nos dice que podemos hacer en España. Aquí en España estamos encajonados y tenemos un techo muy bajito de cristal, pero cuando te vas fuera de España te das cuenta de que, primero, que sabes más de lo que te dejan pensar que sabes, o sea, vas a salir siendo una enfermera con unos conocimientos espectaculares, porque la formación que se recibe en España de enfermería es muy buena, muy buena. Y una vez que sales de la frontera española, es otro tipo de enfermería, estás muchísimo más valorado, estás muchísimo más reconocido y tú puedes hacer lo que quieras, vale, puedes hacer realmente lo que quieras, el límite lo pones tú, no tienes techo de cristal y entonces, depende de tu actitud, tus intereses y tus ganas de trabajar. Y eso es espectacular.

Entrevistadora: ¿Sí no?, qué guay. Entonces, ¿cuáles son las habilidades y competencias más cruciales que debe tener una enfermera para manejar eficazmente situaciones de emergencia con múltiples víctimas?

Informante: Pues, ante todo, estar tranquilo. Ya sé que al principio cuesta mucho, pero después de la segunda, tercera, cuarta catástrofe, vete acostumbrando, pero tienes que estar tranquilo, generalmente trabajas en equipo, entonces, confiar en tu equipo y trabajar en equipo. Y luego, pues ir poco a poco, ir trabajando e ir avanzando poco a poco, no tiene más, principalmente es la tranquilidad. Y hay una cosa que también es básico sobre todo en emergencias, y esto es una opinión personal, pero, no se debe acabar la carrera e inmediatamente meterte en las emergencias extrahospitalarias. Primero, hay que coger un poquito experiencia de lo que es enfermería, de la profesión a nivel hospitalario, aunque sea en la unidad de emergencias, pero intrahospitalaria o en una planta de traumatología, conocer tu profesión, coger habilidades como coger una vía, sin más, aunque parezca muy fácil, en la emergencia como no la cojas tu no la coge nadie, entonces no te la puedes jugar aquí, no tienes tiempo para pensar “¿cómo que me dijo mi profesora que se hacía? o ¿era así o 15 grados?”, no, eso te tiene que salir sin pensar. Te tiene que salir sin pensar el estar delante de un paciente, el cargar medicación, el hacer curas y toda esa rutina de enfermería que tenemos, la tienes que tener integrada dentro de ti antes de lanzarte a la emergencia, porque la emergencia es la emergencia y tú eres la respuesta, no puedes llamar a una compañera que te lo haga.

Entonces, el médico tiene sus funciones, el técnico tiene sus funciones, el resto de los equipos también y la tuya es la que tienes y si tú no eres capaz de hacerla, nadie te la va a hacer. Entonces, antes de tirarse o dedicarse, de salir en una emergencia que es una maravilla, es fórmate bien, coge experiencia y ya luego empieza a salir y a hacer emergencias y a coger experiencia dentro de las emergencias.

Entrevistadora: Vale. ¿Cómo manejo sus emociones y la situación de estrés durante esos momentos tan críticos?

Informante: Bueno, a ver, yo por ejemplo estuve desplegado durante un mes, unas 3 semanas aproximadamente. Todos vivíamos allí. Pero, por ejemplo, no es como un accidente de múltiples víctimas aquí en España, como puede ser una DANA o alguna cosa así, sino que tienes tus turnos, entonces tu trabajas tus turnos y luego tienes que descansar. Realmente, sé que lo que más cuesta es desconectar, sobre todo porque tienes que ser capaz de asumir que, en las catástrofes, un accidente de autobús tiene un inicio y un final ya que dura una, dos, tres horas, cuatro como mucho, un avión son unas 4 o 5 horas, no mucho más, una DANA son varios días, una catástrofe son varios días. Entonces, lo que tienes que asumir es que cuando estás, estás y, cuando no estás, estás en otra parte y tienes que ser capaz de relajarte porque esto no es un sprint, es una maratón y hay que aguantar, esto es de fondo. Entonces, no puedes darlo todo el primer día porque te quedan otros 20 por delante. Y esto es el típico error que comete la gente, la gente nueva, la gente que empieza en la primera misión, las primeras veces lo da todo, todo, todo y de repente a los 5 o 6 días no puede más, está agotado físico, psicológico y emocionalmente y es como ya, pero es que te quedan dos semanas por delante, ¿qué hacemos?, entonces, has pasado de ser ayuda a ser un estorbo, a ser otra víctima más e injustamente tienes que evitar ser una víctima más. A veces, hay que mantener la cabeza fría, y eso se consigue con experiencia. Tienes que estar seguro de que es lo que tienes que hacer, tienes que conocer tu profesión, tienes que ir metiéndote poco a poco y tienes que dejar guiarte también por la gente con la que trabajas ya que generalmente nunca se mete solo a gente con poca experiencia, sino que se mezclan para que todos colaboren. Y luego, también tienes que encontrar tu espacio una vez has acabado el turno. Hay definiciones muy bonitas tipo 'debriefing', 'defusing'... pero realmente, lo que en España nos funciona muy bien, es el café, cerveza, te... lo que sea, después del trabajo, cuando acabas el turno, con tu amigo, con tu persona de confianza, y le haces el traje a medida a la persona con la que acabas de trabajando y te desahogas, ¿vale? Mientras todo eso se queda en un desahogo, no voy a decir

constructivo porque es demasiado naif, pero que sea un desahogo que te sirva para liberar el estrés del día, aunque cuando se pone en plan constructivo e insultos y demás entonces ya no vale, pero lo que es el desahogo de "mira que me ha pasado" y sacar todo eso que tienes ahí. Eso pasa tanto en la emergencia en España como en la emergencia internacional, por eso, tienes que encontrar tu hueco, tu sitio y tu persona y es muy necesario porque ayuda a liberarte, a sacártelo del cuerpo y a luego poder seguir. También es muy importante dormir bien, dormir tranquilamente, intentar comer y mantener rutinas que eso al cuerpo le va muy bien. Pero sobre todo eso, el coger experiencia y, luego hacer tu trabajo, que en el fondo lo sabes hacer muy bien, lo que pasa es que a veces no nos lo creemos.

Entrevistadora: Ya. ¿Podría compartir cómo fue su experiencia trabajando en equipo durante la catástrofe?

Informante: Pues la verdad es que muy bien. De hecho, esto fue en 2005, hace ya 20 años. Madre mía, que viejo estoy. Y todavía mantengo algunas de las relaciones. De hecho, algunos de esos compañeros con los que estuve son amigos míos, vamos, de toda la vida, o sea, muy bien. Porque una de las cosas que tiene la emergencia es que las situaciones estresantes unen o repelen porque hay mucha emoción. Entonces sí que es verdad que la relación fue buena al principio, pues al fin y al cabo estáis metidos en ese ajo, todos juntos. Cada uno hace con buena voluntad lo mejor que puede, sabe y colaborador con todos los demás y luego, pues tienes más afinidad con unos o con otros. Es cuestión de encontrar a tus personas afines, que eso no te pasa con todo el mundo ni seréis todos mejores amigos, pero bueno, que compartís un espacio compartido, un sitio, compartís un momento y hay que intentar sacar la parte más positiva de todo esto.

Entrevistadora: Vale, porque ¿cuántas personas erais en el equipo?

Informante: En el equipo...

Entrevistadora: Más o menos.

Informante: Expatriadas de España, éramos unos siete españoles.

Entrevistadora: ¿Y cuántos enfermeros?

Informante: Dos enfermeros, dos médicos, un jefe de equipo y luego dos logistas.

Entrevistadora: ¿Y eso es lo que suele haber?

Informante: Es un equipo normal para despegar, pero para una unidad de cuidados de emergencia es normal. Lo que pasa es que por eso decía españoles, porque luego en el internacional siempre trabajamos con **personal de la zona**. Entonces teníamos **cuatro enfermeros más de la zona**.

Entrevistadora: Claro, entonces **erais más**.

Informante: Sí.

Entrevistadora: Vale, ¿qué aspectos positivos y desafíos encontró en la colaboración con sus compañeros durante esa situación?

Informante: Principalmente, **mantener la calma** y que todos mantuvieran la calma. Yo era de los veteranos y ya había gente que no era tan veterana. Entonces bueno, vienes de la emergencia nacional, un viaje internacional y te piensas que sabéis la leche, pero no sabéis controlar, no conocéis los tiempos, no conocéis el idioma con el que tenéis que hablar, entonces había gente que venía **hiper motivada a tope de adrenalina** y la cuestión era calmar un poquito los ánimos y poder trabajarlos ahí, sobre todo los primeros días. Una vez que entráis en rutina y vais viendo como trabajáis cada uno, eso ya paso.

Entrevistador: Sí. Entonces, como aspectos positivos ¿qué encuentras?

Informante: La experiencia de **trabajar en equipo** con la gente con la que yo iba y la trabajar en equipo con la gente que yo conocía allí, con los profesionales de la zona. Trabajar también con el **resto de los equipos** que estamos conviviendo porque no éramos nosotros solos, también había montado un **hospital cubano**, había **equipos de emergencia suecos**, había otro **centro noruego**, también había estado el **ejército pakistaní**. Por tanto, había **un montón de gente** porque claro, es como la DANA, están **todos los recursos que consigue el país** ayudando en esa zona. Entonces, es verdad que cuando todo el mundo tiene un objetivo en común y el objetivo común de ayudar a la gente con buena voluntad y sin más allá de lo que es el área de la colaboración y la ayuda, se trabaja muy bien. En cambio, cuándo ya empiezas a meter otro tipo de intereses como los intereses económicos, los intereses políticos, los intereses llamémoslo x, sí que es verdad que empiezas a ver diferentes, bueno, divergencias, pero al final no nos tiene importar, **no nos tenemos que despistar de cuál es el objetivo y porque estamos allí**, porque al fin y al cabo lo que importa son las víctimas y la gente que lo necesita.

Entrevistadora: Vale. Entonces, ¿cómo ha impactado esta experiencia en usted como persona?

Informante: Pues me llevo muy buen recuerdo. Fue mi primer terremoto y luego tuve unos cuantos más. La verdad es que como profesional me gustó mucho porque es verdad que fue quizás de las veces que más tiempo estuve en consulta como tal y me sirvió para aprender que no es tan fácil ser médico, que no es tan fácil ponerte otro lado, que a veces es muy fácil ser enfermero y que la gente se queje "no, porque es que los médicos..." Ponte de su lado, ponte delante de un paciente que te está diciendo "es que me duele no sé qué" y tú no tienes idea de por qué puede ser y empiezas a romperte la cabeza de por qué sí, por qué no, porque sí, porque no.. Y que sí, que ellos han estudiado una carrera más larga, que son más clínicos y demás y que enfermería y medicina siempre tenemos esa confrontación, pero cuando te pones en el otro lado pues ves que no es tan fácil, como cuando de repente soy yo el que tiene que firmar. Y de hecho, eso es una cosa que cada vez más la profesión de enfermería va adquiriendo más competencias, más habilidades y más responsabilidades pero claro, lo que pasa es que mucha gente no quiere esas responsabilidades porque claro, yo no quiero firmar, que firme el otro. Pero claro, si quieres ganar más salario y quieres más responsabilidades, tienes que tener más competencias, más responsabilidades. Entonces eso me sirvió para aprender a respetar al resto de los compañeros de la profesión sanitaria con los que trabajo en el día a día, sí. Y disfruté muchísimo de la experiencia la verdad, la gente local fue súper agradecida y todo bien.

Entrevistadora: De acuerdo. Y como persona, en tu vida no profesional, fuera del mundo sanitario, ¿ha cambiado algo, tu manera de ser o de actuar o de ver ciertas situaciones?

Informante: Yo es que ya me dedicaba a eso, esa fue mi primera o segunda catástrofe en la que estuve. Luego he estado en bastantes más, y con situaciones más gordas. De hecho, dentro yo me estaba dedicando mucho más a la parte de gestión, de liderazgo, de la parte operativa y del liderazgo de los equipos. O sea, yo he sido director gerente del hospital, he sido el coordinador de una respuesta del Gobierno de España para el tifón del huracán de Filipinas, el Jayán, o sea, he tenido equipos y millones de euros bajo mi responsabilidad entonces, en aquel momento lo disfruté muchísimo porque coincidió con un equipo muy agradable. Lo único que cambia es que continuó en contacto con mis compañeros, de hecho, con la médica que estuve en ese momento, estuve comiendo con ella la semana pasada y con el otro enfermero con el que ya nos

conocíamos de antes, seguimos en contacto a día de hoy, vamos que nos seguimos mandando mensajes y que hablamos sobre cómo estamos, quedamos y demás. Entonces, como persona, realmente me sirvió para vivir una experiencia más, que estuvo muy bien y de la que tengo muy buenas referencias y varios amigos que me lleve.

Entrevistadora: Vale. ¿Respecto a la primera catástrofe con las otras, has notado una mejoría tanto en ti como profesional como en ti como persona?

Informante: Sí, eso es lo normal. Tú vas cambiando, tú vas evolucionando con paso que das. Cada vez que trabajas vas a mejorar, por lo menos si te interesa lo que haces, pues vas aprendiendo y vas mejorando. Entonces, es verdad que con el tiempo he ido modificando comportamientos en base al conocimiento que tenía de antes. Entonces sí, he ido cambiando muchísimo desde las primeras veces. También es verdad que mi evolución profesional ha ido cambiando. Yo, excepto las primeras dos, que hice clínica, luego ya no he hecho más clínica, después ya estaba en otro tipo de puestos y de responsabilidades pero claro, para poder llegar a sus puestos de posibilidades, tengo que saber lo que es estar y lo que se hace abajo. Claro, tengo que saber qué es lo que se hace antes, por eso a mí me interesaba la gestión, porque, habiendo trabajado, tú eres capaz de ver cuáles son las necesidades que tiene tu equipo antes de que las tengan y de hecho, yo siempre cuento la misma anécdota porque es que, yo empecé en ambulancias allá por el 1991 y teníamos un problema porque teníamos unos gestores diferentes y bueno, eran otros momentos. Pues total, que estos nos compraron unos guantes de látex, los más baratos que había en el mercado, que tenían bolitas, se te pegaban, que además cuando te los ponías, al ser la zona más flexible, se rompían y tenías que usar otro guante de látex. Y no sé, en pleno accidente de tráfico lo último que quieres es que te rompa el guante de látex o cuando llevas una hora y media o dos horas con el puñetero guante y la pelotilla de látex tocándote el dedo, pues te molesta porque te molesta, porque no es cómodo trabajar así porque, al fin y al cabo, después de ese guante de látex te pondrás otro, ya que guantes de látex usamos tropecientos mil al día. Entonces, me empecé a quejar y me dijeron, en vez de tanto quejarte hazte responsable de farmacia. ¿Y yo que le dije? vale, espérate, ¿cómo se hace eso? Y así es como te das cuenta de que lo vayas a pedir, ¿se puede pedir? Y te das cuenta de que, a lo mejor, la diferencia de precio era bastante, pero la diferencia de precio compensaba con la calidad de trabajo que hacían tus compañeros y además, como los otros eran tan malos, consumíamos más guantes, entonces, valía la pena invertir más.

Pero igual que los guantes de látex, pues las gasas y todo el material de enfermería. Pero a mí me gustó lo de decir como vale, yo sé lo que tengo que hacer, yo lo he hecho y por lo menos, quiero facilitar que a mis compañeros trabajen con el mejor material posible. Y así fue como poco a poco he ido avanzando.

Entrevistadora: Vale, porque la gestión de las emociones supongo que la has sabido controlar mejor en función del paso del tiempo, ¿no?

Informante: La gestión de emociones, primero vas aprendiendo a reconocerlas y luego a gestionarlas un poquito. En ese momento tu entorno es vital, el estar con los amigos es vital, pero luego tienes que ser capaz también de saber cuándo estás bien y cuando estás mal, y a veces, eso cuesta un poquito más. Pero es verdad que la parte emocional muchas veces es la que más sufre y a la que menos atención presta la gente. De hecho, la gestión emocional de los equipos de emergencia se empezó a introducir, rápidamente, hace muy poquito, porque yo cuando empecé, en el 91, eras dios, eras un superhéroe que no tenía emociones ni nada. Y así pasaba, que allá por los años 90 o los 2000, la gente que trabajaba en urgencias o emergencias, hospitalarias o de cualquier ámbito, sanitario, no sanitario o de más, las tasas de suicidio, de alcoholismo y las adicciones a drogas y demás estaban disparadísimas por la gestión que había, por la falta de soluciones. Entonces sí que es verdad que tienes que ser capaz de identificarlo y de buscar ayuda o de gestionar el momento y como decía, necesitas encontrar tu espacio, tu lugar y tu persona y si no, buscar ayuda para poder solucionarlo.

Entrevistadora: Claro, vale. ¿Porque cuáles dirías que son las emociones que priman durante la catástrofe? ¿que sientes en ese momento?

Informante: Pues la impotencia, el querer abarcar más, el “y si tuviera más recursos”, “¿porque no tenemos más tiempo?”, “¿por qué no han llegado antes?”. Sobre todo, sentimientos de frustración y de ver que las cosas quizás se podrían hacer mejor o más rápido, pero bueno.

Entrevistadora: ¿Y cuándo acabas la catástrofe, qué emociones sientes? Porque imagino que cambian, ¿no?

Informante: Bueno, es que tu no acabas la catástrofe, sino que te relevan.

Entrevistadora: Pues cuando te relevan.

Informante: Pues cuando te relevan tú lo que quieres quedarte más, porque justamente ahora que ya me conozco todo, que **estoy a gusto**, que estoy **cómodo**. Van y me relevan. Pero es que esos relevos están pensados justamente para que no te **quemés**.

Entrevistadora: Claro.

Informante: Entonces la primera vez que me relevaron fue **frustrante**, aunque luego ya vuelves, haces el debriefing, te relajas y dices, menos mal que me han sacado porque ya me notaba yo que empezaba a estar esto aquí tal, y las siguientes veces las asumes y aunque no estes muy de acuerdo, pues intentas facilitarlo para que el siguiente equipo que venga después de ti, le des toda la información posible para que no tenga que volver a pasar ese proceso de aprendizaje hasta que estén a ritmo y por tanto, sea más rápido para ellos que lo que has tenido tú.

Entrevistadora: Sí, porque en el momento en el que te relevando la catástrofe, por mucho que estés frustrado, ¿no sientes **liberación?**, como por haber dado lo mejor de ti y dentro de lo malo, pues sacar lo bueno.

Informante: No, no. Eso lo sientes dos o tres días después. Cuando estás en el ajo no.

Entrevistadora: Y entonces, dos o tres días después...

Informante: Es decir, cuando ya sales de lo que es la tienda de campaña y la zona de atención y te vas a la capital y ya te descontextualizas, ahí ya, de primeras duermes como una bestia toda la noche, porque estás **cansadísimo**, en una cama, con una ducha caliente y demás, pues se te **relaja** el cuerpo y luego, a partir de ahí, ya sí que puedes pensar en eso, pero en el momento en el que estás ahí metido no, en ese momento piensas en "**entérate de todo lo que te están diciendo que veo que estás muy perdido**" "**esto es aquí, aquí, aquí, aquí así, así, así, así**" porque tú dedicas solo a eso y durante las tres semanas, excepto en algún momento que a lo mejor has podido conectarte y has podido hablar con tu familia por whatsapp, has estado dos o tres semanas **aislado del mundo y de lo que es tu contexto de vida** y demás, entonces es volver de golpe a tu vida.

Entrevistadora: Y entonces, cuando vuelves a tu vida, ¿la valoras más no?, es decir, valoras más lo que tienes. Porque claro, has estado en situación de catástrofe máxima.

Informante: Sí, sí, la verdad es que lo que sí que te da el haber estado situaciones límite es que frivolisas menos. Por tanto, si está bien está bien y si no, pues no. Por ejemplo, lo de las amistades frívolas es pues mira chico, si no te gusta, pues ya está.

Entonces te vuelves mucho más selectivo de por qué quieres apostar y por qué no. Porque si es que esto no nos sirve a ninguno de los dos, pues qué más da, paso. Entonces, escoges decir, pues voy a ser feliz, quiero ser feliz y quiero hacer la gente que está a mi alrededor feliz y eso si no, es que no vale la pena, porque frivolisas menos.

Entrevistadora: ¿Y por último, qué consejos podría dar para otros enfermeros que vayan a vivir este tipo de situaciones en un futuro?

Informante: Pues primero, lo que decía, coge experiencia y estate seguro de tu profesión. Estate seguro de que sabes hacer lo que sabes hacer. Y luego, déjate llevar y escucha a la gente. Porque muchas veces nos emperramos en que somos expertos por venir de fuera y en que yo sé más, pero realmente yo he aprendido más de lo que creo que he podido enseñar cuando he ido a otros países, ya que aprendes otras culturas, otras formas de ser y por eso, no siempre lo que tu digas está bien, bueno, entonces, yo reconozco que siempre que he querido aprender, he aprendido un montón y que quizás haya aprendido más de lo que yo soy capaz de transmitir a la gente, porque por la riqueza emocional, de conocimientos que hay en cada sitio. Eso sí, disfrútalo, da lo mejor de ti, pero controla y gestiona, porque si no te quemas y lo que es una experiencia muy bonita se puede terminar convirtiendo en una de tus peores pesadillas.

Entrevistadora: Vale. Porque entonces, claro, llevarte bien con el equipo en ese momento es primordial, ¿no?

Informante: Sí porque tú estás deslocalizado. La ventaja, a lo mejor, de la emergencia hospitalaria en nuestro país es que tu acabas tu turno y te vas a tu casa, tienes a tu pareja, tu familia, tu vida, tus amigos, tu realidad y entonces puedes desconectar completamente de lo que ha pasado en el turno. Entonces, a los dos o tres días vuelves a otro turno, te pones el uniforme, haces tu turno y cuando acabas te vas otra vez a tu casa. En cambio, cuando estás fuera, como estas deslocalizado, estás siempre ahí. Entonces no tienes toda la posibilidad de acabo, me cambio y me doy una ducha y quedo con mis amigas o mis amigos para tomar una cerveza, un café o simplemente lo que te apetezca y olvidarme de lo que ha pasado, no puedes porque es que estas ahí. Entonces, lo más lejos que puedes llegar es al final del campamento para que te dejen en paz un ratito y ya está, te echas un cigarro para que te dejen en paz o te metes en una esquina o te escondes, que siempre hay sitios. Pero, tampoco te puedes esconder mucho porque, por seguridad, no puedes desaparecer. Entonces, tienes que tener un poquito de mano izquierda y tienes que tener paciencia para sobrellevar la situación, tanto tú como con tus compañeros y todos tenéis que hacer lo mismo, porque de verdad,

que estamos todos en la misma situación y cuando uno se quema mucho, se nota mucho como el **equipo** lo equilibra, porque, al fin y al cabo, todos contamos con todos.

Entrevistadora: Claro, porque entonces desconectar con el **equipo** con el que estás dentro de la catástrofe es mucho más difícil que con tus amigos, porque al final estás viviendo lo mismo, ¿no?

Informante: Sí, pero cuando acabas el turno, hablas un ratito con los **grupos** de, como decimos, hablas de mierda y de cosas que no hayan pasado durante la misión sabes. **Te vas conociendo, te vas relacionando más.** Mira, por ejemplo, cuándo estuve desplegado, yo era **jefe de equipo y responsable de operaciones** en el **terremoto y tsunami que hubo en Chile**, pues el **hospital de campaña** fuimos al segundo relevo. Este era **muy estresante**, además trabajamos allí, éramos bastante gente porque éramos **cuatro médicos y cuatro enfermeros** que vinimos de España, además de otros **quince enfermeros locales** y **cinco médicos** de allí y cuando acabábamos el turno las 17:30h de la tarde, recogíamos todo y a las 18:30h y **nos juntábamos todos en el comedor**, que era una zona de quesos y de vinos y nos hacían pan, entonces nos poníamos pan tostado con un poquito de queso, con una coca cola y patatas fritas **y echábamos media hora hablando de mierda tranquilamente con tu coca cola y tu trocito de queso, pero relajando el día, sacando el día.** Eso es verdad que funcionó muy bien porque fue algo que todo el mundo valoro positivamente, tanto los expatriados españoles como los chilenos, porque era un **momento de hacer piña, hacer equipo**, porque estamos todos aquí, muy agustito y estás haciendo algo lejos de lo que es la intervención, estamos aquí disfrutando. Tienes que encontrar ese momento porque tienes que tener a gente que quiera hacerlo, gente que le motive hacerlo. Porque mientras estábamos allí, vinieron de visita un par de personas que eran unos estirados y no quisieron unirse y de hecho, mira que eran actividades de relax, pero ellos no quisieron entrar. Además, todo el rato estaban con muy malas caras y muy malas formas y de hecho, duraron cinco días porque se terminaron quemando.

Y en estas reuniones, eran reuniones de **equipo**. **Mi equipo** estaba formado por **chilenos**, que eran los locales y por **españoles**, que eran los expatriados pero me da lo mismo, somos equipos, somos uno, aquí estamos trabajando **juntos**, aquí no separamos. No diferenciamos de dónde vengas tú, porque tú eres **médico** y tú eres **enfermero**, pero todos estamos trabajando en el mismo sitio y que el hospital lo haya puesto y que lo estemos gestionando nosotros me da lo mismo, somos equipo y eso se agradece mucho. Otro ejemplo sería cuando estuve **en Pakistán**, allí también teníamos algo

parecido, nos juntábamos y ahí la verdad es que nos dedicábamos a fumar para relajar un poquito y a jugar a las cartas. En cada sitio, dependiendo de la gente, hacías lo que te cuadraba y ya está, es encontrar tu sitio, tu persona y tu momento para relajarte. Pero, por ejemplo, la médico que conocí era un amor, pero era más rara que un perro verde, y lo que ella hacía era coger un libro y sus cascos y se relajaba a su manera. Otro, se ponía su serie en su tablet y esa era su manera de desconectar. Lo importante es encontrar lo que a ti que sirva para desconectar, es muy necesario.

▪ **Entrevista 3. N. F.**

Entrevistadora: Hoy tengo el placer de entrevistar a N. F., enfermero de emergencias y actual enfermero en la UCI en un hospital de Galicia.

Bueno, empezamos con la primera pregunta, que es ¿podría contarnos sobre la catástrofe o el accidente de múltiples víctimas que vivió? ¿Qué tipo de catástrofe o accidente fue? ¿Cómo y dónde ocurrió?

Informante: Pero ¿cuál os interesa? Bueno, ya sé, nos basamos en uno.

Entrevistadora: El que tú quieras.

Informante: Yo en lo que más he trabajado son en **accidentes de tráfico con múltiples víctimas**, en la Xunta de Galicia. **Hace unos años, en Santiago hubo un accidente de tráfico dentro de la ciudad, en la que se vieron involucradas dos motos, un camión y bueno, varios coches.**

Dentro de la gravedad que hubo en el accidente, **los más graves fueron las dos personas que iban en la moto, un señor y una chica. Y los del coche también, sobre todo el pasajero y el copiloto.**

El accidente paso porque **estaban los coches parados en un semáforo y vino un coche y los arrolló por detrás. Las motos intentaron filtrar por uno de los lados de los coches y se comieron un bordillo. La chica sí que saltó a la mediana y el hombre se quedó con la cabeza metida debajo del coche que tuvo el accidente.** En ese accidente yo no trabajaba en el cero, pero sí en una **"Unidad de alerta de punto fijo"** que se llama aquí en Galicia. Entonces, **acudimos. Había ya un primer asistente que era otro enfermero que estaba allí en uno de los coches que estaban por detrás. La chica tenía el fémur con una herida abierta y se veía como le sangraba. El que sí que estaba peor era el hombre. El hombre se le quedó la cabeza incrustada debajo del coche y pues nada, fue complicado porque sí que estaba inconsciente y no se podía hacer RCP ni nada, no se podía atender a ese hombre bien porque tenía la cabeza metida bajo el coche. No se podía atender a ese hombre bien, no sé podía hacer nada.** ¿Entonces yo ya te cuento todo o tú me vas preguntando sobre el accidente?

Entrevistadora: Sí, sí, explícame todo el accidente.

Informante: **Nosotros acudimos y se llamó a otro equipo, que fue el 061 también y nada, en un primer momento nosotros atendimos a la chica que lo que hicimos es intentar**

bloquear ese sangrado, que bueno, que sé que se paró, al final se consiguió parar el sangrado.

Yo como enfermero, **canalicé una vía** ya que normalmente en esos casos intentamos canalizar una vía en cada brazo si tenemos tiempo, pero bueno, se canaliza una y **se intenta poner ya la sueroterapia** por lo menos y bueno, nada de **medicación** en ese caso, ya que al final es una herida abierta. **Inmovilizamos la pierna mediante un sistema de vacío** y ese es el **traslado** que hacemos. En el otro caso, pues nosotros también intentamos ayudar, pero claro, **el hombre parecía más que nada que se había dislocado el cuello y nada más, pero, no se pudo realizar asistencia**, tardo bastante, porque tuvimos que esperar a los **bomberos para que pudiesen volcar el coche hacia el otro lado**. Y bueno, **los otros dos que conducían el coche** pues nada, **fue un accidente frontal con su daño vertical**, con su latigazo vertical y poquito más.

Entrevistadora: Vale, porque en ese momento, ¿cuántas **ambulancias** erais o bueno, cuantos **equipos de emergencias** estabais en el accidente?

Informante: En ese caso, normalmente la asistencia en Galicia funciona con un **punto fijo** el cuál normalmente lleva **una ambulancia o un equipo de médicos y enfermeros** en que, dependiendo del sitio, van en **su transporte propio**, es decir, tienen como un coche para ellos.

Nosotros vamos con un coche que es del punto fijo y asistimos primero para poder llegar con mayor rapidez. **Luego ya nos mandan ahí una ambulancia**, porque las ambulancias no están siempre en ese punto fijo y luego ya, pues en caso de que sea una prioridad 1, **se activa el 061** y acude. En ese caso había **dos ambulancias**.

Entrevistadora: Vale. ¿Entonces, podría describir su experiencia más desafiante al atender este tipo de situación? ¿qué aprendizajes obtuvo de ella?

Informante: Pues bueno, no solo de estas situaciones, sino que, a lo largo de los años, lo más importante, yo creo que **lo que más se aprende en casos de urgencias, es que lo prioritario es salvar la vida del paciente**. **Aprendemos**, sobre todo, que yo creo que es lo más importante, es saber priorizar ¿sabes? A lo mejor nos vamos a encontrar o nos encontramos en esos casos ante situaciones que son de una gravedad o que consideraríamos de una gravedad enorme, pero que en ese momento no suponen un riesgo inminente para la vida del paciente. Entonces tenemos que saber priorizar cuál de esos pacientes puede tener una mayor inestabilidad. A lo mejor en ese caso, por ejemplo, podemos ver que el paciente que tenía la cabeza debajo del coche, pues no

tiene rasguños, no tiene una herida abierta que de primeras sí que nos puede suponer un mayor impacto. En cambio, la chica sí que tenía una herida abierta, un sangrado activo y entonces, pues eso, yo creo que lo más importante en esas situaciones es saber priorizar e incluso ya en situaciones, pues mucho más catastróficas, es lo prioritario.

Yo **también estuve en el accidente de tren que hubo en Angrois**, pero bueno, no lo considero porque no estuve como enfermero, sino que estábamos como un soporte, yo estaba en cuarto de carrera y **estábamos con un soporte de la Cruz Roja**. Tampoco actuamos ni estuvimos ahí antes. Pero nada, eso, yo creo que lo más importante es saber priorizar y dentro de los elementos que tenemos nosotros para apoyarnos, pues **intentar dividirlos de la mejor manera posible**. Saber cada uno cómo tiene que actuar y que nada, poquito más.

Entrevistadora: Entonces, en su opinión, ¿cuáles son las habilidades y competencias más cruciales que debe tener una enfermera para manejar eficazmente situaciones de emergencia con múltiples víctimas?

Informante: ¿Qué herramientas tenemos que tener? Pues obviamente, una de las principales herramientas que hay es la **experiencia**, al final la experiencia pues es un grado, es lo que te digo, nos ayuda no solo en esas situaciones, sino que la **experiencia que podemos tener con nuestro propio equipo, conocer a nuestro médico, nuestro técnico, saber cómo actuamos ante esas situaciones, aunque no sean tan graves**. El día a día nos ayuda a saber qué puede hacer esa persona, como nos puede ayudar el técnico, como como actúa ese médico. Entonces, pues las herramientas que tenemos que tener, es tener la **habilidad de saber trabajar en equipo**. Hay muchas veces en esas situaciones que decimos no, es que no le **has cogido una vía, no tienes las técnicas...** Muchas veces en esas situaciones tenemos que **trabajar en equipo** e ir haciendo las cosas poco a poco, saber priorizar, **no ponernos nerviosos**. Y eso, pues yo creo que lo da la experiencia, sobre todo, y, siempre que trabajamos en situaciones como esas que son de alta presión, pues **intentar minimizar y saber qué tenemos que hacer nuestro trabajo, sin estar alterados y sin dejarnos llevar por las por las emociones** en esos casos. Luego, pues obviamente sí que hay que **saber las técnicas**, saber que, si no hemos podido cogido una **vía periférica** pues saber que podemos coger una **vía intraósea**, pero bueno, eso son más detalles. Yo creo que lo más importante es la experiencia, saber actuar y como te dije, saber priorizar, sobre todo en los **accidentes de múltiples víctimas**, pues hacer un buen triaje de todos los pacientes que tenemos e ir poco a poco, uno por

uno. Y también, aunque normalmente en esas situaciones siempre **acude un equipo médico al principio**, pues es importante **saber solicitar los recursos que necesitas**.

Entrevistadora: Sí, porque claro, también tienes que saber manejar los recursos, pero si estás en una Comunidad diferente a la tuya, ¿cómo los conoces?

Informante: Claro, yo es que ya trabajé en 100000 comunidades, pero nada, normalmente todas las comunidades actúan de la misma manera. Pues tú tienes que saber que, si tienes un paciente con inminente riesgo vital, pues tendrás que ayudar a ese paciente y decirle yo qué sé, pues a la **policía** que esté ahí, o las **autoridades** o al **equipo del 061** que es a nivel nacional que, pues mira, estamos atendiendo a un paciente prioridad 1, tal y tal y tenemos a otros pacientes con mayor riesgo, pues en ese caso **una chica como una fractura abierta de fémur con sangrado activo controlado. Y tenemos además dos personas con latigazo cervical que van a necesitar pues hacerse un TAC y asistencia médica a un hospital**. Tú al final estás ahí **solicitando la ayuda que necesiten** y ya desde la desde la **central del cero, son ellos quien se encargan de enviarte ese apoyo**. Pero bueno, lo importante para mí es eso, **saber atender** y saber diferenciar cuál es el paciente que necesita la máxima ayuda. Además, se pueden dar situaciones dónde tú tengas dos pacientes ultra graves y vas a tener o que elegir o ver cuál es el que tiene la mayor viabilidad para poder salir con vida.

Entrevistadora: ¿Cómo manejo sus emociones y la situación de estrés durante esos momentos tan críticos?

Informante: Pues hombre, a ver, **son situaciones normalmente estresantes** y ya no solo por el hecho de la de la situación, sino que yo creo que cuando **el personal sanitario vivimos situaciones de estrés o de alta necesidad de cuidados** como en las situaciones de una RCP o algo así, siempre que se dan en el ámbito sanitario es como más controlado porque nos encontramos en un ambiente que es normal para nosotros y que nosotros consideramos que tenemos los medios disponibles para poder actuar, pero claro, siempre que es en la calle, pues la situación es complicada, o sea, es más compleja, hay más gente que está mirando, **no estamos lo cómodos que nos gustaría poder estar** y no tenemos los medios suficientes. Al final disponemos de un montón de medios y es increíble lo que ha evolucionado la atención extra hospitalaria, pero claro, sigues estando en la calle tirado en el suelo y pues quieras que no, la situación hace que aumente un poquito el **estrés**, siempre **controlado desde la experiencia**, que obviamente va a tener muchísimo más estrés una persona, aunque este súper

acostumbrada a atender situaciones de emergencia en el ámbito hospitalario, pues en el ámbito extra hospitalario y el caso de esa persona, pues **te va a costar**.

Y nada, pues también para controlar ese estrés o esa situación, es importante **tener claro el material del que dispones, conocer la maleta que llevamos de asistencia**, es decir, tener controlado donde está cada cosa y que eso no nos suponga un aumento del estrés, ya que no saber dónde está una vía a la hora de necesitarla, pues esas cositas nos hacen perder el tiempo y no solo no solo es el perder tiempo, sino que **incrementa el estrés** porque no estamos encontrando las cosas y porque nos vemos lentos.

Entrevistadora: Vale. Entonces que consejo darías para pasar ese momento en el que, por ejemplo, ¿tú no puedes poner la vía y solo estás tú? ¿Como manejarías eso?

Informante: Pues a ver, son **situaciones complicadas**, yo eso lo entiendo y nos da **miedo** tanto a la gente que a lo mejor acabo de acabar la carrera como la gente que lleva 35 años de experiencia. Pues hay que **buscar recursos**. Que no le puedes coger una **vía**, pues hay una **vía intraósea**, que no puedes con la intraósea, pues tendrás que **esperar a que venga el cero**, a que venga alguien que pueda llegar a conseguirlo.

Al final, en ese tipo de situaciones, tú lo que tienes que **intentar es salvar la vida del paciente como puedas**. No sé, no es un paciente en planta que se me vaya a quejar y diga, le he pinchado cuatro veces, no, no. Es un paciente al que a lo mejor **tendrás que pincharle 2, 3, 4, 5 o 10 o 15 veces y se hace y se seguirá haciendo y no vas a dejar de pinchar a ese paciente o de intentarlo porque no le hayas cogido una vía...** En esas situaciones, si el paciente mayormente ya está inconsciente, tampoco tienes remedios como coger un ecógrafo o llamar al anestésico para que le ponga una vía central, no. Entonces pues sí, son situaciones que obviamente **incrementan el estrés**. Consejos, **tener práctica**, es que al final yo tampoco creo que **la enfermería** se base en hacer técnicas, sino **que se basa en unos cuidados, en saber actuar e intentar llevar, pues esas situaciones lo mejor posible**. Que sí, que tenemos que **poner medicación, tenemos que realizar técnicas, pero no creo que sea esa la base**. Es algo que **se coge con experiencia** y que cualquiera puede tener un día bueno y coger una vía que no tal o puedes no tenerlo. Además, normalmente en los equipos sanitarios, en esos equipos de emergencias extrahospitalarias no solo el **enfermero** puede llegar a coger una vía, el **médico** puede saber coger vías e incluso los **técnicos** muchas veces saben **coger vías**. Al final es un **técnico de emergencias sanitarias** que, aunque realmente no deberían hacerlo, pero bueno, bajo tu supervisión muchas veces se hace, ya que, como decimos,

al final, **si está supervisado es tu responsabilidad** y en muchos de esos casos, pues **se puede llegar a hacer, porque nosotros no podemos llegar a todo.**

Entrevistadora: Vamos, que hay que pensar que siempre hay una solución y **trabajar en equipo es primordial.**

Informante: Sí, tienes que **saber trabajar en equipo** y saber qué pues si tú estás para coger una vía y nadie más puede coger una vía, pues tendrás que intentarlo hasta que no se pueda o hasta que venga **alguien que nos pueda ayudar.**

Entrevistadora: Entonces, ¿podría compartir cómo fue su experiencia trabajando en equipo durante el accidente?

Informante: Pues nada, **yo iba con mi equipo de siempre, con mi médica y mi técnico con el que solía trabajar.** Normalmente en esas unidades se hacen turnos con la misma persona y nada, pues lo que te decía, **en primer lugar, atendimos a la chica con la herida abierta.** A lo mejor sí triamos mal, pero claro, en esas situaciones, pues al final lo que te decía antes, pues era una herida abierta y pues intentas controlarla un poquito. **Canalice dos vías, un 20G y un 18G y nada, iniciamos perfusión de suero, se controló el sangrado y listo.** Y luego, pues a los otros pacientes. Los pacientes que estaban en el coche con el latigazo cervical, pues se quedaron en el coche porque **no eran prioritarios** y nada, con el otro paciente se intentó atenderlo, **comprobamos si estaba inconsciente.** Además, **tenía casco y en ese caso, pues no se lo retiramos porque estaba enganchado.** **Entonces, se hizo un intento de levantar el coche pero bueno, no fue posible y hubo que esperar** a que viniese el **061** junto con los **bomberos.**

Entrevistadora: ¿Qué aspectos positivos y desafíos encontró en la colaboración con sus compañeros durante esa situación?

Informante: Pues es hombre, el desafío más grande fue lo del paciente que estaba bajo el coche, porque al final, pues ya no solo tienes que **colaborar entre tu equipo sanitario, sino que tienes que colaborar también, pues en ese caso con la policía.** Muchas veces, nosotros sí que controlamos y sabemos que ese paciente puede tener un problema cervical o que la cabeza es uno de los riesgos que tenemos a la hora de que movilizar a ese paciente, pero claro, el resto de la población no es tan consciente de eso. Entonces, pues muchas veces intentan mover pacientes, se retiran cascos cuando no se debe, porque eso nace dentro de lo que de lo que haríamos por instinto nosotros y nada, pues en ese caso sí que colaboramos con la policía.

Así que cuando llegamos estaban intentando mover el coche para arriba y para abajo, haciendo que ese paciente tuviese una mayor presión en la cabeza y nada, intentamos **colaborar y organizar a la gente** dentro de nuestra asistencia en sanidad.

En esos casos, **la policía siempre acude a los accidentes de tráfico y tienen que velar un poco más, tanto por la seguridad del propio accidente como por la seguridad nuestra a la hora de estar realizando nuestra actuación. Y nosotros, pues velar para que esos pacientes reciban la asistencia lo antes posible y puedan ser evacuados de esa situación de riesgo.**

Entrevistadora: ¿Y cómo aspectos positivos?

Informante: Pues yo creo que al final, como seres humanos que somos, **todo el mundo intenta ayudar, todo el mundo intenta dar lo máximo posible.** Por ejemplo, en esos casos puedes ver como **el médico está intubando al paciente, yo estoy movilizándole la rodilla o poniéndole una medicación, el técnico está tomando constantes o datos** y, muchas veces, son **los policías lo que nos ayudan a la hora de coger el material de la ambulancia o cualquier cosa.** También hay siempre un montón de colaboración ciudadana y por ejemplo, en los accidentes de tráfico, pues **siempre hay algún sanitario que está por allí, se para y te echa una mano** y pues, siempre bienvenido es, aunque haya gente que a lo mejor intenta hacer más de lo que debería.

Entrevistadora: Y emocionalmente, ¿cómo ha impactado esta experiencia en usted como persona?

Informante: Bueno, no solo esta, sino que trabajar en situaciones así extrahospitalarias, pues **algunas bien y otras mal.** Yo he trabajado mucho en urgencias y al final **es una carga psicológica que acarreamos,** porque no solo el trabajo, no solo el impacto de la situación, sino que **son situaciones sociales que nosotros sometemos a al cuerpo y a la cabeza a un montón de estrés en las que hay mucha carga de trabajo.** Al final **no sabemos a qué nos vamos a enfrentar cada día cuando vamos a trabajar** y sí que pues vamos teniendo épocas mejores y peores. Pues para mí esa situación, pues hombre, sí, es una situación que te deja **cansado,** que te supone mucha **adrenalina** y supone que tienes que seguir el turno porque al final acaba eso y tú tienes que seguir atendiendo situaciones, pero obviamente **cada situación te marca y de cada situación nos acordamos,** sobre todo cuando son así catástrofes o situaciones de riesgo con víctimas.

Entrevistadora: Porque, ¿qué emociones dirías que son las que priman en esas en esos momentos?

Informante: ¿Qué emociones son las que priman? Es que, como emoción, no sé, me cuesta describir como una emoción en sí, no sé cómo decirte. Al final estamos haciendo nuestro trabajo, es que más que nada, pues adrenalina, emoción como tal, no sé. No me sale como una emoción exacta, ¿sabes? Es complicado.

Entrevistadora: Porque una vez se acaba el accidente y te vas a tu casa, ¿cómo haces para desconectar de lo que sientes? En mi caso, tengo a mi pareja que también es sanitaria. Entonces al final siempre le das a alguna vuelta de más porque son situaciones que te quedan y que te van a marcar, pero yo creo que cuando se convierten en el día a día pues tienes que intentar no considerar que esa situación sea normal porque obviamente no lo es, y sobre todo cuando es una catástrofe así, porque hay 1000 turnos en los que atendemos pacientes, pero tienes que intentar saber que es nuestro día a día. Al final, yo lo que pienso siempre a la hora de acabar un turno, sea bueno o malo, es que estamos ayudando a los demás y que hacemos todo lo que podemos y más. Estudiamos para ayudar a los demás y eso lo que nos tiene que servir.

Yo siempre se lo digo a mis alumnos. Sí, al final estamos para ayudar a los demás y tenemos que sentirnos bien porque pues la profesión que tenemos hace eso y nunca nadie, mientras tú consideres que no estas haciendo nada a malas, aunque te equivoques porque lógicamente hay veces que nos vamos a equivocar, porque muchísimas veces vamos a tener muchos problemas mientras trabajamos, pero siempre, si tienes esa base de querer ayudar a los demás, tienes que pensar en eso. Al final, hiciste lo máximo posible, y si hay algo en lo que te equivocaste o que consideres que no lo has hecho del todo bien, pues vas aprendiendo y vas diciendo 'a lo mejor aún no estoy lo suficientemente formado en intubar a un paciente' pero siempre sacas lo positivo de la situación, que en este caso es que te tienes que formar más como profesional.

Siempre intentar aprender, siempre darle una vuelta a la situación, ver cómo actuaste e intentar sacar algo positivo en lo que ayudamos a los demás. Además, si no estuviésemos nosotros en esa situación, el resultado sería mucho peor de lo que es estando nosotros.

Entrevistadora: Vale, ¿porque también para gestionar el hecho de cuando tienes que decidir a qué paciente le das el tratamiento más rápido porque es una situación de vida o muerte, como lo haces?

Informante: Yo nunca me enfrenté a una situación de 1000000 de víctimas o situaciones en las que obviamente tengas que decidir a quién atender y quién no, ya que sabes quién no va a sobrevivir, aunque le ayudes y obviamente me imagino que serán situaciones horribles. Pero, creo que siempre **hay que pensar que la catástrofe no es culpa nuestra y que en esa situación hay que dar lo máximo para poder ayudar a los máximos posibles, pero que, la catástrofe en sí no es responsabilidad nuestra, por tanto, que llegamos a lo que podemos.**

Al final, nosotros estamos para que esa situación acabe de la mejor manera posible y pienso que siempre que ayudamos, esa situación va a acabar siendo mejor de lo que hubiera sido.

Entrevistadora: Y como persona, fuera de tus sentimientos como profesional sanitario, **¿crees que el hecho de ser enfermero y vivir este tipo de vivencias te ha hecho crecer o valorar más la vida?**

Informante: Sí, obviamente sí. Al final trabajamos un montón de horas y, nuestra carga profesional, nuestro día a día, al final es una cosa que te marca y que va a cambiar nuestra personalidad, o sea, nos va a hacer vivir y ver la vida de otra manera. Al final, vemos como acaba la vida de muchas personas sin ellas esperárselo y de la manera más estúpida, como una caída o un accidente y eso obviamente nos hace cambiar, nos hace valorar más la vida, nos hace crecer como personas.

Entrevistadora: **¿Alguna vez has recibido ayuda psicológica para poder afrontar alguna vivencia?**

Informante: Sí, en época post COVID sí que **fui al psicólogo durante un tiempo**, ya que la carga de trabajo era muy alta y bueno, yo salí bastante **agotado**, enfrentando una situación es que no conocía de antes, trabajando muchas horas y **todo el día pensando la que teníamos encima**. Hoy en día, yo salgo de trabajar y puedo estar **tranquilo** en mi casa, irme a jugar al pádel o dónde sea, pero en esa época todos estábamos centrados en el COVID y mi vida se basaba en salir de trabajar e ir a casa, encerrado, pensando todo el día en lo mismo, **sin poder desconectar**. Y pues, **moralmente estaba muy cansado**. Tenía mucha carga de trabajo y mucho **estrés** acumulado. Entonces **pedí ayuda psicológica**.

Entrevistadora: En relación con esta pregunta, **¿crees que es muy importante que los enfermeros expresen sus sentimientos? Para así no auto machacarse.**

Informante: Sí, aunque depende mucho de la persona. Hay personas que saben gestionar sus sentimientos y al final, cada uno lo hace a su manera. No todo el mundo necesita expresarlos para estar tranquilo.

Yo, por ejemplo, soy una persona que de puertas hacia fuera se me ve tranquilo, actúo tranquilo. Normalmente se prioriza y confío en mí. Pero, también hay gente que muestra ese estrés y está muy nervioso. Hay personas que actúan mucho más tranquilas, siempre hay gente que confía muchísimo más en sus capacidades y gente que confía menos. En mi caso, sí que me guardo mucho ese estrés y cuando se acumula, luego me cuesta relajarme. A mí me cuesta mucho expresar mis sentimientos y muchas veces, hay gente que no nos entiende, es complicado.

Entrevistadora: Y, por último, ¿en qué consejos podría dar para otros enfermeros que vayan a vivir este tipo de situaciones en un futuro?

Informante: Como te he dicho antes, formación y experiencia. Intentar formarse lo máximo posible en esas situaciones y tener la máxima experiencia.

Yo pienso que nuestro trabajo es vocación, que es algo para lo que hay que valer, nadie nos forma ni estamos formados en ningún caso para poder atender grandes catástrofes, porque es así, no son situaciones que vivamos a menudo.

También tenemos que saber controlar nuestros nervios y saber relativizar un poco. A mí no me gusta relativizar del todo porque obviamente un paciente es un paciente, pero podría ser nuestra madre y nuestro padre, nuestro hermano, pero bueno, tenemos que saber que nosotros estamos ahí para hacer ese trabajo y tener presente que estamos ahí para ayudar, pero que no somos los grandes salvadores y que cuando hay un accidente, nunca es culpa nuestra. Nosotros estamos para intentar ayudar y resolver ese accidente de la mejor manera posible, pero que, si no podemos salvarle la vida, no es culpa nuestra si hemos hecho todo lo que hemos podido.

▪ Entrevista 4. J. B.

Entrevistadora: Hoy tengo el placer de hacerle una entrevista a J.B., enfermero que está en el área de urgencias del Hospital Joan XXIII, el cual me va a explicar su experiencia ante una situación de catástrofe. Y bueno, para empezar, la primera pregunta sería, ¿podrías contarnos sobre la catástrofe que viviste y el tipo de catástrofe que fue? ¿Cómo ocurrió? ¿Cómo fue?

Informante: Pues mira, la catástrofe que yo viví fue justo nada más acabar la carrera. En 2019 terminé y justo a finales de ese año empezábamos con el COVID, que al final fue una gran catástrofe a nivel mundial, tanto bueno por la gente que falleció, el colapso de los hospitales, cómo llevamos todo... Bueno, toda la situación de la aparición de este virus que trastocó a todo el mundo, ¿no?

Explicarte tal como tal, yo estaba trabajando en oncología. Llevaba poquitos meses como enfermero y llegó el COVID. Hubo un momento en el que nuestro hospital, el de Reus, necesitaba de más gente y a mí me pilló de sorpresa porque yo estaba arriba, en una zona segura, por así decirlo, en oncología, y allí no había llegado nada. Nos dijeron que la gente que había llegado recientemente necesitaba ayuda y que teníamos que bajar a la UCI, a ayudar y a trabajar para enfrentarnos un poquito a esta situación de falta de personal y de la aparición del virus que tanto daño hizo.

Entonces nada, me encontraba que yo con mi desconocimiento, porque en la etapa de estudiante en la carrera tampoco he estado en ninguna unidad de críticos, con lo cual me encontraba casi apenas sin conocimientos y sin saber qué iba a pasar o qué iba a hacer allí, pues claro, tenía que ponerme de primeras en contacto con el bicho directamente y al principio fue un gran desafío para mí.

Para mí, el COVID no era aún muy grave ya que yo estaba allí protegido en oncología y decía "aquí no va a subir, no pasa nada", pero en ese momento claro, tuvieron que movernos para ir a ayudar a nuestros compañeros que estaban abajo y no podían podían hacer frente a toda la cantidad de trabajo que había y pacientes que les llegaba y les faltaba personal.

Entonces claro, yo en ese momento también vivía con mis padres. Esto empezaba a ser más grave. El COVID venía de otros países. Primero empezamos a escucharlo como lejos de aquí hasta que nos llegó de pleno y tuvimos que ponernos manos a la obra a enfrentarnos a él.

Yo en ese momento vivía con mis padres y claro, en ese momento el miedo que yo tenía o uno de los principales miedos no era por mí ni mucho menos, era el hecho de estar viviendo con mis padres y los del hospital me dijeran “tienes que bajar a la UCI”. Obviamente también tenía una sensación de inseguridad porque no sabía lo que iba a tener que hacer ni había trabajado nunca en ninguna UCI.

Pero vamos, yo padecía mucho más por lo que podía llevarle a mi casa a mis padres por desconocimiento, por no saber lo que era, que por otra cosa.

Entrevistadora: Vale, y entonces en la UCI, ¿cómo te sentiste? ¿Tú sentiste que estabas preparado para soportar el estrés de la pandemia?

Informante: En el hospital de Reus, la UCI que tenían era una UCI bastante sencilla y con mucha complejidad de pacientes.

Estaban preparados a nivel profesional, pero a nivel material no estaban nada preparados. Mejor dicho, un poco justos. No esperaban, yo creo, encontrarse con la carga de trabajo que tuvieron, el tipo de paciente, tipo de complejidad, los aislamientos que tuvimos que hacer, por el desconocimiento y el miedo que se tenía, el no saber cómo gestionarlo correctamente.

Creo que bueno, al final no deja de ser una UCI, pero es verdad que nos bajaron también a mucha gente inexperta para intentar ayudar. Tuvimos que hacer como una formación exprés, rápida, de conocimientos básicos, de cómo manejar todo el aparataje, todo lo que tenían allí en la UCI, incluso manejar pacientes intubados que nunca habíamos tocado. O las maniobras también que se empezaban a realizar de pacientes muy complejos, el entrar ambos lados con las gafas, con las mascarillas...

Recuerdo también con el tema de las mascarillas que faltaban, que no había para todo el mundo y explicaban cómo reutilizarlas guardándolas en un sobre, también recuerdo estar limpiando con esos productos las gafas que muchas te dejaban marcas o te dejaban heridas en la piel como quemaduras.

De preparados yo creo que nadie estaba preparado para esto, y más que nada por eso, por el desconocimiento, porque más adelante recuerdo que ya cuando la cosa iba a mejor, o con más conocimiento con la creación de las vacunas, pues ya llevábamos trabajando todos con el COVID durante bastante tiempo. La cosa fue cada vez como más controlada.

La gente también no es que se relajara, sino creo que al final nos adaptamos un poco al trabajo con el aislamiento del COVID y con el paciente respiratorio y con el tipo de maniobras que se hacían. Ya te conocías un poco las maniobras o lo que tenías que hacer con él.

Por suerte, también pues los hospitales, por ejemplo, el **hospital de Reus me ofreció un apartamento en el que pude ir y estar allí apartado de mi casa.**

Entrevistadora: Está muy bien.

Informante: Pues muy bien, la verdad, porque **yo tenía miedo de que, como ya hemos comentado antes, tenía miedo de llevar el virus a mis padres.** Yo pensaba en a ver si va a pasar algo, que se estaba muriendo mucha gente o mucha gente que va muy mal en la UCI. Claro, y yo no quería eso para mis padres ni para mi hermano, yo me quería ir de mi casa.

Por suerte, el hospital nos puso apartamentos a los cuales pudimos ir y eso pues ayudó un poco a tranquilizarnos. Aun así, claro, **estando solo en un apartamento apartado de todo el mundo pues era un poco duro, porque no salíamos de casa, y estuvimos en el aislamiento social.** Claro, también te sentías solo y a la misma vez también te daba miedo de ir ahí a trabajar y coger el COVID y verte solo.

Y claro, **allí veías pacientes muy complejos y que el COVID les estaba haciendo mucho daño, y aparte todos los efectos secundarios, por así decirlo, del COVID.**

El COVID es verdad que estaba haciendo estragos en los pacientes, que no solo eran respiratorios, sino que aparecían cosas también más extrañas, ¿no?, como gente que perdía el olfato, gente que perdía el gusto, las trombosis que provocaban... No sé, es que había muchas cosas que se desconocían e iban apareciendo. No era como un resfriado común, sino que también provocaba otras cosas peores. Claro, **tenía miedo a estar solo y coger eso y que me pasara algo malo.**

Yo la emoción que recuerdo de aquello al principio fue esa, aun dándome un apartamento al lado de mi casa y ganando **cierta tranquilidad,** pero el sentimiento también un poco de **soledad y encontrarte solo viviendo y solo yendo a trabajar,** que eso también fue un poquito lo que **me dio un poco de alivio el ir a trabajar,** porque al final estabas con gente y te encontrabas con gente, porque si no te pasabas la mayor parte del tiempo aislado del resto.

Mis compañeros y yo estábamos como un poco más de bajón. Esto a largo plazo, con todo el trabajo que teníamos y las horas que nos quedábamos, claro, el cansancio también se acumulaba y toda la mezcla de todas esas emociones y acababas casi como un estado de depresión. Te sentías como agotado, cansado, sin ganas de hacer nada, muchas veces triste... Incluso algunas veces, verte solo tantos días y lejos de tu familia, porque estás directamente en contacto con el bicho, pues te hacía sentir bastante mal alguna vez. Algunas veces hacía videollamadas con ellos y menos mal que te podías poner en contacto.

Fue como si fuese una mini depresión. A veces un poquito por todo el cansancio y todo lo que pasaba. Pero bueno, por suerte teníamos las videollamadas y las llamadas. Con eso intentábamos aliviar o apaciguábamos esos sentimientos. El trabajo también ayudaba a apaciguar esos sentimientos. El poder estar también con los compañeros hacía mucho.

Entrevistadora: Y entonces, entre todos estos desafíos que te has encontrado, ¿cuál es el que más dirías que te tocó más? ¿Qué dirías que fue el desafío más difícil que hayas vivido en la pandemia?

Informante: Para mí fue el empezar allí en la UCI. Empezar y tocar a un paciente intubado con vías centrales, los monitores que al principio no los entendía y no paraban de pitar, los respiradores que tampoco paraban de pitar...

Nunca había estado en una UCI. Yo como enfermero empecé en una planta de oncología y allí los pacientes no estaban monitorizados. Es verdad que les pones quimioterapias y cosas, así que también es complejo, pero el llegar allí y ver un paciente crítico y tocar medicación y cosas que no había visto nunca pues fue muy estresante.

O sea, te sentías un poco a veces impotente, porque desconocías cómo funcionaban muchas cosas de la UCI. No sabía cómo hacer las cosas. Venía el médico y te pedía cosas y me quedaba como "vale, ¿y esto cómo se hace? ¿cómo se mira?" Te pedía realizar maniobras o hacer cosas que desconocías y ese desconocimiento también a veces da un poquito de ansiedad de pensar en que me estoy enfrentando a esto, pero es que no sé cómo hacerlo. Claro, tienes que aprender todo lo que es el paciente crítico en un momento como de golpe, como decíamos, aprender a hostias.

Al final aprendí, pero gracias a que tenía el apoyo de mis compañeros, que eran conscientes de que no había manejado nunca ese tipo de pacientes. Me ayudaron

mucho en ese aspecto. Recibí mucho apoyo de mis compañeros y aprendí mucho gracias a ellos.

Fue complicado, fue complicado entrar en una UCI así de golpe y porrazo y espabilarte. Fue como “te dejamos ahí y haz lo que puedas”.

Entrevistadora: ¿Y obtuviste algún aprendizaje de este desafío?

Informante: Bueno, aprendes a sobrevivir, aprendes a preguntar e intentar buscarte la vida de alguna forma para saber cómo aprender rápido y hacer las cosas bien. Aprendí mucho también a estar tranquilo, a llevar diferentes situaciones, a cómo gestionarme el trabajo, a manejar un paciente crítico y a buscar también un poco el apoyo de mis compañeros.

Al final, fueron ellos los que me sacaron de ahí y me ayudaron. Yo creo que es muy importante en nuestra profesión ayudarnos y apoyarnos entre compañeros, porque al final tenemos muchas cosas que aprender y tocar, y es imposible sabértelo todo. Entonces, la mera duda o la mera cosa, pues nos podemos apoyar siempre entre compañeros.

Pero sí, sí con aprendizaje me refiero a todo esto que comentaba: la gestión, el compañerismo, el manejar un paciente crítico... Y bueno, y a llevar un poco las situaciones estas de estrés y cómo controlar un poquito, las situaciones de ansiedad y de nervios.

Entrevistadora: ¿Qué estrategias crees que son cruciales para mantener la calma en este tipo de situación?

Informante: Esencial el conocimiento, o sea, es decir, yo creo que cuando alguien tiene conocimientos de estas situaciones, o sea, cuando conoces más este tipo de situaciones pues lo llevas cada vez mejor. Obviamente también estar apoyado de personas que se manejen bien en estas situaciones o la confianza en tus compañeros de saber que saben lo que hacen y aparte tienen los conocimientos que tienen, pues también te ayuda a estar más tranquilo.

El saber que tu equipo, el entorno en tu equipo, con quién estás trabajando, conocer tu entorno, conocer también el material que dispones, conocer, la situación de la unidad en la que estás y de lo que dispones, todo eso pues te da cierta tranquilidad y te ayuda a mantener la calma en situaciones críticas y situaciones de riesgo vital.

Básicamente creo que **el conocimiento es muy importante**.

Entrevistadora: Vale, ¿y crees que tu mayor apoyo en el COVID fueron tus compañeros? ¿O fue algún familiar?

Informante: Bueno, pues yo creo que mis familiares obviamente. **Las llamadas con ellos y que estuvieran ahí siempre preguntando que cómo estaba pues me reconfortaba mucho, sobre todo cuando estaba solo.**

Luego mis compañeros, obviamente, estábamos todos pasando por la misma situación. En ese momento de locura estábamos todos allí juntos que no sabíamos qué iba a pasar ni sabíamos lo que hacía el COVID. Es como que nos llevamos bastante bien entre nosotros. Al final pasábamos muchas horas juntos en el trabajo y eso también nos reconfortaba y muchas veces se comentaba que menos mal que podemos venir a trabajar y estar con más gente. **Y no te sientes solo, por así decirlo.**

Pero sí, sí, o sea el apoyo primera y obviamente **mi familia en aquel momento que siempre una llamada reconfortaba mucho, y luego la de mis compañeros que estaban viviendo lo mismo que yo.**

Entrevistadora: ¿Y tus compañeros cómo vivieron la experiencia contigo? En decir, ¿expresabais lo que sentíais en aquel momento?

Informante: **Sí, se hablaba mucho de las situaciones que cada uno tenía en casa, de los papás, también de los hijos que no dejaban mucho acercarse a ellos... Muchos compañeros explicaban que llegaban a casa y casi que se despelotaban en la puerta de casa, apenas sin tocar nada y ver a sus hijos yendo corriendo a saludarlos como siempre, pero ellos como apartándose un poco de la situación. Lo pasaban mal porque como trabajan estando en contacto con el COVID pues como que no querían llevarlo también a casa.** Obviamente, como yo y como todos, no queríamos que ese mal con el que estábamos trabajando llegase a nuestra casa, a nuestros seres queridos, y que les pasase algo.

Compartíamos muchas experiencias de este tipo y sensaciones y emociones que eran todas las mismas, el miedo y la tristeza al no poder hacer una vida normal y de no poder estar como siempre, de no poder abrazar a nuestros familiares, de no poder estar con ellos o no poder ir a verlos.

Creo que todos compartíamos un poco esa sensación y esas emociones, y la verdad es que daba un poco de desahogo en el trabajo. También en los momentos de descanso

había buenos momentos, de hacer a lo mejor algún chiste, de hacer alguna cosa, de pasar buenos ratos e intentar hacer un poco más liviano el momento para minimizar el problema. Nos ayudábamos mucho en ese aspecto.

O sea, yo trabajar me fue muy bien para no estar encerrado en un sitio y no sentirme, o sea, solo, desamparado, mal. La verdad es que, con los compañeros, alguien que estaba viviendo en una situación así también ayudaba a comparar las situaciones y vernos que al final la situación era la misma, que todos queríamos lo mismo. Queríamos estar con nuestros familiares y llevar una vida normal.

Entrevistadora: ¿Y en algún momento pensaste en acudir a algún profesional de la salud como un psicólogo para poder hablar sobre lo que te estaba pasando?

Informante: Pues alguna vez lo he pensado, pero siempre me ha costado acudir a este tipo de medios y al final sobrelleve solo la situación. Siempre con el apoyo, como os he dicho ahora anteriormente, con mis familiares, amigos y allegados. A nivel profesional nunca he llegado a pedir ayuda.

Yo creo que también a lo largo del tiempo que estuvimos con el COVID, la situación iba como a mejor. Era más conocido y la situación pues se llevaba mucho mejor y al estar yo más apartado de los míos, que es lo que más miedo me daba, pues luego ya en el trabajo, cada vez que íbamos avanzando y aparecieron las vacunas y todo, pues como que era más tranquilo todo y no llegué a necesitar ayuda profesional.

Sé que muchos compañeros sí que necesitaron ayuda profesional y les fue bien. No recuerdo exactamente la experiencia de ellos con este profesional, pero sí. Sí que alguna vez comentaban que les ayuda bastante a sobrellevar la situación. Sobre todo, cuando algún compañero sí que se vivía alguna situación complicada de haber llegado a un servicio nuevo, o de un paciente suyo que había fallecido... En situaciones complejas que les estaba pasando factura, por así decirlo, acudieron a este tipo de profesional de la salud mental.

Yo supe gestionarme bien mis emociones, y luego a raíz de que todo fue a mejor pues pude llevar bien la situación.

Entrevistadora: ¿Y qué opinas de acudir a un profesional de la salud mental ante este tipo de situación de mucho estrés?

Informante: Estoy a favor. En parte es una cosa que creo que es buena, pero siempre se tiene que estar predispuesto, y comentar abiertamente de ir a hacerlo porque

obviamente profesional de salud mental te puede ayudar, pero se tiene que estar dispuesto a dejarse ayudar. Si vas a estar predispuesto a ello, sí. Si no, no te va a servir de nada, porque a lo mejor vas y no te ayuda porque no te estás abriendo.

Pero vamos, estoy de acuerdo de ayuda mucho, sobre todo que te den técnicas y te den herramientas para sobrellevar ciertas situaciones que se nos escapan de las manos. Pero claro, claro, obviamente.

Entrevistadora: ¿Y hacías alguna actividad como deporte o cualquier cosa para no pensar?

Informante: *Practicaba deporte e incluso un tiempo me dio por la meditación.* La verdad es que iba bien, sobre todo para descansar un poco la cabeza y desconectar un poco de todo. Me iba de maravilla.

También *me ayudaba a gestionar las emociones de tristeza de miedo, incluso de ira* al pensar en todo lo que estaba ocurriendo a causa del COVID. La verdad es que *recomiendo mucho encontrar un hobby que te ayude a despejar la mente y a gestionar todas las emociones* que se viven en una situación de estrés, como me pasó a mí con el COVID estando en la UCI.

Entrevistadora: Vale, y estando en la UCI trabajando con tus compañeros, ¿qué fue lo que más y lo que menos te gustó a la hora de trabajar con ellos?

Informante: *Me encontré un buen ambiente,* una situación que aún siendo compleja como era en cuanto a que, como todos, estábamos viendo una situación de desconocimiento y estábamos todos con las mismas sensaciones. *Nos apañábamos mucho entre todos y nos ayudábamos bastante.* La verdad es que no me encontré ninguna mala situación en ese periodo de tiempo.

Estábamos todos en la misma, en el mismo barco, con el mismo problema e íbamos todos a una. O sea, creo que nos apoyamos bastante en ese momento en esa situación.

Entrevistadora: Entonces, la experiencia del COVID en una UCI sin tener una preparación previa de cómo era, ¿cómo fue? ¿Qué experiencia sacas de eso a nivel personal? O sea, ¿cómo ha afectado en ti a nivel personal esta experiencia?

Informante: Al principio pues lo que decíamos, *te sientes como mal porque no sabes gestionarte. Te sientes con ansiedad, con nervios, porque es todo nuevo. No entiendes nada.* *Había muchas cosas de las que hacían falta conocimientos, y nadie te iba a*

formar. No sé, en ese momento nadie podía formarte ni ayudarte a aprender a manejar a un paciente intubado crítico y complejo.

Al final aprendes a trabajar, sobre todo bajo presión, porque al final tenías que hacer un trabajo sí o sí. Porque sí, eso también dependía mucho de la salud del paciente, el que fuera mejor o peor el paciente. Tenías que hacer cosas casi inmediatas porque empeoraban de un momento a otro y tenías que ponerte, como he dicho, sin conocimiento alguno a hacer maniobras. Es que no sabía. Entonces aprendes a manejarte en esas situaciones, aprendes a cómo gestionar las situaciones de urgencia o emergencia, a apoyarte en el equipo que tienes alrededor de cuando no sabes hacer algo, a pedir ayuda, a tranquilizarte y a gestionarte, a frenar y pensar las cosas antes de hacerlas... Básicamente a gestionarte.

Luego, me cambié de hospital al de Joan XXIII, que es donde estoy ahora, y solo quería ir a la UCI porque me gustó el paciente crítico, y pues porque aún a día de hoy he seguido trabajando con el paciente crítico, ya sea en urgencias, en la unidad coronaria, en la UCI pediátrica... aún después de todo lo que viví en el COVID.

Esta experiencia me ayudó como un poco a buscar un poco el perfil de paciente con el que me gustaba trabajar. Pero vamos, básicamente el aprendizaje fue de control un poco a nivel emocional según qué situaciones críticas y gestión del tiempo y del trabajo.

Entrevistadora: Y a nivel fuera del ámbito laboral, ¿cómo ha afectado esta situación en ti?, o sea, en tu vida diaria.

Informante: El COVID la verdad es que no, no me ha repercutido apenas fuera. O sea, yo sigo siendo el mismo. Sigo dando la misma importancia a mi familia, a mis amigos y a todo, y sigo haciendo más o menos lo que hacía antes.

Separé bastante bien lo que era el tiempo, pues era un tiempo de aislamiento, un tiempo que tenías que separarte de de aquello, pero también supe mantener el contacto con mis allegados, mis cercanos.

Y la verdad es que ahora mismo pongo vista atrás, es decir, que en su momento me sentía solo, me sentí mal, me sentí eso porque me aislé en un apartamento yo solo para no tener contacto con mis cercanos para no llevarles el COVID. Pero posterior a eso, cuando ya todo se empezaba a abrir, ya todo empezaba otra vez un poco a venir la normalidad.

Llevé todo como se tiene que llevar, no sé, no me no me afectó en gran parte de mi vida. En su momento sí, pero después supe llevarlo bastante bien.

Entrevistadora: Vale, entonces ahora mismo, cuando recuerdas estar allí y tal, ¿qué sentimientos te provoca ahora mismo pensar en lo que viviste?

Informante: En lo que viví, el principal sentimiento al principio fue miedo por el desconocimiento y triste por estar lejos de los míos.

Ahora mismo, cuando pienso en cómo me siento al recordar aquello, pues la verdad es que ahora mismo pienso en lo que viví y la verdad es que es una historia para contar que tuvo sus momentos y sus emociones, pero ahora mismo no me genera tampoco gran sensación, y a nivel emocional es como algo que pasó y está ahí y ya lo viví y como que he dejado pasar.

Entrevistadora: ¿En algún momento se te pasó por la cabeza dejar tu profesión después de haber vivido esta experiencia de catástrofe? ¿En algún momento pensaste que te equivocaste de profesión al vivir este tipo de situación?

Informante: Mucha gente teníamos como la sensación de bueno, ya habíamos acabado de salir de la carrera, pero como que nos sentíamos necesarios en ese momento de como que hacías falta para ayudar a toda esa gente que venía a ingresar por culpa del COVID. Te sentías como muy necesario.

Te hacían sentir como que el hospital como profesional te necesitaba, y que la gente que llegaba a ingresar también te necesitaba. Daba esa sensación de que te necesitaban y estabas ayudando y estabas haciendo un bien por esas personas. Entonces, yo creo que en su momento nadie pensaba mucho en el hecho de que se habían hecho bien o no en elegir esa profesión, sino que simplemente el hecho de ayudar y sacar toda la faena posible que hubiera intentar ayudar a todo lo posible.

No tuve nunca la sensación de equivocarme. Es más, puede ser que más a posteriori que te plantees algo ya cuando, pero con la causa del agotamiento del esfuerzo que hiciste en aquello luego posteriormente que sí, que es verdad que seguían faltando, dejó muy tocado a nivel bueno, a lo mejor me toca la sanidad, la falta de enfermeros que nos hace hoy en día, médicos profesionales que tenemos que ya con el desgaste que tuvimos en el COVID posteriormente se ha seguido prolongando a causa de de todo esto, de la falta que hace el profesional del trabajo que tenemos. Que sí, que ya llegas como un poco agotado y sí que te vas planteando un poco después de aquello que

sigues despierta el pensamiento de decir, uf, toda mi vida así. También puede ser muy pesado y muy duro.

En el momento de COVID no recuerdo que nadie dijese o que se arrepintiera de estar haciendo lo que hacía.

Entrevistadora: Entonces, ¿te sientes orgulloso de haber podido ayudar a todas esas personas que estuvieron mal por el COVID en la UCI?

Informante: Claro. El acompañar y el reconocimiento de las personas era muy grato, el sentimiento que te daba. O sea, tú veías que al final estás con una persona que aún estaba, estaba muy apurada a nivel respiratorio, que le costaba trabajar y que ellos te veían como eres la única persona que puede hacer algo por ella aquí. **Sabían que estaban en buenas manos, te hacían ver todo eso y te encontrabas a gente siempre muy agradecida con nosotros.**

En ese momento teníamos el reconocimiento de la gente del pueblo, sobre todo de conocidos de la familia. También muchos te hacían ver como que estabas haciendo una buena labor y que estábamos trabajando muy bien. Nos daban muchos ánimos. Entonces la gente que teníamos ingresada, que venía muy apurada, también se los veía muchas veces en las palabras que decían cómo te miraban. Como que les estabas ayudando muchísimo. Vamos, les estabas haciendo todo tú.

También les intentabas transmitir esa calma, pero ellos te daban como el voto de confianza de que todo lo que le hicieras le iba a ir bien y que sabían que les ibas a ayudar y como que esa sensación te decía como implicarte más, como decías, venga, va, vamos a hacer lo que haga falta y vamos a a espabilar. Ya no pensabas muchas veces de si sabías o no hacer una cosa u otra, como te explicaba que llegaba con la sensación de: ¡ay!, no sé qué hacer con estos desconocimientos, la UCI no la he tocado nunca.

Muchas veces los mismos pacientes con lo que te transmitían también esa gratitud y esa confianza que te tenían sin conocerte de nada, como a lanzarte a decir “venga, vamos a hacer todo lo posible por ayudarte y a sacarte”. Entonces es una sensación bastante **agradable**, por así decirlo, **el sentirte útil, el sentir que puedes hacer alguna cosa por una persona que confía tanto en ti en una situación tan delicada.**

Entrevistadora: Vale, ¿y cómo gestionabas tú los sentimientos negativos que estaban viviendo las personas afectadas por el COVID de la UCI?

Informante: Intentabas acompañarlos. Lo mejor que podías a poco es que fueses un experto en poder manejar a nivel emocional la situación.

Pero acompañándolos, estando con ellos, intentando hablar con ellos y manteniendo alguna conversación. También preguntándoles muchas veces cómo se sentían, pues ibas haciendo y ellos lo agradecían. Por poco que fuera, lo agradecían un techo. No era gran experto a nivel emocional, como eso fuese igual que un profesional de salud mental, psicólogo lo que fuera, pero ya solo con el hecho de acompañarlos, ellos se sentían más tranquilos y creían que estaban en buenas manos y e que estabas allí con ellos, simplemente entrando un poquito más en el box a verlo o intentar hablar con ellos, intentar hacerles ver que estabas allí.

Simplemente yo debo acompañarlos un poco y distraernos hablando ya ganabas mucho, y de esa forma, pues intentabas gestionar un poco a los pacientes a nivel acompañándolos, más bien esa es la palabra.

Y pues te afectaba a ti el hecho de verlos en un estado tan crítico. Me generaba una cierta pena tener que escalar en medidas y tener que llegar a entubarlos y sedarlos, viéndoles el miedo que tenían. Pero bueno, te afectaba en aquel momento, pero sabías que tenías que hacerlo. El sentimiento era un poco de tristeza, al ver a la familia rota porque a veces eran pacientes muy jóvenes.

Digamos que sí. Empatizabas un poco con el sentimiento ese de la gente. Es que era la primera situación que vivías así gorda. La verdad es que acababa de hacer la carrera y empezar directamente con la pandemia pues claro, más que nada por el desconocimiento, porque fue más el desconocimiento.

Era un cóctel de emociones y sentimientos, tanto por lo tuyo como lo que recibías de los demás y de los familiares del paciente. Pues sí, un cóctel emocional, bastante heavy y empatizabas mucho. Yo soy bastante empático y sí que es verdad que me acuerdo de que compartí muchos sentimientos y emociones con unas familias en situaciones complicadas.

Bueno, lo llevabas como podías, pero bueno, luego sabías que salías del trabajo. Por suerte, sabías separar y salías del trabajo y ya está. Borrabas y al día siguiente volvías. Y ya está.

Entrevistadora: Pues bueno, ya esta sería la última pregunta para esta entrevista y sería. ¿Qué aconsejas a futuros enfermeros que vayan a vivir una situación estresante como de catástrofe o de Incidente con Múltiples Víctimas?

Informante: Obviamente, formación, formación y formación. Sobre todo, que también aprendan de lo que les rodea, o sea, tanto de los compañeros como del sitio donde trabajen.

Que sean conscientes de las opciones que tienen y que confíen en el equipo de trabajo que tienen para saber hasta dónde pueden llegar y hacer. O sea, también es difícil decirte dar un consejo. No todas las situaciones, son iguales. O sea, al final te vas a encontrar con una situación. Si es como la que nos pasó con el COVID que era un virus muy desconocido que nadie sabía qué hacía ni qué hacer con ellos, ahí creo que el desconocimiento es peor que cualquier situación de catástrofe.

Mi consejo sería que formación y conocer, o sea conocimiento, adquirir conocimientos de todo lo que pueda. El apoyarse entre compañeros también es muy importante, ya que al final lo que no sabe uno lo sabe el otro. Y si no, siempre podéis ayudar entre varios a llegar a la respuesta de lo que se necesite o hacer grandes cosas o llevarlo lo que sea a cabo. Ese sería un poco mi consejo.

Entrevistadora: ¿Y algún consejo para gestionar las emociones?

Informante: Bueno, apoyarse en los profesionales, como decíamos, de salud mental siempre que lo necesites. Y bueno, realizar también actividades como hemos hablado, deporte, meditación... Apoyarnos en nuestros familiares también es muy importante. Hay múltiples opciones. A cada uno le va mejor una opción u otra.

Hay quien se gestiona mejor o peor, pero esas son las opciones un poco a nivel profesional lo que te pueden ofrecer. El deporte siempre es una maravilla. La meditación es también una herramienta que creo que mucha gente debería poner en práctica. Y el apoyo incondicional de amigos y familiares.

Yo creo que eso es lo para mí, básico, esencial o que ahora mismo se me viene a la cabeza.

Entrevistadora: Muy bien, pues podemos dejar aquí por concluida la entrevista y muchísimas gracias por colaborar con nosotras para nuestro TFG.

▪ **Entrevista 5. D. A.**

Entrevistadora: Hoy tengo el placer de entrevistar a D. A., enfermera en un Centro Sanitario de Madrid.

La primera pregunta sería, ¿qué tipo de catástrofe viviste y dónde ocurrió?, ¿cómo ocurrió?

Informante: La **catástrofe** que yo viví **empezó el 29 de octubre de 2024**. Sobre todo, fue en la **localización de Valencia** donde ocurrió una **DANA**, una DANA que siempre avisó y que **se llevó todo por su paso, hubo inundaciones, fallecidos...** Fue una **situación muy complicada** porque también se perdió la comunicación, se perdieron las vías para poder comunicarse con otras personas. Entonces **no había conocimiento de la gravedad, de lo que había pasado realmente hasta pasado a lo mejor uno o dos días.**

Entrevistadora: Vale. Y a la DANA, ¿qué fuiste de voluntaria o fuiste como enfermera?

Informante: Pues realmente a la DANA, yo lo tenía muy claro **porque lo vi en la tele**. Yo vivo en Madrid y nosotros al verlo, pues **le pregunté a varios compañeros míos que si me querían acompañar, que si querían venirse y me dijeron que no porque no podían**, porque al final son padres y es complicado. Entonces, **empecé a buscar información por cualquier lado, a ver si podía conseguir el formulario que enviaron de Valencia para todos los sanitarios de otras comunidades de fuera de España que querían ayudar, lo encontré y lo rellené**. Como esta causa realmente no era una causa la cual yo pudiera justificar para poder faltar a mi trabajo, mi única opción **era ir un fin de semana o cogermelos o tres días de vacaciones y poder juntarlos con el fin de semana y poder ir bastante tiempo a poder ayudar**, porque al final era una incertidumbre que no sabía si al llegar allí, luego podría volver bien, si se iba a complicar, si seguía lloviendo bastante y seguía en alerta... Entonces sí que es verdad que tuve que planteármelo mucho. No tuve respuesta los dos primeros días por parte de la Comunidad Valenciana porque se saturó la red y priorizaron a los enfermeros o a los sanitarios que estuvieran más cerca de Valencia, de Paiporta y de todas esas zonas que estaban más afectadas. Pero, al final **conseguí contactar con un chico**, bueno, con un **militar de la UME** que **había creado un grupo de Whatsapp** en el que **éramos diez participantes** y en el que pues de diferentes lados, como que nos estaba cogiendo para ver si podíamos hacer un grupo más grande y poder ir. Y así fue como como tuve el contacto de enlace para poder ir hacia Valencia.

Entrevistadora: ¿Y qué te llevó a tomar la decisión de ir a ayudar a los afectados por la DANA?

Informante: Pues realmente yo creo que siempre me ha gustado meterme en la boca del lobo. O sea, igual me pasó con la pandemia que con la DANA. O sea, yo estaba de repente en otra ciudad a 600 km en ambas situaciones y lo primero que se me pasó por la cabeza fue 'me voy' y entonces, yo no pensé 'me va a faltar a mí tal o me va a faltar x', no, yo pensé que falta allí, allí faltan muchas manos.

Al final yo sí que he vivido lo que es una catástrofe como fue la pandemia y **sabes lo limitado que está todo el mundo, sabes lo exhausto que está todo el que está allí trabajando y que al final no llegas a todo el mundo.** Y también algo que pensé, fue el hecho de que yo tenía una ventaja muy grande y era que yo trabajo en un centro sanitario, un centro sanitario en el que tengo material y en el que no todo el mundo, por mucho que quiera colaborar, puede decir 'oye, pues puedo llevar ese tipo de material' tan importante que, a lo mejor, allí, dentro de toda la contaminación por el barro, la lluvia, las aguas estancadas y demás, pues yo tenía material limpio y a lo mejor nunca se iba a utilizar con el fin sanitario, pero a lo mejor se podía utilizar para una zona limpia, para comer una zona limpia, para secarte, cualquier cosa. Entonces eso fue una de las razones por lo cual lo hice, moví a **todo mi centro de salud** para que me trajeran cosas, me donaran sobre todo cosas sanitarias y así poder llevármelo en mi coche, que bueno, al final cabía lo que cabía, pero para poder llegar y poder ayudar, entonces sí, eso fue lo principal.

Entrevistadora: ¿Y qué fue lo que más te impactó cuando llegaste allí? Lo que más te llamo la atención.

Informante: Yo lo primero que vi fue un coche en un edificio estampado, o sea, lo primero que visualicé llegando a Paiporta fue eso. Claro, tú no te esperas ver un coche estampado en un edificio, evidentemente. Y a medida que iba avanzando el trayecto, pues **veías infinidad de coches destrozados, llenos de barro, negocios, gente muy mayor haciendo esfuerzos** que tú decías, madre mía, pobrecillos. O sea, daba igual, eso **pasó de ser una ciudad a un campo de guerra de un día para otro.** Además, allí como que se intentaba seguir una legalidad, pero era muy complicado por el **desastre que había entre la gente perjudicada, las calles, las carreteras, los obstáculos que había por todo lo que había arrastrado la DANA** y la gente que llegábamos de **voluntarios**, que eran muchísimas personas, pues **se complicó mucho todo.** Entonces fue un **caos.** Al principio llegué yo desde Madrid, que son unas tres horas y media más o menos y yo me hice Madrid-Paiporta en seis horas y pico y las últimas tres horas fueron parada y dando vueltas porque no nos dejaban acceder a ningún lugar. Entonces, había que buscar la

manera de poder entrar y eso sí, fue un poco **angustioso** porque justamente ese fin de semana fue cuando cerraron el pasó a todos los voluntarios. Además, **yo iba con nada, yo me iba inventando “no, porque a nosotros nos han llamado de tal centro de salud...”, mentira, era simplemente que nosotros no teníamos un lugar a donde llegar.** Además, lo del grupo que te he dicho antes, se fue de madre, se hizo mucho más grande, al final terminamos siendo pues unos **9.000 participantes** y a mí me delegaron ser la **coordinadora sanitaria** de repente, o sea, yo no sabía, yo **no sabía dónde meterme.**

Entrevistadora: Mucha responsabilidad, ¿no?

Informante: Sí, o sea, tú a mí en tú me veías con el móvil 24/7 porque todo el mundo me escribía, porque yo fui de las primeras entrar en ese grupo. El **chico de la UME** me escribió y me dijo “¿tú te ves capaz de coordinar a todos los sanitarios que entren dentro del grupo?” y poder dividirlo. Pues, lo teníamos dividido en **grupos** tipo **sanitarios**, luego **conductores**, luego **almacenes**, **psicólogos**... lo teníamos dividido en **muchos subgrupos** para poder cada uno saber a dónde iba. Entonces claro, a mí me dijo esto y yo le dije, bueno, sí, creo que con 50 personas que puedan entrar en el grupo no hay problema. El problema es que fueron 9000 y de los 9000 puedo decirte que 4000 o 5000 fácilmente eran **médicos**, **enfermeras**, **auxiliares**, **celadores**, de todo. Y claro, todo el mundo me hablaba a mí porque era la que tenía el número en la descripción, mi móvil petado durante todo el día, y claro, todo el mundo preguntándome ¿qué llevo, qué hace falta, qué tienes, qué no tienes?, ¿vamos a poder llegar y poder tener un sitio donde dormir?, ¿qué condiciones hay? Y claro, yo era información que aun estando dentro del coche, porque aún no había llegado, no podía dar. Entonces **fue un show**, aunque luego, fue más fácil porque una vez que ya estás en la calle y ves todo, es como que más o menos te haces un esquema en la cabeza y puedes saber qué necesidades hay o qué necesidades hay menos, sabes, pero sí.

Entrevistadora: Madre mía. Entonces, después de todas estas complicaciones u obstáculos para poder ayudar a los afectados de la DANA, para ti, ¿cuál ha sido la situación más desafiante?

Informante: Yo creo que la principal fue la **coordinación**. O sea, para mí fue lo más complicado porque al final si no hay ningún estamento, el cual te diga “oye, tienes que hacer esto” porque al final nunca te ves preparado para **dirigir a gente**, siempre te ves preparado para que te dirijan a ti. Entonces, para mí eso fue lo más complicado, el **tener que ser yo la que decida, tener yo que ser la que tome decisiones, tener la capacidad de decirle a una persona que a lo mejor vive en Galicia, “vente”, sabes, con todo lo que**

conlleva. Eso para mí fue lo más difícil. Evidentemente, luego cuando llegué aquí, lo difícil fue ver a todo el mundo, o sea, ver todo lo afectado que estaba, lo sensible que estaba todo el mundo, el que la primera recomendación fuera nada de abrazos, nada de contacto... nada de esto porque al final, hay un riesgo por la epidemia y porque las personas llevan ya mucho tiempo. O sea, si lo escalono, ese fue mi orden. Primero la coordinación, luego la organización y luego lo que era el contacto con las personas residentes de allí.

Entrevistadora: Vale, entonces, estando allí, ¿cómo y qué aportaste, o sea, qué cosas hiciste allí para poder ayudarlos?

Informante: Aquí hay cosas que están muy guais. Mira, voy por orden de tiempo. Nosotros llegamos allí y entregamos medicación, bueno, la medicación que podíamos dar dentro del colegio donde nos quedamos que fue Jaume I. Entonces hicimos una enfermería ya que no estaba creada y eso fue lo primero que hicimos, el decir, venga, vamos a organizarnos y también dimos nuestras aportaciones, porque yo también iba con otra enfermera, M., y con una psicóloga.

Entonces, ¿cómo creamos en el punto de referencia?, aparte de ser yo la que estaba coordinando a todo dios y sabía todo el mundo mi nombre. Entonces, creamos un área para mi compañera, la psicóloga, para que pudiera atender a todas las personas que necesitaran esa ayuda. Que, de hecho, priorizó ella. Nosotras decíamos, no, no, somos enfermeras y ella es psicóloga, entonces todos a ella. Y mal, evidentemente, al final nuestra asistencia puede ser también a escuchar y atender de otra manera, pero como una psicóloga, es que no hay ningún tipo de comparación. Todo el mundo corría hacia ella.

Y bueno, eso, creamos estas dos áreas dentro del colegio, el área de psicología y el área de enfermería, para tener un poco coordinado y organizado y atender, por ejemplo, en ese caso en el colegio, durante el día a todas las personas que a lo mejor no habían salido de sus casas, que todavía estaban heridas porque era como el tercer o cuarto día y a muchas personas mayores les daba muchísimo miedo. Entonces venían y decían "oye es que me caí y tal, no sé qué, no sé cuánto..." y si veíamos que tenía algo más grave de lo que podíamos atender ahí, lo derivábamos a un hospital o a un centro de salud más cercano, junto con la policía que también estaba ahí con nosotros en el colegio. O sea, todo es voluntario. Éramos enfermeros de todos lados, de todas partes de España y también policías de todas las partes de España. Entre todos hicimos un

equipo que fue increíble y cada uno llevaba el uniforme de su lugar y era gracioso ver la mezcla esa.

Eso de forma principal. Ya cuando salíamos a la calle, lo que sí vi fue esa necesidad de que hubiese puestos en diferentes zonas de asistencia, porque es verdad que nosotras al principio fuimos dando vueltas por todos los lados y nadie nos pedía ayuda, nadie nos decía “oye me pasa esto, oye, me pasa lo otro”, nadie. Entonces dijimos, y si en vez de coger y decir de andar porque estamos perdiendo el tiempo, nos estamos cansando y no estamos asistiendo a nadie, pues dijimos, vamos a quedarnos en un sitio que nos dejó el ayuntamiento de Catarroja. Porque todo esto lo hacíamos andando. O sea, nosotros nos hacíamos kilómetros y kilómetros andando. Bueno, nos quedamos ahí, instauramos como un área de asistencia sanitaria y pues la gente venía a nosotras. Ya no hacía falta el movernos y cuando no había asistencia, pues nos poníamos con una pala y a sacar barro. Entonces fue un poco así. Luego algo que también hicimos durante la noche, o sea, yo me llevé, sin mentirte, tres días sin dormir. Porque era constantemente, una cosa tras otra entonces, como que no dormía.

Lo que hicimos fue que, a los lugares más pobres o los lugares de a lo mejor comunidades gitanas, comunidades marroquíes que estaban un poquito más aisladas pero que habían sido igual de perjudicados y que no sé por qué, pero la ayuda no llegó allí de manera tan fuerte como llegó en otros sitios, pues nosotros hacíamos batidas, nosotros nos con metíamos 7 u 8 coches, les poníamos las luces y de repente parecíamos ambulancias, llenábamos los coches de cosas y íbamos dos enfermeras en el coche metidas para una posible asistencia en estas comunidades en la cual no había ayuda. O sea, no había nadie. Esto lo hacíamos durante la madrugada, a partir de las dos de la madrugada, nos íbamos para allá y llenábamos todo de cosas, de pañales... Les preguntábamos a las mujeres que qué tal estaban. Íbamos comprimidos en el coche porque éramos muchos y yo iba por ahí, encima de mi compañero. Entonces sí, las batidas por la noche fue algo que también me impresionó muchísimo porque era como uau, aquí no y allí sí.

Entrevistadora: Madre mía, de película. Entonces, ¿cuáles crees que son las habilidades y competencias más cruciales que debe de tener una enfermera ante este tipo de situaciones?

Informante: La primera, coordinación, esa es la primera, la principal. No puedes llegar como un pollo sin cabeza a un sitio y decir, venga tal, no, tienes que respirar, pensar y decir “voy a escalar en todo bajo unas prioridades” y poder arriesgarme a que pueda

salir bien o a poder modificarlo. Lo segundo, creo que es el **conocimiento**. Tienes que tener claro que si llegas a un sitio es para ayudar y no para entorpecer, porque al final es muy de alabar la ayuda, pero si vas a ayudar, o sea, no puedes llegar allí y que te digan “me he cortado” y tu digas, “¿y ahora que hago?”, no, no, estás aquí para para algo, sabes, no estás aquí para nada. Y ese conocimiento también de ojo clínico, de decir “esto está infectado, esto no sé qué, esto no sé cuánto...”. Al final **nosotras íbamos bajo nuestra propia formación**, no teníamos médico, no teníamos a nadie que nos guiara. Entonces, si era algo que decíamos, oye... pues lo mismo. Tenemos que tener bastante **seguridad en lo que estamos haciendo y en lo que estamos diciendo**, que realmente no salíamos del **Betadine, gasas, curita** y a lo mejor, en muchos casos, pues un **vendaje** sin más. Pero sí, no puedes tirarte a la piscina a la ligera y decir “tienes esto” y no hacer nada, ya que se le puede infectar y eso puede conllevar a muchas cosas.

Hacíamos mucha **promoción de la salud**, eso sí, porque claro, los **voluntarios** eran jóvenes, como todos, con ganas, pero con una inconsciencia terrible. O sea, llegaban allí y decían “yo me meto tal, no sé qué, no sé cuánto” y oye, mira, es que tenemos aquí **montañas de EPIS** y yo sé qué hace un calor increíble, pero por favor, **ponte el EPI** porque es que tú no sabes que puedes encontrarte, animales en descomposición, cuerpos... lo que sea. ¿Y tú estás **vacunado del tétanos**? Y te decían “¿qué es eso?” Entonces claro, era como madre mía, por favor, usa la consciencia, porque es que al final vamos a hacer que esto sea muchísimo más grande de lo que ya es, ¿no? Y les decíamos, por favor, consciencia, por favor, cuando lleguéis lo primero que tienes que hacer es lavaros muy bien. Les **enseñábamos cómo lavarse**, o sea, yo les decía si te queda rojo, guay, bien, eso es que te has frotado bien. Entonces, a muchos de ellos **nos tocaba ducharlos fuera, con la manguera**. Pero sí, sobre todo **mucho hincapié en la promoción de la salud** porque es que se podía ir de madre todo y al final es que esas personas convivían con nosotras, que sí que teníamos esa **prevención**, pero ellos no. De hecho, **yo me vacuné**, antes de irme me puse el recuerdo del tétanos y no me acuerdo de la otra que me puse, creo que la de la hepatitis o también otro recuerdo y por lo menos, pues mira, si tengo algo ya sé que por lo menos voy cubierta si me clavo lo que sea.

Entrevistadora: Eso es lo que tendría que haber hecho todo el mundo, sí.

Informante: Sí, pero bueno, a ver, es que había una lista de espera larguísima. Nosotros en mi **Centro de Salud** nos quedamos desabastecidos de vacunas porque claro, **no te esperas que eso llegue a tal magnitud**. Entonces, sí que es verdad que hice esto para

mí porque sabía cómo estaba la cosa, sabía que yo iba a ir. Hubo **otra enfermera** que también fue, a otra localidad, y se las puso. Luego nos quedaron muy pocas y todo el mundo que venía a pedir lo de la vacuna. O sea, eso sí, yo fui muy clara con todos mis **compañeros** y les dije **“todo el que venga sin vacuna, se vacuna en ese mismo momento. Me lo decís a mí y yo os la pongo”**, porque no hay citas sanitarias y claro, sino se tenían que esperar más de lo conveniente.

Y bueno, algo que también es muy importante en este rol es la **comunicación**, pero una **comunicación afectiva**. Al final todo es muy técnico siempre, todo es muy “esto se tiene que hacer así, esto no sé qué, esto no sé cuánto...”, pero claro, luego tienes que parar y tienes que también decir “venga va, vamos a crear un círculo, vamos a hablar, vamos a exponer, desahogarnos”. Y el hablar a las personas con **respeto** y con un tono **amable**, porque al final todo el mundo está **agobiado**. Yo tenía una **compañera** que, bueno, tenía 18 añitos y **lo paso muy mal** y la pusieron como encargada de todo el colegio, de la gente que llegaba de recepción y esa niña **estaba sobrepasada**. Entonces era como **tranquila, calma, respira**, porque es que **todo el mundo lo estaba pasando mal**. Entonces, la **comunicación en un tono en condiciones era muy importante**.

Entrevistadora: Muy bien. Entonces, hablando sobre el trabajo en equipo, ¿qué experiencia te llevas de trabajar con otras personas de tu mismo ámbito?

Informante: Pues muy buena. Sinceramente, yo creo que cuando estás medianamente preparado o a lo mejor has vivido otras situaciones parecidas, creo que ya vas con otro tipo de visión hacia estas situaciones. Y es que **era increíble la coordinación que teníamos sin conocernos**, sin nada. O sea, llegábamos y me decían, “hola, soy X y soy enfermera”. Por ejemplo, **una chica que llevaba allí más días, Y, me dijo, “yo tengo organizado esto de esta manera”** y entonces, nos uníamos a ella y hacíamos reuniones entre nosotras para ver qué podíamos mejorar y qué podíamos hacer y llevábamos todo en común. Luego, cuando teníamos que derivar, preguntábamos “oye, la guardia civil y la policía local, ¿dónde está?, luego nos venía el ejército, se nos unía la UME. Estábamos **coordinados**, o sea, nosotros, sin ser nadie, **nos convertimos en un punto de referencia muy grande en la zona de Jaume I, entonces eso fue como uau, como hemos llegado hasta aquí, como por un grupo de Whats App hemos llegado a coordinar esto**. Que, evidentemente, **había gente que no estaba de acuerdo en muchas cosas, pero siempre se llegaba a una democracia, una votación y si la mayoría lo estaba, pues se intentaba hacer. También se intentaba comprender la visión de la persona que a lo mejor no le gustaba, no, pero como todo**. Pero sí, la coordinación fue increíble, de todos lados.

Entrevistadora: Entonces, ¿qué fue lo que más te gustó de trabajar en equipo? ¿y lo que menos?

Informante: Lo que más me gustó de **trabajar en equipo** fue **la complicidad que tuve con todas las personas que conocí**, las experiencias que nos íbamos contando. También, a parte de esta **asistencia sanitaria**, pues lo que te he comentado antes, también **nos metimos en el barro**, o sea, **nos metimos en un garaje que estaba en un barranco, que estaba lleno de barro, nos llegaba el barro hasta la cintura. Entonces, dijimos entre todos, "¿nos metemos?"**. **Nos metimos** y todos íbamos con la con el mismo ideal. Creo que eso fue lo principal, que el **equipo, que éramos unos seis más o menos**, en el momento de salir al pueblo, **todos teníamos muy claro qué es lo que teníamos que hacer y que, si no podíamos ayudar de una manera, íbamos a ayudar de otra.**

Y, luego, lo que menos me gustó... fueron los **conflictos** que al final se dan siempre en estas **situaciones de estrés**. El lidiar con compañeras, pues lo que te digo, que a lo mejor no tienen mucha experiencia en esto, que ya para la próxima, que esperemos que no suceda nada más, van a tenerla todo el mundo. Pero bueno, eso fue lo que menos me gusto. Yo odio el conflicto y sí que es verdad que yo soy una persona que intenta evitarlo por completo, pero claro, cuando hay una situación que el presidente, para que tú me entiendas, es quién que lleva la organización, te está llamando y te dice "oye, cuéntame tal, ¿qué está pasando?, ¿quién se ha peleado? ..." pues **al final piensas que esto no es una guardería, que yo no tengo porque estar pendiente de esto, yo tengo que estar pendiente de lo que de verdad hace falta y de que tengo hambre y que no he dormido en tres días.** Entonces, por favor, **no quiero conflictos con nadie.**

Entrevistadora: Muy bien. Ahora quería hablar de las emociones. ¿Cómo hiciste tú para manejar tus emociones ante una situación de máximo estrés, cómo fue la Dana?

Informante: No sé yo sí a lo mejor tengo como **una coraza** instaurada. No sé, yo sé que cuando hay una situación así, **automáticamente cambio el chip y soy muy automática hasta que ya no estoy allí, hasta unas horas, un tiempo. Yo me voy encontrando cosas y como que no lo voy interiorizando.** Y realmente, viendo ese **pacto sentimental propio, interno**, o sea no el externo, el externo lo siento. **Externamente, cuando yo vi la situación, lo primero que hice fue echarme las manos a la boca, decir madre mía, que ha pasado, pobrecito todo el mundo, pobrecito todo esto y empaticé mucho.** O sea, yo me paraba en un estanco a pedir agua, que estaba abierto, y **me ponía a hablar con una persona porque es que se le veía en la cara. ¿Decías "tú, bueno, y qué tal todo? Cuéntame"** y se ponían a llorar. Entonces eso sí, ver a una persona llorar no es fácil, y menos en una

situación así, y más sabiendo que mi sentimiento principal era el de ayuda, pero también era el de qué suerte tengo, qué suerte tengo que yo dentro de no sé cuántos días voy a volver a mi casa y voy a tener una cama, voy a poder ducharme, voy a tener una nevera, voy a seguir con mi rutina. Entonces eso fue lo principal, la tristeza tan grande que me daba y decía, ¿es que estas personas cuánto tiempo pasará hasta que tengan una normalidad, hasta que ellos mismos dejen de ver barro y que ellos se sientan bien? Entonces yo creo que hasta que pasa un tiempo, en una situación así, y se va bajando un poco la adrenalina del principio y demás, creo que no tengo la capacidad de pararme a pensar en mí, creo que priorizo lo que están sintiendo los demás y que sé que a lo mejor eso no es lo más normal, o sea, es la mejor manera de manejar mis sentimientos. Porque al final, todas estas cosas pasan factura y evidentemente a mí, al tiempo sí que me pasaron factura ya que estaba constantemente pensando y sobre pensando lo mismo. Constantemente viendo noticias e incluso, llego un momento y un punto en el que yo sabía que a lo mejor no podía ayudar más. El decir "es que me siento mal porque no tengo la capacidad económica ni el tiempo de poder ir para allá y poder seguir colaborando". Entonces, fue un sentimiento de, por un lado, de alegría, de decepción por otro lado y bueno, también de aceptación porque al final uno llega hasta dónde puede llegar. Pero sí, fue como un rebujo de sentimientos.

Entrevistadora: ¿Cambió algo en ti? ¿O sea, después de vivir esta experiencia, cambió algo en ti como profesional de la salud o como persona?

Informante: Creo que lo principal es pensar que todo puede cambiar en cualquier momento y que cada vez tengo claro más eso, o sea, el día de mañana te pasa cualquier cosa y da igual lo externo. Entonces sí es verdad que a nivel del día a día no lo pienso porque no estoy dentro de una catástrofe, pero sí que en situaciones a lo mejor muy extremas o en situaciones de pacientes que están muy mal, pues sí. Porque encima, yo te digo una cosa y es que, en mi centro de salud tenemos un imán para una para urgencias heavies. Entonces, también tenemos que contar con el factor familia y el decir "oye para" porque todas estas cosas se lo retransmites. Tienes que decirte, "tranquilo, no pasa nada, espérate, vamos a ver cómo evoluciona todo", pero ya desde otro tipo de conocimiento, no del típico de escucha, no te preocupes, tal, no, ya no son palabras vacías, son palabras con conocimiento. Al final tienes que retransmitir que siempre puede haber situaciones peores o siempre podemos llegar a límites en los cuales no creemos ser capaces de soportarlo. Entonces, como que intentamos de una manera u otra decir "a lo mejor esto no es lo peor que puede pasar, a lo mejor tienes que respirar"

en todas las situaciones, tanto en emergencias como en la consulta, porque a nosotros no solamente nos viene uno a decir “me duele aquí”, no, a nosotros nos vienen a contar “mi hijo me ha hecho no sé qué”, “me llevo bien con mi nuera”, “mi madre se está muriendo”... A parte, está el factor externo de los familiares de los pacientes que ves casi todos los días. Entonces yo me llevo a mi paciente y me llevo a toda su familia. Intentas siempre ayudarles desde el consejo y desde la **experiencia**, desde lo que tú crees que es lo más sensato y lo que más le puede ayudar a ellos a través de palabras con conocimiento, **no palabras vacías**.

Entrevistadora: ¿Y tras esta experiencia, o sea, tras la DANA, pensaste en la idea de ir o fuiste a un profesional de la salud mental para poder contarle esta experiencia? ¿O no te hizo falta?

Informante: No, no lo hice y creo que **es algo que es muy necesario** porque muchas veces creemos que podemos solucionar las cosas que nos pasan con el tiempo y decimos nada, el tiempo lo cura todo, pero realmente no. O sea, **el que te puede llegar a dar las herramientas para que lo cure todo eso una persona que trabaje en el ámbito de la salud mental**.

Entonces, yo lo que hice en mi **caso fue apoyarme en mi compañera de trabajo**, quien también estuvo ayudando en otra localidad, entonces **las dos como que nos íbamos contando y no sé, como que nos desahogábamos una con la otra** y esta fue nuestra manera de hacerlo porque al final yo no he seguido teniendo contacto con las personas con las que fui y bueno, es una manera a lo mejor de hablarlo. Pero yo creo, y esto es algo que siempre he dicho que **hasta que no estés allí puedes comprender pero no entender. Puedes decir “ay sí, qué duro”, pero es que entenderlo solamente lo entiende el que se ha puesto allí las botas de barro hasta el cuello y el que ha vivido situaciones de esa manera**. O sea, mis compañeros me decían “es que tiene que ser muy duro” y claro, yo decía “sí, es muy duro”, pero es que tu duro no es el mismo duro que yo creo que es. Entonces, **la única manera que encontraba para desahogarme era con ella porque había vivido lo mismo que yo**.

Entrevistadora: Cuando piensas en tu experiencia y en la DANA, ¿qué sentimientos te vienen a la cabeza? O sea, ¿cómo recuerdas la DANA? ¿Te sigue afectando cuando lo piensas? ¿O no lo piensas mucho?

Informante: No, o sea, yo creo que, por ejemplo, justamente esta semana estamos en alerta también, por lo que de las presas que están sobrepasadas. Y pues ahora mismo,

sí que tengo bastante preocupación por que se vuelva a complicar muchísimo más. Entonces es como, que pena que otra vez puedan vivir en una situación desagradable, ahora que han pasado unos meses y que a lo mejor están saliendo un poco del bache, aunque bueno, prácticamente sigue estando todo, el material, los coches tirados por ahí... sin soluciones ninguna. No me voy a meter en temas políticos porque yo soy de las que opina que sé lo que me gusta y sé lo que no me gusta, pero de política no entiendo. Entonces sí es verdad que me da mucha pena en ese sentido a nivel de lo que pueda pasar ahora, que ojalá no pase nada, pero a nivel político, ¿qué te puedo decir? Pues que ojalá quien sea da igual, pero que metiera más mano y metiera más ayuda para que todo pudiese ser más normativo, no, que entrase dentro de la normalidad lo más pronto posible y un evidente refuerzo en las zonas de más de más peligro que creo que es el Puente del Pollo, bueno, no me acuerdo cómo se llama.

Entonces, eso sí que es algo que pienso y opino. Y durante este tiempo, pues es verdad que he seguido muy atenta a las noticias que han ido saliendo, pero claro, un poco más apartada ya que no podía tener una ayuda como tal, tan importante como la que tuve en ese momento.

Entrevistadora: Entonces, ¿Te sientes orgullosa de haber participado en ayudar a estas personas afectadas por la DANA y te sientes orgullosa de ser parte del personal profesional sanitario? ¿O te has replanteado en algún momento tu profesión?

Informante: No, no, creo que me siento muy orgullosa. Y creo que lo volvería a hacer mil veces, en cualquier situación. No sé, siempre se lo digo a mi madre, le digo "mamá yo conozco ciudades, catástrofes que van pasando" entonces siempre tengo la idea muy clara de plantarme en el sitio si falta ayuda, de hecho, estoy apuntada a nivel europeo por si hay una catástrofe ultra mega mundial, cómo personal sanitario para que nos avisen, pero eso, bueno, entiendo que va por bolsa o no sé por qué irá, aunque todo el mundo me dice que si estoy 'majara' o que, que qué hago metiéndome en eso pero es que siempre digo que alguien tiene que hacer estas cosas. Siempre va a haber un loquillo que se meta dentro y en este caso pues soy yo. Habrá gente más prudente que diga "no, yo no me voy a meter en eso", pero yo no, yo me meto de cabeza.

En verdad me da mucho respeto todo esto porque al final yo no considero esto como triunfos ni como medallas de "oye, mira, yo he vivido y he hecho tal", no, la verdad que lo considero como una experiencia y como sabiduría de todo lo que me pueda encontrar en mi vida profesional, que es mucha la que me queda. Pero, de ver todo, de haber vivido muchas cosas también a mis 27 años y también en muchos tipos de estamentos.

Entonces, eso sí que me tiene muy orgullosa porque yo también **doy mucha visibilidad a lo que es otro tipo de enfermería**, a lo que es la enfermería vista desde los ojos de personas más jóvenes. **Esto está cambiando mucho, o sea, antes teníamos el concepto de enfermería de personas mayores, personas que a lo mejor eran mujeres en su máxima palabra, no, que solamente estaban en el hospital para el cuidado y para tal, o sea, y como que no, como que se nos veía blandas, entonces sí me gusta ver y con todas esas experiencias, dar a entender a todas las personas que a lo mejor me ven en mis redes sociales, el que nosotras no somos blandas para nada. O sea, somos muy duras, tenemos una capacidad de acumular información en la cabeza, sentimientos, empatía, o sea, increíble y que las generaciones más jóvenes que tenemos acceso a más información, a más facilidades para movernos y demás, es al final lo que nos hace creo que ser de diferente forma, más fuertes que las anteriores generaciones que había de enfermeras.**

Entrevistadora: Estoy de acuerdo contigo, la verdad.

Informante: Y se nota, se nota, porque **somos muy duras** y aguántame tú un turno así de malo aguántame tú una experiencia así de mala y el **estrés** que conlleva eso.

Entrevistadora: Ya ves, no cualquiera, estoy muy de acuerdo. ¿Entonces, qué aprendizaje has sacado de esta situación de catástrofe?

Informante: ¿Pues qué aprendizaje? Pues que al final, cuando pasan estas cosas, **o te movilizas tú o te quedas esperando a que te movilicen, pero lo mismo nunca te llega esa información** porque a mí me llegó esa información, la de la carta que envié en el formulario, pues dos meses después de enviarlo. Y pensé, en fin. En estas situaciones, en estas circunstancias, yo creo que **no hay que esperar, obviamente sé prudente** con todo lo que hay, porque no vas a ir a entorpecer, pero, **tienes que intentar buscar tus propios medios para poder ayudar porque al final, la ayuda no llega a todos lados de forma igualitaria**, entonces a lo mejor no estás en el primer hospital, en el cual tiene más nombre y más prestigio, pero a lo mejor sí que estás en un hospital donde también necesitan esa asistencia y estás ayudando, entonces **da igual realmente donde estés mientras estés haciendo algo**, como si mañana me dices que esto no vale nada porque no tiene nombre, es que a mí me da igual. O sea, el hecho de solamente entregarle una tirita a una persona cuando llegó a Paiporta y qué la tirita le ayudará, le he escuchado, ha visto en mí esa ayuda. Entonces, me quedo con ese aprendizaje **que por poco que sea, por insignificante que parezca, independientemente de todo lo que la gente pueda**

criticar porque es algo que encanta, creo que toda ayuda es necesaria, aunque sea simplemente un "pues cuéntame cómo estas".

Entrevistadora: Vale. Y ya para finalizar con la entrevista ya te hago la última pregunta, que la verdad que esta entrevista me está gustando mucho, quería preguntarte, ¿qué consejos le podías dar a un futuro enfermero que vaya a vivir este tipo de situaciones?

Informante: ¿Qué consejos? Pues que tenga una correcta forma de comunicarse, que esté preparado para situaciones diversas, que esté concienciado en que va a ver y va a vivir situaciones muy complicadas que no son de su día a día, que tenga cuidado con su salud mental, evidentemente que hable, que no sea como yo al principio y que se comunique, que fomente el trabajo en equipo, que no sea una retroalimentación mala de "uf, estoy tal", no, sino que sea al revés, como todo, intentar que seas la mayor parte del tiempo realista y positiva. Y pues no sé, al final está relacionado con eso. Que tengan preparada la cabeza para saber a lo que va y que no es un juego, sabes, al final tú ves estas situaciones y dices "venga, va voy de cabeza y ji ji ja ja", te puedes reír, pero esto no es un juego, esto es muy serio. Entonces sí, que tengan conciencia de que muchas veces pensamos que la gente no nos escucha pero que realmente todo el mundo está atento a lo que decimos y a lo que dejamos de decir y si a lo mejor decimos alguna palabra, todo lo que tu sueltes por aquí esa persona se lo va a guardar en su cabeza y dirá "el otro día escuche a esa enfermera decir tal..." Entonces sí, hay que ser consciente de que van a llegar a un lugar en el cual las condiciones de vida son totalmente diferentes para una persona que está ahí que para la persona que llega.

- **ENTREVISTA 6. A. R.**

Entrevistadora: Hoy tengo el placer de hacer una entrevista a A.R, que es enfermera en el SUMA 112, que es enfermera de urgencias y emergencias. Y bueno, nos explicará su experiencia ante una catástrofe. Y la primera pregunta sería: ¿cuál ha sido la catástrofe que has vivido?, ¿qué tipo de catástrofe fue?, ¿y dónde ocurrió?

Informante: Buenas tardes, soy A. R. y estoy encantada de estar con vosotras y de compartiros alguna experiencia. A mí la verdad es que lo que más me gusta es contar cosas bonitas. De hecho, tiendo un poco al positivismo y voy a contar las cosas bonitas que ocurren incluso dentro de los momentos feos, como por ejemplo **lo que pasó en la pandemia COVID-19.**

Bueno, **fue en el año 2020 y bueno, que me tocó. Estaba trabajando de de manera activa en el servicio de urgencias médicas de Madrid, SUMA 112, y justo cuando empezó la primera oleada de pacientes, aquello que se oía de: qué está pasando en Italia, qué está pasando en China... Yo estaba trabajando y me ofrecí, me ofrecí enseguida a participar a ir a montar un hospital de campaña que se estaba montando en un en un sitio aquí en Madrid que se llama IFEMA para habilitarlo porque todos los hospitales de la Comunidad de Madrid estaban colapsando. Quiero decir que ya no cabían más pacientes.**

Entonces, **cuando empezamos a escuchar ese tipo de cosas y a cambiar pacientes, yo me ofrecí. Mandé un correo electrónico a mi director de enfermería del Summa 112, y me ofrecí para bueno, pues para hacer más guardias, para hacer horas extras, y me dijeron que estaban organizándolo y que nos iban a necesitar muy mucho porque algo malo estaba ocurriendo. Esto fue como empezó todo.**

Entrevistadora: Vale, ¿cómo fue tu primer impacto al vivir este tipo de situación mientras estabais montando el hospital y tal?, ¿cómo lo viviste?

Informante: Claro, pues mira, con mucha prisa, porque **en ningún momento tuve miedo,** porque yo lo que quería era ir a atender a pacientes. Entonces tenía mucha prisa por ir.

Se llevaron primero a mi celadora, la celadora que trabajaba conmigo, mi amiga Carmen. Todo esto lo cuento en el libro “Libros que salvan vidas”, porque para mí el contarlos de manera... dejarlo escrito para que no desaparezca nunca, para mí fue muy terapéutico.

Entonces lo que sentí en ese momento era prisa. Había gente que sintió miedo y se dio de baja por ansiedad, había gente que sintió angustia, había gente que bueno. Pero yo es que tenía prisa. Tenía muchas ganas de ir a ese espacio que estaban habilitando para llevar a pacientes, porque sabíamos por mis propios compañeros que cada vez que llegábamos a un hospital con ambulancia y nos decían "no hay sitio, no cabe el paciente", pues es que tenían que habilitar pronto un espacio para para recibir a esas personas que necesitaban atención sanitaria.

Entonces lo primero que sentí era prisa, muchos nervios por ir, y entonces el primer día que yo fui, porque nosotros no lo montamos, lo montaron entre bomberos, electricistas, con un montón de gente que fue de manera totalmente voluntaria a habilitar ese espacio.

IFEMA es la es la Feria de Madrid, es decir, son espacios muy grandes del tamaño, no sé, como de un campo de fútbol, separado por módulos donde se se dispusieron camas, material sanitario y unos paneles de separación para que hubiera entre pacientes, no entre uno y otro, sino entre hombres y mujeres y poco más. Pero al principio, como no dio tiempo, como fue tal cantidad de pacientes lo que habían llegado, era un espacio diáfano donde había bueno, o sea, solo veías camas como un... os puedo pasar alguna foto, creo para vuestro TFG, porque solo había una cama dispuesta al lado de la otra con una bala de oxígeno en la cabecera.

Y bueno, pues una imagen como muy dantesca, muy muy bélica, como si estuviéramos en una guerra. Pero lo primero que sentí fue prisa por ir y ya cuando llegué sentí mucha prisa. O sea, mucha ansiedad por empezar a atender a los pacientes.

No, no había EPIS y entonces, como no podíamos cambiarnos el EPIS, nada más que una vez en la noche partíamos la noche y hacíamos un solo descanso para hacer pis y/o para cenar para hidratarnos. Porque claro, 12 horas trabajando con el mismo es imposible.

Mucha gente, de hecho, se desmayó y entonces, en cuanto a mis sentimientos, os cuento que eran todos como muy muy intensos, muy intensos. Yo cuento en el libro cómo escuchaba el ruido de mis pies, con unas bolsas amarillas como de plástico que nos ponían, que era una especie de de botas. Entonces escuchaba mi respiración bajo cuatro mascarillas, cuatro pares de guantes, la pantalla... y al salir corriendo yo misma me escuchaba y decía: Jolín, ¿es que cómo es posible que yo pueda caminar así? O pueda canalizar una vía, o pueda atender a un paciente...

Yo tenía tanta prisa para atender a todos ellos que bueno, eso. Luego al final, claro, O sea, esta situación de ansiedad la tienes que convertir, ¿no? Y tienes que descargarla en algo terapéutico. ¿Como fue para mí? Pues el compartirlo con mi familia, con mis amigos, escribirlo... Y luego pues lo que me pasó con los libros que tuve ahí una idea que fue buena para todos.

Entrevistadora: Vale, entonces, ¿llegasteis a hacer...? Bueno, ¿tú llegaste a hacer un triaje para saber qué pacientes necesitaban más cuidados?

Informante: No, es que los pacientes ya estaban triados. Vale, o sea, es como las puertas de los hospitales, o sea tú ya cuando llegas ya están triados. Además, eran pacientes graves que estaban ya hospitalizados. Entonces el triaje se hace en una situación de emergencia in situ, por ejemplo, ayer fue el 12 aniversario del 11M y ahí sí se tría, es decir, tú llegas al tren y tienes que valorar que a quién le pones verde, rojo, negro, a quién le puedes enviar a caminar, si camina, no camina... pero lo que fue la pandemia no había un triaje como tal, ya eran pacientes que estaban diagnosticados, que yo llegué a IFEMA y que los pacientes estaban todos y cada uno de ellos en su cama.

Entrevistadora: De acuerdo. Y entonces para ti, ¿cuál fue tu situación más desafiante a la hora de atender a los pacientes afectados por el COVID en ese hospital que hicisteis allí?

Informante: Yo creo que no hay una situación más desafiante, porque una situación de catástrofe son todas. Tampoco es a mí a la que me corresponde elegir "¿a quién atiendes? ¿a quién no en este momento?" Es decir, yo como soy enfermera de urgencias y emergencias, si llego a un tráfico y tengo que hacer un triaje, eso es muy desafiante.

Y es muy duro. Tú tienes que hacer un triaje y elegir y decir "bueno, pues está es etiqueta negra, no puedo hacer nada, me voy al rojo o hay dos rojos. ¿Quiénes? ¿a quién atiendes primero? Pero lo que lo que yo viví en IFEMA eran pacientes que estaban ya todos triados, y el desafío era llegar a atenderles a todos, porque yo recuerdo que, por las noches, cuando yo iba, yo iba a las 20:30h de la noche y estaba hasta las 8:30h de la mañana siguiente, entonces mi desafío era poder llegar a atender a todos y cada uno de ellos y no sé la ratio que tenéis allí, pero aquí ni de broma está una sola enfermera para 50 pacientes en ningún hospital en ningún sitio.

Entonces, claro, yo llegaba un momento en el que empezaba mi turno y empezaba a repartir termómetros, porque ante una neumonía bilateral, lo primero que tienes que

saber es cómo satura y qué temperatura tiene. Entonces se iban cambiando los pulsioxímetros, que no había tampoco. Yo tenía que desinfectar el pulsioxímetro cada vez que lo ponía.

Y entonces era un desafío constante durante las 12 horas. A las 4 de la mañana o así cambiábamos para poder cambiar el EPI y para poder hidratarnos, pero el desafío era constante.

Cada guardia, cada noche que yo trabajé en IFEMA era un continuo desafío. Por eso íbamos cayendo, es decir, yo nunca enfermé. Tuve la suerte de no contagiarme y tuve la suerte de poder hacer más guardias de las que me correspondían, porque mis compañeros eran como los soldados, es decir, iban cayendo.

Entrevistadora: Madre mía. ¿En total, cuántos pacientes pudo haber durante todo ese tiempo que estuviste allí?

Informante: Me parece que pasaron mil y pico de pacientes. Sí, mil. No sé, no, no lo tengo por ahí escrito. No recuerdo muy bien, pero fueron más de mil pacientes.

Entrevistadora: ¿Y cuántos profesionales érais de enfermería?

Informante: Cada vez menos, cada vez menos. Las estadísticas están trucadas, ¿sabes? Porque cada vez menos y no se cubrían, ¿sabes? O sea, al principio lo que hicieron fue que la atención primaria, o sea, el personal de la de atención primaria, se cerraban los centros de salud, cubriera el horario de día, las turnidades de mañana y tarde. Luego los profesionales del SUMA 112 cubriéramos la noche. Entonces al final llega un momento en el que solo había una enfermera para 50 pacientes y sin médico.

Yo llegaba por la noche y lo primero que buscaba era el carro de paradas. Lo primero que tenía que saber para mí, para mi tranquilidad y la de mis pacientes, era saber dónde estaba el carro de parada, porque médicos no había. A lo mejor había un médico para todo el módulo 5 o para todo el módulo 1. Entonces claro, era desafío constante, es decir, una situación de estrés máximo.

Entrevistadora: Madre mía. ¿Y crees que las habilidades y las competencias en una enfermera que está viviendo este tipo de situación es crucial?, o sea, el tener claro lo que tienen que hacer y estar preparadas para esto. ¿Crees que es clave?

Informante: Yo creo que no estamos nadie preparados para esto. Te lo digo sinceramente. O sea, ahora vendrá aquí el profesional del mundo mundial que te diga “yo soy especialista en catástrofes, no sé qué”.

Mira, en el SUMMA 112 nos obligan, y a mí me parece muy bien, hacer una formación reglada cada 3 años, ¿vale? Tenemos el máster de urgencias y emergencias extrahospitalarias y además tenemos una capacitación que nos tenemos que reciclar cada 3 años y presentarla de manera oficial. Esto es, no es que haga yo un cursillo de no sé qué y ya me acuerdo de hacer las vías intraóseas, no. En el SUMMA nos piden que cada 3 años presentemos una formación reglada.

Y bueno, y somos especialistas en catástrofes. Es decir, al final hay un equipo extranjero. Bueno, hay equipos que se dedican como más específicamente a esto. Ahora para la DANA ha ido un grupo de gente de compañeros míos del SUMMA, y para el terremoto de no sé dónde también fueron.

Entonces, somos profesionales que estamos entrenados en esto y aun así lo de la pandemia superó todas las expectativas de cómo iba a ser. Era como peor que una película, porque la gente se moría en las casas. Es que luego después vino la Filomena. Claro, no sé si allí llegó a Barcelona y si fue tan heavy como en Madrid.

Yo cuando vino la Filomena, unos meses después del estallido, estábamos en plena pandemia. Unos meses después del estallido de la pandemia viene la gran Nevada del siglo Filomena, que llegó y atascó todas las carreteras. Entonces, yo salía de guardia. Me vine a mi casa caminando y, tal cual llego a mi casa, me dicen “en la UVI 8 están sin enfermera, por favor, UVI 8 sin enfermera”. No puede ser. Dije “bueno, pues ya voy yo andando” y entonces yo cogí mi casco, mis botas, mi ropa de trabajo saliente de guardia, me fui andando hacia la UVI 8 y por el camino encontré una unidad de policías, un coche de policía que me preguntó dónde iba y le dije “mira, voy a la UVI 8 que está en Aluche, bueno, pues cerca de mi zona de donde vivo, porque no hay enfermera”. Entonces me llevaron para allá.

Las nubes que habían habilitado eran ambulancias que habían estado en Afganistán. Eran unas ambulancias que yo no me podía ni subir. Me tenían que empujar del culo, ¿sabes? Tenía que subirme a ambulancias altísimas para poder circular por la ciudad de Madrid entre tanta nieve.

Vale, te quiero decir que somos gente entrenada y aun así para nosotros fue muy heavy. Imagínate las enfermeras que acababan de salir de la carrera. Las enfermeras que

tienen otras competencias en cuanto hacen su trabajo en una planta de geriatría en una planta o en una consulta de pediatría, que sabe mucho de eso, porque luego a la hora de un tema de estos pues es como si me llevan a mí a una UCI neonatal, es que no tengo ni idea.

Entonces, **hay que seguir con la formación continuada**, porque este tipo de cosas pueden pasar y nos puede pasar a cualquiera y todos somos profesionales sanitarios que estamos al servicio del paciente.

Entrevistadora: Entonces, a pesar de que cada catástrofe es un mundo porque es inesperado y no te lo llegas a esperar qué tan grave puede ser, igualmente, ¿crees que una enfermera debería de tener unas competencias y unas habilidades para poder afrontar este tipo de situación?

Informante: **Las tenemos porque las estudiamos y nos preparan para ello. La ley exige que una formación reglada, como es la nuestra que es un grado en enfermería, cumpla ciertas competencias, y eso se dan en la facultad.** Es decir, lo sé porque estoy haciendo el máster de profesorado, ¿sabes? Entonces luego también varía la persona, es decir, hay gente que tiene una forma de ser y gente que otra, pero ese tipo de competencias tenéis que salir con ellas adquiridas o por lo menos estudiadas, y luego es sabido que **con la práctica es como realmente se adquiere la destreza.**

Entrevistadora: Vale, entonces ahora hablando más sobre las emociones...

Informante: No sé si he contestado, pero es muy arriesgado, ¿no?

Entrevistadora: Sí me has contestado, era eso que bueno, que es importante que, o sea te he preguntado que eso que es importante que una enfermera pues, depende de la situación, que hay situaciones más complicadas y menos, pero que tenga al menos un mínimo de formación para poder asentar este tipo de situación. Y a veces es que no te lo esperas, o sea, te viene de golpe y no te lo esperas.

Bueno, hablando más sobre las emociones que hemos hablado antes, quería profundizar un poco más en ello. Quería eso, saber cómo manejaste tus emociones cuando estabas ahí, en el IFEMA ante los pacientes y la situación de estrés también que viviste, o sea, cómo lo gestionaste todo, el estrés, las emociones, todo.

Informante: Sí, mira, yo soy una firme defensora de la culturoterapia, ¿vale? A mí el leer, el escuchar música, la belleza de las cosas que a mí me gustan, me da mucha terapia, ¿no? **Entonces, yo cada vez que iba a IFEMA, iba con música muy fuerte e iba**

ya descargando esa adrenalina y esa tensión que llevaba. Entonces, iba cantando, iba intentando tal, o llorando porque yo iba pensando “por favor, que Jonas no se haya muerto”. Jonas, es el paciente con el que voy a hacer la entrevista mañana para la tele. Hay muchas entrevistas por ahí por la tele mías y Jonas fue un paciente muy especial para mí. Entonces, ¿cómo lo manejo? Pues generando endorfinas con música, leyendo, etcétera.

A mí la lectura me da paz. Yo soy de las que piensan que los libros salvan vidas. Entonces, a mí la lectura me hace desconectar de aquello que tengo todo el rato en mente y no se me va, porque de repente como que me abre una ventana y me meto en una historia que hace que yo desconecte de ese cubo en el que tengo metida mi cabeza. Eso también me valía mucho.

Y por supuesto, y no porque lo digo ahora sea menos importante, sino que son los que más, mi familia y mis amigos, es decir, el amor. Es lo que a mí me ha hecho no enfermar.

Entrevistadora: O sea, ¿tuviste el apoyo de tus familiares y tus amigos?

Informante: Constantemente. Mira, yo tenía a mi hija Martina que tiene ahora 6 años. Ella nació en 2019, cuando llegó el COVID. Era una niña de un año a la que yo seguía amamantando y cuando vi que yo quería ir a IFEMA o que me iban a mandar a IFEMA, que no sabía ni lo que era, yo sabía que era una situación de estrés muy grande.

Le dije a mi marido “Tomás, a la niña la tengo que destetar porque me voy a meter en una situación de peligro que no quiero que ella sufra”. Entonces el destete fue de un día para otro, es decir, a mí me mandan un correo electrónico que pone “mañana te incorporas en IFEMA a las 20:30h de la tarde, no sé qué, no sé qué”. Y esa misma noche fue la última noche que yo le di a mi hija lactancia materna

Mi marido y mi hija se fueron a nuestra habitación de matrimonio y yo seguí en casa, pero apartada, en la habitación de la bebé de un añito, pero con mi familia. Yo tenía la necesidad de escucharlos y de, aunque protegiéndonos, estar con ellos. Entonces, todas mis emociones, tanto buenas como malas, las descargaba fundamentalmente en mi familia.

Cuando yo llegaba de IFEMA de alguna noche en el que había fallecido alguien, en el que se había tenido que llevar a la UCI a alguien, o que había pasado algo muy, muy feo, por la mañana mi marido me esperaba en la puerta con una bolsa de basura grande. Yo entraba, me quitaba toda mi ropa y me iba directamente a la ducha. Se lo contaba

todo a mi marido y también a mis hijos, que estaban al otro lado de la puerta, y lloraba y lloraba y lloraba y lloraba y luego me ponía música, me ponía a leer y dormía. Así lo gestioné.

Entrevistadora: Entonces, ¿tu mayor apoyo fue realmente tu familia?

Informante: Sin ninguna duda. Luego mis amigos que me hacían videollamadas, y luego mi hermana, que vive a 1800 km, vive en París, y me decía "siéntate a escribir, cuéntamelo, mándame un audio", entonces yo le mandaba audios que son superbonitos sobre "me ha pasado de esto, ay por favor que no se muera, y no sé qué puedo hacer, se ha desmayado Carmen y otra se ha hecho pis encima, etc."

Pero yo el contarle era muy terapéutico, y por eso todo aquello que yo contaba lo dejé escrito en el libro, que es un libro muy, muy positivo. El libro ganó el premio "Feel Good", que significa "sentirse bien" de una editorial de allí, de Cataluña, una editorial de Barcelona que se llama Plataforma Editorial.

Entrevistadora: ¿Y se te pasó por la cabeza acudir a un profesional de la salud mental como un psicólogo para poder explicarle esta situación?

Informante: Fui después, claro, fuimos después. O sea, el periodo de IFEMA empezó en marzo o abril y el uno de mayo se cerró IFEMA, pero luego continuamos con la pandemia. Hubo seis olas, ocho olas, diez olas, o sea, no sé cuántas olas de pandemia hubo que fue horrible. Eso no acababa nunca. Entonces, el mismo servicio de prevención de riesgos laborales del SUMMA 112 nos iba citando para ir a tener un encuentro, una visita con el médico de prevención de riesgos laborales. Todos dimos deprimidos, todos dimos agobiados, todos dimos ansiosos y unos límites superiores, pero los que pudimos seguir trabajando, seguimos. Nunca paré. Algún Lorazepam que otro me tuve que tomar, también te lo digo.

Entrevistadora: Jolín, es que es admirable en verdad.

Informante: Gracias.

Entrevistadora: ¿Y crees que fue efectivo ir a un profesional de la salud mental a comentarle esta situación?

Informante: O sea, yo creo que habría sido muy efectivo si hubiera ido en condiciones, pero yo eso lo pasé porque me obligaron. Yo no tenía tiempo, o sea, yo mi tiempo era para dedicarlo a mis pacientes, que había muchos, para mi familia, y para bueno, pues

para depurar todo aquello que estaba viviendo y no lo hice de manera oficial. Es decir, o sea, no, no fui a un profesional para que me ayudara a soltar. ¿Por qué? Porque para mí mi mayor refugio también fueron los libros.

Yo monté una biblioteca en un hospital de campaña. Yo ofrecí llevar libros para que aquello que a mí me estaba haciendo bien se lo hiciera también a mis pacientes. Entonces, claro, para mí fue súper terapéutico y yo no podía tener dos horas de terapia con un psicólogo mientras tenía una ristra de libros en el patio de mi casa que quería desinfectar y llevar al día siguiente a IFEMA.

Entonces, esa ocupación hizo que mi mente se mantuviera ocupada y se mantuviera un poco apartada del superdrama que en el que realmente te quieres meter cuando estás en una situación de estas de: se va a morir, ¿qué puedo hacer yo? Ay, por favor que no se muera. Entonces yo decía: venga, que le voy a llevar este libro a María Eugenia, la paciente de la cama a tres, y ahora voy a llevar poesía porque no sé. Uy, estos pacientes son manchegos, les voy a llevar El Quijote.

Entonces este era un entretenimiento que, aunque me quitaba descanso, a mí me hacía sentirme aún más útil, Alba.

Entrevistadora: O sea, te preocupabas bastante por también por lo que estaban viviendo los pacientes, ¿verdad?

Informante: A ver, esto es fundamental. Alumnas de enfermería, que ya sois enfermeras, el paciente no es una enfermedad, el paciente es una persona que lo tenemos que ver en todas sus esferas, en las cuatro esferas de una manera holística. Esta palabra que tanto les gusta a los profesores pero que llevan razón.

Al paciente no solo le hace falta que le curen la neumonía bilateral. Le hace falta que tú le veas como una persona que tiene sentimientos, que tiene una familia. El paciente tiene que saber que si tú, como profesional sanitario, le pones un móvil aquí y le haces una videollamada con su familia o con su gente querida, eso te aseguro que la ha curado más que la azitromicina. O sea, ya está. Entonces, si partimos de esa base, ya vamos a saber que vamos a ser mejores en el cuidado del paciente.

Está muy guay que canalicen la vía a la primera. Son técnicas que aprendes, pero si tú no ves al paciente de una manera holística, no eres un buen enfermero.

Entrevistadora: Totalmente de acuerdo que hay que pensar antes en el paciente y no a veces tantas técnicas.

Informante: Nosotras somos enfermeras y lo que nos dedicamos es al cuidado. Entonces la palabra cuidado viene del latín “cogitare”, que significa pensar en otro, no hacer las mejores técnicas del mundo mundial, que también no las vamos a despreciar. Es decir, nosotros tenemos el privilegio de cuidar a las personas. Entonces, si vas a cuidar a alguien, no solo esa persona necesita que le des un tratamiento médico pautado por un facultativo, no. O sea, te necesita a ti como para que tú le veas como eso, alimento para su alma.

Los libros en IFEMA hicieron de cuidador espiritual. ¿Por qué? Pues porque abrían esa ventana en un lugar que no había ventanas. En IFEMA era todo gris. Ellos no sabían si era de día, si era de noche. No sabían si nevaba, si llovía, si hacía sol. Y cuando tú estás leyendo un libro, está demostrado y hay evidencia científica que cuando lees, tus neuronas activan las neuronas espejo. Es decir, si tú ves el rayo de sol en el bosque en el libro, tus neuronas espejo lo están sintiendo. De ahí los efectos de la biblioterapia. Entonces, la biblioterapia no solo fue buena para mí, sino también para todos los pacientes.

Entrevistadora: Quería también hacer otra pregunta que no te la he preguntado antes. Sobre el soporte psicológico por parte de un profesional ¿se lo recomendarías a alguien si viviera este tipo de situación?

Informante: A todo el mundo. Necesitamos un psicólogo en nuestra vida. O sea, te pase o no te pase algo, o sea ya en situaciones de catástrofes, de urgencias o más cosas.

En el SUMMA 112, desde hace muy pocos años, hay dos equipos de psicólogos para atender a familiares en situaciones críticas, pero también a profesionales. Entonces, todos necesitamos un especialista a nuestro lado, todos. O sea, que no os dejéis engañar, aquí no hay nadie más duro ni más flojo. Tienes que tener un buen profesional a tu lado que te ayuda a depurar esas emociones y canalizarlas.

Es algo súper necesario, pero bueno, es una cuestión también de política y de gestión de medios.

Entrevistadora: Estoy totalmente de acuerdo. La verdad es que todos necesitamos un psicólogo y no hace falta tampoco que te pase algo malo para tenerlo. O sea, no hace falta llegar al borde de la desesperación.

Informante: O sea, una amiga mía regala a todas las amigas una sesión de terapia. Digo, vale, vale, o sea, súper guay. Trabaja en terapias sueltas y ya está. O sea, todos

necesitamos, tengamos o no tengamos patología mental, es decir, sufro de ansiedad, sufro de no sé qué. Si no sufres nada, no pasa nada.

Entrevistadora: Antes habíamos hablado sobre el trabajo en equipo y quería que me mencionaras aún más cosas sobre cómo fue la experiencia de trabajar en equipo, tanto con profesionales sanitarios como también me habías mencionado antes con los electricistas y demás.

Informante: Pues mira, apunta en negrita, en subrayado y en cursiva, y luego lo pones fluorescentes, ¿vale? Tu herramienta de trabajo en situaciones así es el equipo. Tenemos que entender que el equipo es la herramienta de trabajo. Si no hay equipo el trabajo no sale adelante.

Entonces, en ese momento, éramos un montón de enfermeros que yo cuando acababa mi labor me iba a ayudar a mi compañero y cuando mi compañero acababa su labor se venía a ayudarme a mí, es decir, ahí no es que yo acabe antes tú o antes yo, no. El equipo es tu herramienta de trabajo, es decir, sin ellos no soy nada. Como dice la canción de Amaral, sin ellos no somos nada.

Yo lloraba mucho antes de entrar al IFEMA porque había colas de electricistas que no podían trabajar en su trabajo diario y hacían cola para ayudar y preparar pues focos para que los pacientes tuvieran luz. Había colas de fontaneros autónomos que no cobraban nada y que querían ayudar a canalizar las tuberías para que los pacientes pudieran ser atendidos.

A todos los sanitarios nos llevaban comida, flores, revistas. O sea, toda la gente que su producto no podían sacarlos nos los llevaba a nosotros, o sea, de todo, un gloss, un no sé qué para intentar cuidar de otra manera a los que estábamos cuidando de los enfermos. Mira, se me pone la piel de gallina, ¿eh?

Entrevistadora: ¿Y qué cosas positivas y negativas te llevas de haber trabajado en equipo?

Informante: Bueno, pues positivas todas. En IFEMA había un montón de chicas jovencitas que habían hecho TCAE o que acababan de salir de la carrera, y yo me llevaba súper guay con ellas y me preguntaban y tal, y una noche me hicieron una cuenta de Instagram que yo no tenía. Entonces me llevó muchas amistades, me llevo muchos sellos, muchas huellas en el corazón de parte de personas que vivieron conmigo una situación de catástrofe muy dura y muy intensa mantenida en el tiempo, porque no fue

un día de un accidente, y me llevo sobre todo a la gente que llegó a mi vida de esta manera tan brusca y a la par tan bonita, porque si te hablo de ellos es porque se han quedado, o me han dejado esa huella.

Entrevistadora: ¿Y solo estableciste esta relación con tus compañeros, o también había algún paciente especial?

No, no solo compañeros, sino, por ejemplo, **había un paciente que se llama Jonan**, que lo cuento en mi libro y con el que he quedado pasado mañana. Quedamos una vez y él conoce a mi familia. Viene de vez en cuando a casa a comer. Hemos hecho varios programas de televisión, hicimos uno en el intermedio, que me dieron la sorpresa de llevarme a IFEMA y de repente apareció Jonathan y yo me puse a **llorar**, tío. O sea, tuvieron que cortar y yo llorando y no podía abrazarle porque teníamos que estar separados.

Ese era un paciente que se estaba muriendo, o sea, es que se estaba ahogando. Lo puse en prono y le dije y a la médico "quiero llevar a este chico a la UCI", y me dice "tía, no hay camas", y yo "pero hay que llevarlo a la UCI, o sea que hay que entubarle", y ella "pero que no hay camas, ¿qué hacemos?" Y nada. Y entonces yo estuve toda la noche pendiente de él para que no se acodara el alto flujo, para ver cómo estaba esa saturación de oxígeno, y tal. Bueno, entonces ya le dije "Jonan, tú no te preocupes que esta noche va a pasar y mañana cuando te despiertes te vas a encontrar ahí un carro lleno de libros, que tengo el coche lleno de libros que me he traído para que mañana estéis entretenidos". Eso a él, joder, le resultó curioso. Al día siguiente siguió mal, pero empezó a mejorar, al siguiente siguió mal, pero siguió mejorando, siguió mejorando, y finalmente se salvó. No tuvo que entrar a la UCI. Y él y yo todo el rato estuvimos en contacto porque yo iba a verle en el momento de mi cena o de mi descanso.

Entonces, él y yo somos súper amigos. **Para mi Jonan, o sea, no ha dejado una huella, ha dejado un sello así, plantado en mi corazón.** Parece que no es muy profesional hacerte amigo de un paciente, pero a mí es que me da exactamente igual.

Entrevistadora: No lo veo nada de malo, la verdad, no sé por qué tiene que haber una barrera entre paciente y enfermera, ¿sabes?

Informante: **Hombre bueno, un poco para para cubrirte tus emociones no. O sea, si tú quieres mucho a todos los pacientes, estás perdida, pues no hay amor para todos, ¿sabes?** Pero bueno, a mí una vez una enfermera me hizo mucho daño, era yo alumna como vosotras. Yo creo que fue en tercero de carrera, que pues yo hice 3 años. Éramos

diplomadas. Me puse a llorar porque algo me pasó. Yo creo que fue un niño y tal. Entonces intentamos ser megaprofesionales. Me cogió el brazo y me sacó y me dijo “los sentimientos se quedan en la puerta del hospital, de aquí para adentro no hay nada más”. Entonces me hizo mucho daño porque ahí pensé que yo no iba a ser una buena enfermera porque no sabía diferenciar dónde tenía que hacer uso de mis sentimientos.

Pues me he dado cuenta de que no, no había nadie más equivocado que ella, porque la ternura se la tienes que transmitir a tus pacientes. El odio, por ejemplo, no. Tienes que estar ahí y un poco evitarlo, pero yo tampoco le voy a reír una gracia a un violador que también los atiende y todavía te hacen alguna gracia para que tal. Es decir, o sea, tú eres una persona muy profesional, pero que los sentimientos forman parte de ti igual que forma parte de ti tu brazo, tu mano y tu yo entero, ¿no? Entonces, **cuidado con lo que os aconsejan, porque hay gente que podemos estar equivocados.**

Entrevistadora: Sí, o sea lo que has dicho yo creo que en situación de estas de tratar a un paciente que haya sido un violador o un asesino no le vas a tratar igual que a alguien que no ha hecho nada.

Informante: Claro, le tratas, o sea, **le tratas igual a nivel técnico, es decir, yo te tengo que atender y te voy a atender, te voy a coger una vía y te voy a quitar el dolor y a nivel técnico te voy a tratar como te tengo que tratar, pero luego no te voy a arropar con la manta como arropo a las abuelitas para que se sientan más cálidamente cuidadas.** ¿Por qué? Porque es que quien nos diga lo contrario es que nos están mintiendo.

A mí me pasó una vez que atendí a una mujer cuyo marido le había pegado. Entonces me llamó mucho la atención porque ella se había defendido con un tenedor y el marido tenía la marca del tenedor en todo el torso y abdomen por la defensa de ella. Yo atendía a ese hombre, era mi paciente, no era el abusador, no era el agresor, pero no le coloqué el pelo como se lo coloqué a ella ni le acaricié su frente.

Entrevistadora: Bueno, antes estábamos hablando del trabajo en equipo. ¿Crees que hubo una buena organización o que al principio era todo un caos? ¿Cómo os organizasteis?

Informante: Fue un caos, ya está. Y luego a nivel político, un desastre absoluto. Todavía a día de hoy, 5 años después, siguen saliendo cosas muy feas. **Fue un absoluto caos por falta de material, falta de profesionales, falta de EPIS. Faltaban profesionales, faltaba de todo, faltaba responsabilidad. Fue un absoluto caos.** No se supo hacer esto bien. Nunca antes había pasado, pero **fue un desastre a nivel político, una gestión**

nefasta. Los pacientes comían unos menús que no tenían explicación. Luego se supo que venían de un tema político, o sea, un desastre.

Entrevistadora: Y al final esta esta experiencia de catástrofe cada vez que la recuerdas o que hablas de ella, ¿Cómo la recuerdas? O sea, ¿qué sientes cuando hablas de esto?

Informante: Pues mira, yo como soy positiva y tiendo a recordar siempre cosas bonitas, pues me siento bien de poderlo compartir contigo, porque las historias pasan a lo largo de la vida, de una boca a otra o de manera escrita. Si se dejan de contar, desaparecen. Entonces, me siento bien de poderlo contar y me siento bien de haberla podido vivir, porque yo creo que hice lo que tenía que hacer. Y, además, justo lo que yo quería hacer, que era trabajar.

Había mucha gente que no quería trabajar porque tenía miedo de contagiar a su familia. Más de una compañera y muy reconocidas en el mundo de la emergencia se dieron de baja porque les dolía un hombro o porque tenían ansiedad o por lo que sea, por proteger a su familia, pero yo estoy contenta de haber estado ahí.

También protegía a mi familia con todo el cuidado que pude. Pero yo, o sea, que esto no quiere decir que fuera mejor o peor, simplemente yo quería estar ahí. De hecho, empezaba la entrevista diciéndote que yo tenía prisa por ir, ¿no? Entonces estoy contenta de haber estado.

Siento tristeza porque al final la gente decía “¡de esta vamos a salir mejores!” Y yo decía “no, mentira, aquí mejor no sale nadie. Aquí lo que salimos es menos, porque el que era bueno antes de la pandemia siguió siendo bueno en la pandemia y siguió siendo bueno después de la pandemia. El que era egoísta antes de la pandemia, fue egoísta en la pandemia y fue egoísta después de la pandemia. Yo creo que este tipo de cosas no cambia a nadie, simplemente te expone, te hace ver como eres”.

Los sentimientos que tengo a la hora de contar todo aquello que pasé los canalizo hacia los buenos. Te hablo de Jonan, te hablo de mi familia, te hablo de los libros, te hablo de cosas bonitas que también pasaron en una situación de catástrofe y de extrema fealdad, porque fue muy fea la pandemia, pero dentro de toda esa vorágine, sí había gestos y cosas bonitas, pues de compañerismo, de entrega al prójimo, de atención al paciente, de atención sanitaria. Hubo cosas bonitas que merecían mucho la pena contarlas.

Entrevistadora: Qué bien, o sea, al final, o sea, dentro de lo malo, encuentras la parte positiva de esto.

Informante: Hay que buscarla, hay que buscarla.

Entrevistadora: Eso es difícil a veces.

Informante: Sí, sí, no te quepa duda, sí.

Entrevistadora: ¿Y crees que ha cambiado algo en ti o en tu forma de trabajar como enfermera desde esta experiencia?

Informante: Sí, sí, sí, sí, sí. Yo antes estaba en una UVI móvil. Era enfermera de urgencias y emergencias.

A mí la pandemia me ha hecho reconciliarme con mi profesión. Simplemente el hecho de tener más tiempo para los pacientes ha hecho que yo pida un traslado y de pasarme de un soporte vital avanzado de una UVI donde trabajaba a una UAD de enfermería que se llama, o sea, que significa Unidad de Asistencia Domiciliaria, donde atiendo urgencias domiciliarias en las en las casas de las personas de una manera mucho mejor.

Tú sabes que hay diferencia entre la emergencia y la urgencia. Las UVIs móviles atienden emergencias vitales, que no siempre son emergencias vitales. Entonces, vas corriendo, el paciente está muy malo, un accidente de tráfico, no tienes mucho tiempo, directamente vas a hacer técnicas como canalizar la vía, monitorizar, etc.

En contraposición con esta unidad a la que yo pedí cambio después de la pandemia, donde mi tipo de aviso es “paciente de 80 años que está sangrando por la nariz”. Tienes que ir, pero no se va a morir. Entonces yo llego, atiendo al paciente, hago un taponamiento, le pongo frío, le limpio la sangre, le dejo sentado o acostado, le arropo y me voy y lo dejo en su casa. Ese tiempo que yo tengo para estar con el paciente es lo que a mí me hace sentirme realizada como buena profesional ahora a mis 46 años, porque cuando ya acabé la carrera con 20 con, o sea, yo hice 20 añitos y yo qué quería, correr, ambulancias, hacer RCP, salvar vidas, super no sé qué, ahora con 46 años y después de no haber tenido tiempo ni para hablar con los pacientes en la misma pandemia, pues me he reconciliado y quiero hacer esto, que es lo que estoy haciendo.

Entrevistadora: Y a nivel personal, ¿ha cambiado también en ti aparte de profesionalmente?

Informante: No sé, yo creo que, como te decía antes, si antes era buena, pues ahora también lo soy. Si antes era intensa, pues es que ahora también lo soy. Pero bueno, yo creo que ese tipo de situaciones dejan huella y creo, yo creo que eso a nivel personal,

a lo mejor deberían decirlo las personas que mejor me conocen, mis amigos. Yo no lo he sentido porque tampoco considero que haya cambiado mucho de prepandemia a ahora, ¿sabes? Pero la gente que me conoce sí dice que, a lo mejor, bueno, que **he adquirido un poco más de templanza.**

Siempre he tendido un poco a la intensidad y ahora soy como más serena, no sé. Yo creo que, por la edad, pero no sé.

Entrevistadora: Y, al final, ¿qué aprendizaje has conseguido o has aprendido con esta experiencia?

Informante: Muchos en general, porque además he aprendido de todas las personas con las que me he rodeado. Pero el mayor aprendizaje es que mira, yo pienso que vida solo hay una. Aquello que no hagas en esta vida, a lo mejor no tienes la opción de hacerla en otra. **Entonces, si la vida te pone la oportunidad o te da la oportunidad de que seas enfermera en una situación de catástrofe, a lo mejor la tienes que hacer, porque luego te vas a arrepentir de no haber estado, que es lo que les ha pasado a muchas compañeras mías.**

Entrevistadora: A mí me gustaría la verdad, poder ayudar a personas que realmente lo necesitan.

Informante: Claro, lo vas a hacer desde el momento en el que empiezas a trabajar, es decir, nuestra labor es así, con mayor o menor magnitud del momento en el que tú te pones al lado de una persona que está desvalida, que ella a ti no te ha elegido. Tus pacientes no te van a elegir. Desde ese momento ya vas a hacer algo que es un privilegio.

Entrevistadora: Y bueno, ya última pregunta para para acabar, o si luego quieres decir algo más, encantadísima, lo que tú quieras. Mi última pregunta sería: ¿qué consejo le podrías dar a un futuro enfermero o enfermera que vaya a vivir este tipo de situación?

Informante: Pues mira **el consejo, son como las croquetas. No se ofrecen. Cada uno coge lo que quiera. Yo no doy consejos. Yo puedo contar mi experiencia, ¿sabes? Pero no doy consejos. Por ejemplo, en el libro cuento mi experiencia de lo que me pasó y ya.**

Ante esto, pues es que tú eres Alba y yo soy Ana y a lo mejor pensamos totalmente diferente y las dos opciones son válidas, ¿no? Entonces consejo ninguno. Que disfrutéis de la profesión más bonita del mundo, que es la nuestra.

Si me permito el lujo, ese es mi consejo y que y que bueno, yo creo que ya estáis suficientemente preparados como para saber que va a haber momentos muy malos, pero también muy buenos y que y que bueno, tenemos la suerte de tener a personas entre manos que tienen un alma y que no son objetos que podamos utilizar o mover o usar. Es un privilegio poder tener que nuestro medio de trabajo sean las personas.

Entonces consejos no doy la verdad, pero por qué no se darlos. O sea, no, no considero que haya que dar consejos a nadie que tiene una vocación. La gente que estudia enfermería tenemos otra pasta, o sea, tenemos claro que queremos ser cuidadores, porque si no, habríamos hecho medicina o habríamos hecho fisioterapia.

La enfermería tiene ese componente de ternura, esa humanidad que va implícito. Entonces, ¿qué consejos voy a dar? Que lo disfrutéis.

Entrevistadora: Muy bien, pues por aquí ya podemos dejar concluida la entrevista.