



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Facultad de Ciencias de la Salud



TRABAJO FIN DE GRADO GRADO EN ENFERMERÍA (2016-2017)

APRENDIZAJE DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA ACCIÓN: UN PROYECTO DE COOPERACIÓN EN GAMBIA

Autora: Noelia Herraiz Cerpa

Tutora: Josefa María Ramal López

Las Palmas de Gran Canaria, 1 de junio de 2017

ÍNDICE	Pág.
I. INTRODUCCIÓN _____	1
II. METODOLOGÍA _____	7
III. RESULTADOS _____	10
IV. DISCUSIÓN _____	16
V. CONCLUSIONES _____	21
BIBLIOGRAFÍA _____	22

RESUMEN

Este trabajo de fin de Grado muestra una experiencia de cooperación a través de la acción participativa en el proyecto de Voluntariado Internacional de la ULPGC desarrollado en el Centro de Educación y Rehabilitación nutricional (CREN) de Basse (Gambia), con la ONG Nutrición Sin Fronteras. Parte de la metodología cualitativa narrativa, centrada en la práctica reflexiva de la experiencia y del diario de campo elaborado para describir y analizar el contexto sociodemográfico, la población sobre la que se intervino (30 niños y niñas <5 años hospitalizados en el CREN y sus madres), los recursos humanos y materiales disponibles, y las intervenciones enfermeras desarrolladas durante los 35 días que duró la experiencia. Se contrasta la vivencia con la literatura científica local, nacional e internacional disponible. El análisis destaca los datos alarmantes en desnutrición, la escasez de recursos sanitarios y la adecuación de las intervenciones desarrolladas sobre la población atendida. Las conclusiones reflejan que la reflexividad es imprescindible en el desarrollo de competencias fundamentales de la práctica enfermera, la necesidad de incorporar nuevas metas en la Cooperación Internacional al Desarrollo y la función que el voluntariado cumple en el sustento del sistema sanitario e implementación de programas específicos en desnutrición.

Palabras clave: Enfermería, cooperación, aprendizaje a través de la acción, desnutrición.

ABSTRACT

This final project degree shows an experience of cooperation in practice through action learning in the project's international volunteering of University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) developed at the Center for Education and Nutritional Rehabilitation (CREN) from Basse (Gambia), with the NGO Nutrition Without Borders. Depart of narrative qualitative methodology, focusing on reflective practice experience and elaborate field journal to describe and analyses the sociodemographic context, the population that was operated (30 boys and girls < 5 years hospitalized at the CREN and their mothers), human resources and materials available, and the interventions of nurses developed during the 35 days' experience. Contrasts the experience with local, national and international scientific literature available. The analysis highlights the alarming data in malnutrition, lack of health resources and the adequacy of interventions carried out on the population served. The conclusions reflect reflexivity it is imperative in the development of essential competencies of nursing practices. The need for incorporate new goals in the international cooperation and development and the role of volunteers in support of the healthcare system and implementation of specific programmes in malnutrition.

Keywords: Nursing, cooperation, through action learning, malnutrition.

I. INTRODUCCIÓN

El interés por la Cooperación al Desarrollo me surge en el segundo curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), durante la asignatura de Cooperación Sanitaria Internacional en el curso 2014/2015. Tras ese aprendizaje, se presentó la oportunidad de acceder al “Programa de Voluntariado Internacional 2016 de la ULPGC” del Centro Universitario de Cooperación Internacional al Desarrollo (CUCID)¹, lo que me dirigió a presentar la solicitud para participar. Tras ser admitida en junio de 2016², participé en un proyecto de Cooperación en Gambia que fue desarrollado durante los meses de agosto y septiembre del mismo año. Las vivencias y sensaciones experimentadas durante mi estancia en Gambia han requerido de un proceso de análisis, toma de conciencia y reflexión, que ha supuesto en sí mismo, una forma de aprender más personal, más madura y más duradera. La ejecución del proyecto de Cooperación en Gambia, la experiencia de aprendizaje y el conocimiento integrado, se presentan en este Trabajo fin de Grado, como un ejemplo de las competencias adquiridas durante estos años de formación del Grado en Enfermería.

Con este trabajo se pretende abordar diferentes aspectos, por un lado, revisar la literatura científica en materia de Cooperación, analizando el papel de las ONG, en concreto la de “Nutrición Sin Fronteras” (NSF), en el proyecto de Cooperación “Recuperación materno infantil en desnutrición” del Centro de Rehabilitación y Educación Nutricional (CREN) de Basse, Gambia, en el que participé. Y, además, describir el proyecto ejecutado desde la metodología de aprendizaje de la Enfermería a través de la acción y en ella, concretamente a través de proyectos. Por otro lado, a partir de la información recogida en la libreta de campo, realizar un análisis reflexivo del aprendizaje adquirido en la experiencia de Cooperación con especial atención al contexto, las personas atendidas, los profesionales sanitarios del equipo y las intervenciones enfermeras desarrolladas en la ejecución del proyecto de Cooperación.

1. MARCO TEÓRICO

Desde sus inicios la Enfermería ha estado ligada a atender a los necesitados. Es innato a la profesión enfermera ayudar cuando peligra la salud de las personas, estando muy vinculada a una labor de voluntariado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la labor de enfermería como clave para avanzar en salud y como nexo entre el sistema sanitario y la comunidad para el desarrollo del bienestar. La salud tiene un papel básico en la cooperación

internacional para los países en desarrollo y sobre ello, se plantean los objetivos y principios de distintas organizaciones para mejorar la calidad de vida de las personas³.

1.1 ¿Qué es la cooperación internacional?

La cooperación internacional se define como la relación que mantienen los grupos humanos para alcanzar objetivos de desarrollo consensuados, intercambiando conocimientos, técnicas y tecnología o habilidades mediante la utilización de sus respectivos poderes, rigiendo las relaciones internacionales. Para que exista una relación de cooperación como tal deben encontrarse intereses coincidentes que puedan ser alcanzados tanto por el país benefactor como por el receptor, la expectativa de un plan de acuerdo focalizado, la aplicación de estos y, por último, su cumplimiento junto con el desarrollo de las actividades⁴. La Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) de otros países no se considera sólo un acto de generosidad, sino también una inversión solidaria y de futuro, porque lo que está en juego es la convivencia y el bienestar global⁵. La necesidad moral de la cooperación se convierte en la respuesta al por qué se coopera, razonada desde los argumentos que justifican o rechazan la existencia de proyectos^{4,5}. Sin embargo, el contraste con la realidad podría poner en duda su eficacia en la medida en que después de tantos años y millones invertidos, la pobreza persiste en el mundo⁴.

La CID se originó para atenuar las diferencias generadas por la globalización y el crecimiento económico, concienciando del obstáculo que puede ser alcanzar el propio desarrollo del crecimiento^{3,4,6}. Informes y tratados reflejan el compromiso de organizaciones y ciudadanos para alcanzar las metas acordadas⁶. Sin embargo, el reparto de las ayudas y los países beneficiarios no es equitativo y aunque seamos conscientes del utópico bienestar global que las acciones de cooperación suponen en el mundo, no todos los países hacen cooperación, ni son beneficiarios de ella. Cada país coopera con una autonomía jerárquica que no sólo tiene en cuenta el desarrollo del país beneficiario sino el interés de su propia política exterior⁶. Los países receptores y sus prioridades cambian a lo largo del tiempo, y aunque se está reduciendo el número de países dependientes, la ayuda es fundamental para que los estados menos desarrollados no crezcan en pobreza. De manera crítica, la CID no debe quedarse en un acto de compasión en “ayudar a los pobres”, es preciso obviar la moralidad salvadora para tener en cuenta la verdadera cooperación en la que aparece un beneficio mutuo^{6,7}.

1.2 ¿Cómo es la Cooperación española?

España se considera un país solidario, sin embargo, como resultado de la política pública y los recortes, la inversión española ha caído desde 2009 alejándose tanto de su objetivo de 0,7% del PIB (Producto interior bruto), como del promedio de la Unión Europea (UE) y el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD)^{5,7,8}. El mundo se encuentra en una situación de extrema gravedad en términos de desarrollo. Según los informes del CAD de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de la que España junto con 23 países es miembro, tan sólo 5 cumplen compromiso de destinar el 0,7% del PIB a la cooperación⁸. En salud, la cuantía de cooperación de los últimos años se destina prioritariamente a la construcción y el equipamiento de hospitales especializados e infraestructuras sanitarias, la formación de profesionales y el equipamiento necesario para ello, y el suministro de material médico de alta tecnología^{5,8}.

1.2.1 Organismos gubernamentales

El órgano de gestión de la cooperación española es la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), que desde 1988 y siendo entidad de Derecho Público adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a través de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI), describe su propósito como “la lucha contra la pobreza, mediante el fomento, la gestión y la ejecución de políticas públicas de cooperación internacional para el desarrollo dirigidas tanto a la lucha contra la pobreza, como a conseguir un progreso humano sostenible en los países en desarrollo”, particularmente los recogidos en el Plan Director en vigor cada cuatro años^{5,9,10}. Los principios que guían sus acciones son el ser humano como eje de la cooperación, los derechos humanos y libertades fundamentales, el desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza y el acceso a servicios sanitarios y educativos; respetando los compromisos adoptados en los Organismos internacionales¹⁰. Los instrumentos de cooperación materializan la ayuda en forma de cooperación económica, ayuda humanitaria, educación para el desarrollo, sensibilización social y cooperación técnica. Ésta se define como cualquier modalidad asistencial dirigida a la formación de los recursos humanos del país, mejorando la instrucción, cualificación y capacitación en ámbitos como el sanitario^{9,10}.

La concordancia de las acciones con la transparencia de las instituciones y donantes es esencial para conseguir acciones eficaces y coordinadas con el equipo para el éxito de un proyecto. Esto se consigue con una planificación por objetivos e indicadores que faciliten un seguimiento y evaluación periódicos de los resultados, el aprendizaje y la toma de decisiones con responsabilidad mutua. Un ejemplo clave son los Objetivos de Desarrollo del Milenio

(ODM)¹¹, que concretaron en ocho focos las metas para ayudar a mil millones de personas a salir de la pobreza extrema. En el 2000 ubicaron a las personas en el eje de la CID, implicando a países desarrollados como en desarrollo en el desarrollo sostenible económico, social y ambiental. En 2015 lejos de alcanzar los objetivos de cumplimiento de los ODM, la asamblea general de la ONU aprueba la Agenda para el Desarrollo con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, esperando mayores progresos con un esfuerzo político e internacional a largo plazo. En cuanto a desnutrición en el 2015, 90 millones de niños, uno de cada siete, tienen un peso por debajo del normal, ubicándose casi el 90% entre Asia meridional y África subsahariana¹¹.

En lo relativo a la República de Gambia, entró en las prioridades geográficas de la cooperación española en el III Plan Director 2009-2012, como país de atención focalizada en juventud y empleo. Actualmente no se considera un país prioritario de ayuda⁷, aunque se contribuye en programas sociales, de gobernabilidad, educación y empoderamiento de las mujeres¹². El IV Plan Director 2013-2016 mantiene como relevante la Cooperación con la Comunidad Económica de Estados de África Occidental (CEDEAO), que conforman Gambia y otros 15 países. En la Declaración de Abuja, se materializan estos acuerdos de manera principal en agricultura, desarrollo rural, seguridad alimentaria y nutrición⁵. A pesar de ello, la desnutrición sigue siendo un problema importante de salud pública en el país, donde el 60% de la población está por debajo del umbral de la pobreza¹³.

1.2.2 Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Una organización no gubernamental (ONG) es cualquier grupo no lucrativo de ciudadanos voluntarios, que está organizada a nivel local, nacional o internacional, con tareas orientadas y dirigidas por personas con un interés común. Las ONG realizan servicios y funciones sociales a través de diferentes estrategias como proyectos de desarrollo, asistencia humanitaria, sensibilización, educación y presión política. Sin importar su diversidad o clasificación, son organizaciones sociales dinámicas, críticas y creativas, que aportan soluciones reales a necesidades de la sociedad¹⁴. Aunque el término ONG es el más usado, otros aluden a la misma realidad como el de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD) que se diferencian con actividades que se inscriben en el campo de la salud, educación o cultura, entre otras¹⁵. Las ONGD tienen la habilidad de hacer hincapié en que las poblaciones más desfavorecidas tengan la oportunidad y capacidad de dejar de serlo, cambiando vidas de manera individual y orientando políticas que garanticen los derechos de las poblaciones vulnerables desde el empoderamiento y la capacidad humana^{8,9}. Actualmente hay 2000

inscritas en la AECID⁵ que se financian con las subvenciones del gobierno español y con ayudas privadas^{5,15}. Las ONG asumen la invitación de los ODM, que centran la cooperación en la creación de oportunidades para lograr el mayor impacto posible en los colectivos de exclusión, en países vulnerables y en la construcción de la ciudadanía^{7,14}. En este proceso, las necesidades dan paso a los derechos humanos, dónde el papel de las ONG es fundamental. Las transformaciones políticas y sociales pretenden cambiar el modelo económico, no como acción puntual sino con el empoderamiento de los beneficiados y concienciando a los benefactores¹⁵. El grave impacto directo de la disminución desde 2009 en más de un 60% de la cooperación sobre los más desfavorecidos implica la merma de proyectos fundamentales para alcanzar una vida digna⁸

1.2.2.1 La ONG “Nutrición Sin Fronteras”

Nutrición Sin Fronteras (NSF) es una ONG de acción humanitaria y de cooperación al desarrollo que inicia en 2005 con la finalidad de favorecer el desarrollo desde la nutrición. Está patrocinada por Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y de la Cátedra UNESCO de Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas de Salud de la ULPGC. Trabajan cinco de los ocho ODM: erradicar la pobreza extrema y el hambre, promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente^{9,16}. África Subsahariana ocupa un lugar prioritario en el Plan Estratégico de NSF por su bajo desarrollo y la escasez de servicios de salud. En la República de Gambia, el programa de asistencia a la desnutrición materno-infantil en la Región *Upper River*, de Basse y *Lower River*, de Soma en los Centros de Rehabilitación y Educación Nutricional (CREN) se centra en el tratamiento de la malnutrición según las pautas de la OMS, la United Nations Children’s Fund (UNICEF) y la National Nutritional Agency (NaNA) del país¹⁶.

1.3 CID y Universidad

La CID es un ejercicio de responsabilidad del conjunto de la sociedad. Las universidades son un espacio idóneo para la investigación, el conocimiento y la sensibilización de la problemática que condiciona el desarrollo de los seres humanos^{6,17}. En el proceso de concienciación, reivindican su papel en el artículo 92 de la Ley Orgánica 4/2007 de Universidades, que invita a fomentar la participación universitaria en proyectos de CID y solidaridad¹⁷. El compromiso se ratifica en 2006 con el código de conducta en materia de CID de la Comisión de Cooperación al Desarrollo del Comité Español Universitario de Relaciones

Internacionales (CEURI) adscrito a la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE), que acoge la ULPGC en el 2008. Desdeñando las acciones en cooperación como meras políticas de relaciones internacionales con la intención de favorecer el desarrollo humano, la verdadera importancia que tiene la Universidad respecto a la CID es por ser la encargada de formar profesionales del futuro que puedan actuar de forma ética y responsable independientemente de su profesión y dónde ejerzan su labor¹⁷.

2. EL PROYECTO DE COOPERACIÓN

El Centro Universitario de Cooperación Internacional para el Desarrollo (CUCID) nace en 2006 en el seno de la ULPGC. Trabaja en el ámbito de la cooperación internacional, fomentando y poniendo en marcha actividades de fortalecimiento institucional, formación, educación y sensibilización para el desarrollo, investigación aplicada, asistencia técnica y ejecutando proyectos de cooperación en diversos países de África, Asia y de América Latina. Ha participado en más de 162 proyectos en 37 países y en el programa de voluntariado internacional, han desplazado unos 200 voluntarios estudiantes de la ULPGC¹. Es a través de la convocatoria 2016 de este programa que he podido realizar una estancia en Gambia. El trámite para desarrollar el proyecto requirió el contacto con la ONG NSF. El proyecto de participación fue presentado para el CREN de Basse (*Upper River Region*), resultando aprobado para la modalidad A, corta estancia de entre 1 y 3 meses. La estancia fue desarrollada en 35 días².

3. OBJETIVOS

Con este trabajo se pretende conseguir los siguientes objetivos:

Objetivo general

Reflexionar sobre la experiencia de aprendizaje a través de la acción en el proyecto de voluntariado y cooperación desarrollado en el CREN de la Región de Basse (Gambia) entre el 13 de agosto y el 16 de septiembre de 2017.

Objetivos específicos

1. Describir los contextos donde se desarrolla la acción del proyecto de voluntariado en Basse (Gambia).
2. Analizar los recursos humanos implicados en el CREN de Basse en Gambia.

3. Poner en práctica y relatar una relación terapéutica desarrollada con un/los usuarios del CREN de Basse (Gambia).
4. Valorar las necesidades y recursos de los usuarios del CREN de Basse (Gambia),
5. Decidir y ejecutar las actuaciones identificadas como prioritarias, tanto del CREN como de/con los usuarios durante la estancia de voluntariado.
6. Evaluar los resultados de la acción desarrollada en el CREN.
7. Reflexionar sobre la toma de decisiones en la práctica asistencial y los resultados obtenidos durante el proyecto de voluntariado en el CREN de Basse (Gambia).

II. METODOLOGÍA

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo narrativo, centrado en la práctica reflexiva de una situación de aprendizaje a través de la acción. Se parte del método de proyectos aplicado a la cooperación, con la intención de estudiar la realidad local y la ejecución de este proyecto de Cooperación en Basse (Gambia); para ello, se han utilizado como elementos básicos, la observación y el diario de campo, fundamentales para conocer las necesidades y problemas, el contexto y a las personas implicadas. Una investigación cualitativa que se ajusta a los intereses perseguidos de recoger el aprendizaje de la experiencia y los conocimientos a partir de la realidad vivida en Gambia, y pretende estudiar el contexto a través de su interpretación, “utilizando las reflexiones de los investigadores sobre su investigación como parte de la producción del conocimiento”¹⁸. La reflexividad o proceso de pensar tras el acontecimiento, distanciados de la acción concreta, se aplica a la práctica profesional como un ejercicio de comprensión a través del cual se toma conciencia para transformar el modo de operar¹⁹. Reflexionar en la acción es aprender a hacer y a tener habilidades como el razonamiento lógico y emocional, la subjetividad y la toma de decisiones continua, orientando a la crítica desde las situaciones vividas¹⁸. Esto es posible gracias a que el principio metodológico del aprendizaje a través de la acción permite desarrollar conocimientos, capacidades y habilidades con las que se aprende a planificar, realizar y controlar de forma autónoma la tarea de aprendizaje-trabajo. Una de las estrategias que incluye es el método de proyectos, dónde se trabaja con la cooperación como principio fundamental desde un conjunto entre el docente y el alumno. El método de proyectos combina simultáneamente contenidos teóricos y prácticos²⁰.

El instrumento que facilita la reflexión de la propia práctica asistencial es el diario de campo elaborado durante toda la experiencia de cooperación. Es un texto donde se registra los acontecimientos que trascurren en el día a día y que resultan significativos. En este caso se combinan el cuaderno de campo, donde se registran las observaciones estructuradas, y por otro lado, el diario personal con anotaciones de observaciones y experiencias subjetivas. El diario de campo como elemento de análisis, muestra el proceso reflexivo centrándose en dos funciones: una función informativa, en relación a la práctica profesional; y una función reflexiva, aportando conocimiento sobre cómo y cuál es el propio aprendizaje¹⁹. En las anotaciones predomina la función reflexiva, con comentarios y opiniones, juicios valorativos, hipótesis, emociones y cuestiones y dudas sobre las situaciones relacionadas¹⁸⁻²⁰.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El CREN de Basse atiende al grupo de la población materno-infantil menores de 5 años. Esta región forma parte del Distrito de Salud del *Upper River*, que comprende los pueblos desde *Falladu East* hasta la frontera interior con Senegal; un área con un total de 79 comunidades, dónde la población en 2016 fue de 49,990 habitantes, siendo el 20% menores de 5 años²¹. La muestra atendida comprendió unos 30 niños (aproximadamente) con predominio de niñas entre 1 mes y 3 años, siendo la edad más frecuente entre los 12 y 24 meses. La característica principal de los niños atendidos era presentar desnutrición moderada (MAM) o desnutrición aguda severa (SAM). Con mayor frecuencia accedieron al centro acompañados por sus madres, aunque en ocasiones otras figuras femeninas de la familia asumen el rol. Los ingresos en el CREN fueron por derivación desde el hospital cuando mejoró la situación aguda, derivación de los enfermeros comunitarios de los poblados, captación de casos en los cribados metabólicos, y en mayor medida, acudían al centro por su propia iniciativa.

3. RECURSOS PROFESIONALES

Para atender a toda la población del distrito, se contaba con los siguientes recursos:

- **Profesionales sanitarios:** 7 enfermeras registradas y 10 ayudantes; 2 matronas y 10 ayudantes y 15 agentes de salud informales²¹.
- **Voluntarios:** El voluntariado se considera fundamental para intentar asegurar la asistencia en un área dónde los recursos escasean y no cuentan con facultativo médico fijo. Desempeñar asistencia y actividades de empoderamiento mueven a los voluntarios como yo a implicarse en las acciones con y por las personas que más lo necesitan. El papel de la enfermería en los países en desarrollo es fundamental, ya que en muchas ocasiones no

dispone de médicos para realizar una asistencia primaria y/o prioritaria por las distancias. A razón de esto, diversas organizaciones como la Brigada Médica Cubana organiza asistencia gratuita. Cuba tiene un papel importante en el sistema de salud gambiano, ya que se abrió la Escuela de Medicina y Ciencias Afines de la Salud en la Universidad de Gambia con profesores cubanos.

– **Profesionales del centro:** En el CREN trabajan dos tipos de enfermeros: 3 enfermeros comunitarios (CHN) y 2 agentes de salud de la comunidad (CNA), que realizan las mismas funciones a pesar de no tener la misma formación. Son responsables de su turno, sea de mañana de 7-15 hs, tarde de 15-21hs o noche de 21-7 hs, que realizan de forma rotativa todos los días de la semana. El director del centro, CHN, reside en el CREN y aunque se encarga de tareas administrativas, también realiza turnos de ser necesario. También hay una cocinera, dos limpiadoras, dos vigilantes uno de diurno y otro nocturno, un conductor y personal de mantenimiento.

4. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Se utilizaron distintos instrumentos de valoración, que en conjunto permitían disponer de una forma aproximada de datos sobre el estado general del niño.

4.1 Valoración de desnutrición: Peso, talla, circunferencia del brazo, control de temperatura, frecuencia cardíaca y presencia de edemas

Se mide la talla al niño con un metro y se pesa desnudo en una báscula manual para bebés. Los datos obtenidos se cotejan con la tabla *Weight for Height (WFH)* de la OMS 2006. El valor del WFH Z score se utiliza para establecer el riesgo de desnutrición según los estándares de crecimiento, (ver tabla 1); relaciona peso y talla independientemente de la edad. Es muy útil para detectar precozmente la malnutrición aguda ya que establece escala de desviaciones estándar del 3 a -3, indicando las negativas desnutrición^{22,23}.

Además, se mide el *Middle upper arm circumference (MUAC)* que corresponde a la circunferencia del brazo. Si mide <115mm, zona roja, corresponde a desnutrición aguda severa; <125mm, zona naranja, desnutrición aguda; y <132mm, zona de color amarillo, desnutrición moderada. El MUAC actualmente no está recomendado para su uso entre los niños de edad inferior a 6 meses debido a la falta de datos sobre su fiabilidad en la medición en la práctica y valor predictivo para la muerte, sin embargo, en medios rurales se utiliza^{22,23}. Se controla la *temperatura* con un termómetro digital y la *frecuencia cardíaca*, al ingreso y dos veces al día, como medida preventiva de hipotermia. Como complemento se realiza un

examen del *estado neurológico* con la respuesta a estímulos. La valoración del *edema en miembros inferiores* indica malnutrición grave de ser simétrico; requiriendo ingreso si afecta como mínimo a los pies²³. Los criterios de valoración, seguimiento e ingreso del niño se detallan en la Tabla 1.

4.2 Otros datos a valorar

Se realiza la anamnesis general, exploración del niño y recopilación de antecedentes personales (enfermedades, peso al nacer, estado de vacunación) durante la entrevista; se recogen datos del nacimiento, lactancia materna y duración, meses de la alimentación complementaria y alimentos que toma; hospitalizaciones previas, episodios de fiebre, vómitos o diarrea. Se completa la historia clínica con los datos de filiación de la familia, lugar de nacimiento, número de parientes en la unidad familiar, ingresos y recursos con los que cuentan (agua potable, tipo de casa, condiciones de higiene).

WFH		
Desnutrición leve	$z < -1$ y ≥ -2	El niño lleva seguimiento con la enfermera comunitaria de su poblado y se le dan suplementos, siguiente valoración mensual durante 3 meses.
MAM	$z < 2$ ≥ -3	Valor en la columna naranja (-2), o roja (-3) se traslada al centro, valorando gravedad para ingreso hospitalario.
SAM	$z < -3$	
MUAC		
Desnutrición aguda severa (SAM)	<115mm (Rojo)	Ingreso
Desnutrición moderada aguda (MAM)	<125mm* (Naranja)	Ingreso si presenta WFH de -2
Riesgo desnutrición grave	< 132mm (Amarillo)	No ingreso

Tabla 1. Fuente: Tabla de elaboración propia

III. RESULTADOS

1. LA EXPERIENCIA PERSONAL

Basse Santa Su, a 347 km desde la capital, se encuentra a unas 8 horas en coche. A la llegada al CREN me acompañaban la coordinadora de proyectos de NSF y dos jóvenes nutricionistas, con las que compartía 3 días de estancia. En primer lugar, visitamos el *Basse Major Distric Health Center*, donde nos explicaron el sistema de salud gambiano y nos registramos como trabajadores de salud. Este centro asistencial y administrativo ejerce de nexo con el Ministerio de Sanidad, que se encarga de sufragar algunos gastos y parte de la manutención repartiendo sacos de arroz para su uso en centros. Encontrándonos ante uno de los problemas primordiales del país, como es el hambre, consultamos a cerca de la formación específica en nutrición, de la necesidad de especialistas nutricionistas médicos o enfermeras y de la importancia que ellos daban a estas figuras. A pesar de la barrera idiomática, ya que la mayoría hablaba mandinga, conseguimos hacernos entender tanto el uso del lenguaje no verbal con mímicas y

gestos, como con la ayuda del personal del lugar. Ya en el centro, la primera impresión que uno recibe es impactante, al comprobar las condiciones y recursos de las instalaciones en contraste con el estado de gravedad de los niños hospitalizados. La ayuda de una madre que hablaba inglés permitió profundizar un poco más en el conocimiento de sus respectivos contextos familiares, aunque ellas estaban sobre todo interesadas en la ropa, cámara de fotos, en el pelo, entre otros. Al inicio, muchos niños lloraban al vernos; poco a poco, todos fuimos acostumbrándonos, haciendo de los días una rutina donde no se distinguían los martes de los domingos. Con una dedicación de 9 horas diarias de lunes a sábado, el principio era fundamentalmente el de ayudar en todas las áreas que fuera necesario, tanto asistencial como administrativa durante los 35 días, llegando a realizar yo sola turnos de mañana o de tarde debido a la ausencia de personal. La mayor dificultad con la que me encontré fue el idioma, gracias a las madres que hablaban algo de inglés y los esfuerzos para confeccionar “diccionario” con expresiones útiles, conseguimos niveles de comunicación satisfactorios canalizados siempre con muchas risas en las que todos participábamos, haciendo la experiencia más llevadera. Gracias a ello pude comunicarme para hacer los seguimientos, preguntar cuánto habían comido los niños y como se encontraban, y en general entablar conversación. La reciprocidad de la relación establecida propició que fuera una experiencia de descubrimiento y crecimiento tanto de las madres como propio. Me integraron en el grupo haciéndome participe de sus costumbres y me demostraron su aceptación otorgándome un nombre (*Amin*) de gran estima para ellos y mucho más fácil de pronunciar que el mío. La experiencia permitió sentirme útil desarrollando mis capacidades personales y profesionales en un contexto diferente al mío. Las tardes de charla en la *Bantaba* me permitieron conocer de primera mano las dificultades que vivían. Los recursos económicos son muy limitados, sobre todo en las zonas rurales. También se llevaron a cabo actividades gestoras, como la organización y limpieza profunda de la enfermería, clasificación de las historias y un método de archivo por orden alfabético más organizado y accesible, con el que se podían controlar fácilmente a los niños cuando vuelven a ingresar, para tomar medidas de subsanación.

2. EL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

El país se organiza alrededor del río que lo atraviesa de este a oeste dividiéndolo y organizando las 5 regiones. El clima tropical se caracteriza por la estación de lluvias, de junio a octubre, y la estación seca, de noviembre a mayo. Los restos vestigiales de haber sido colonia y centro de distribución de esclavos están aún marcados en la población, siendo un tema tabú. La religión musulmana es la que predomina con un 90% sunní, sin embargo,

dentro de los países islámicos no son muy estrictos con algunos aspectos como el consumo de alcohol. La pobreza es palpable en el modo de vida de las familias, dónde el hacinamiento, falta de agua corriente y luz es lo más frecuente; situación que empeora en los medios rurales. El salario medio mensual roza los 50€, una precariedad a la que se añade el elevado precio de productos básicos como la leche o el pan. Muchas son las familias que viven de la agricultura de subsistencia o del dinero que envían sus hijos trabajadores. En estas condiciones, las familias se ven en la disyuntiva de solo poder hacerse cargo de los gastos escolares de un solo hijo, lo que exige uniforme y libros. Depositán sus esperanzas en ese hijo como una inversión de futuro, que luego se encargue de mantener a la familia. Las familias se distribuyen en *compounds*, unidad de viviendas donde conviven miembros de la misma familia en torno la genealogía masculina, dónde el marido y la primera esposa encabezan la jerarquía. En la sociedad gambiana, el objetivo del matrimonio es tener hijos, que se encarguen de trabajar y traer dinero a casa, si son hombres; y de las tareas domésticas, el campo y cuidar a los ancianos, si son mujeres. La maternidad, concebida como algo natural que no se planifica, se lleva a cabo para establecer un status satisfaciendo al marido, por lo que la infertilidad es razón de divorcio y repudio. A parte de la división del trabajo, la presencia de co-esposas aporta más tiempo para el puerperio, lactancia y cuidado de los niños, factores decisivos en la desnutrición. Esta precaria economía familiar, tiene consecuencias en la salud de sus miembros, ya que los medicamentos no están subvencionados. Los recursos sanitarios son escasos e insuficientes, haciéndose necesaria la participación de ONG para mejorar al acceso a ellos y dar atención especializada, sobre todo en nutrición. El voluntariado es fundamental cuando los recursos humanos no son suficientes para garantizar la cobertura.

En relación con las dinámicas en los centros de atención, lo habitual es que los niños estén acompañados por sus madres, abuelas u otras familiares, que permanecen durante el tiempo de hospitalización. El CREN provee de acomodación y comidas para las madres en colecho con los niños, a veces incluso compartiendo con varios hijos.

3. LA NUTRICIÓN EN GAMBIA

La dieta gambiana se basada en cereales y hortalizas, detectándose una carencia en proteínas. Se trata de una transición hacia un modelo más occidental con aumento de edulcorantes y grasas. Las dietas están basadas en la comida tradicional básica, como *domoda* (estofado de pollo con salsa de cacahuets) o *benachin* (pollo con verduras), platos con base de arroz, y pan. Los niños con desnutrición son tratados con fórmulas alimentarias que se abordarán más adelante. La desnutrición, acrecentada por las desventajas socioculturales, es el mayor

problema de la población, especialmente entre los menores de 5 años; los más afectados por políticas de salud y nutrición insuficientes. Además, no es fácil conseguir terrenos donde plantar para autoconsumo, por ello muchos proyectos incluyen huertos comunitarios. En su mayoría plantan arroz durante la estación de lluvias, quedando abandonado en la estación seca por la dificultad de transportar agua. Poco a poco, se están introduciendo otros cultivos, como tomates y verduras de hoja verde durante la estación seca. Por otro lado, en las zonas costeras se realizan grandes capturas de pescado que se seca y sazona para su transporte hacia el interior. Las dificultades para obtener alimentos eran evidentes en la mayoría de los casos.

4. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En Gambia existen diferentes tipos de enfermeras (ver tabla 2):

TIPO	TIEMPO/LUGAR DE ESTUDIO	FUNCIONES Y ACTIVIDADES
Community Health Nurse (CHN)	2 años en escuela de Enfermería Comunitaria	Se encargan fundamentalmente de la comunidad, con funciones de atención primaria. Hacen revisiones y derivan los casos graves al hospital. En definitiva, ejercen de soporte a las comunidades con asistencia básica.
State Enrolled Nurses (SEN)	2 años en escuela de enfermería del hospital	Trabajan en los pabellones de pacientes, reparten medicación, ayudan con las actividades básicas de la vida diaria. Hacen las tareas de las auxiliares de enfermería en España, pero pueden llegar a tener más responsabilidad.
State Registered Nurses (SRN)	3 años en la escuela de enfermería de Banjul (en el complejo del Ministerio de Sanidad)	Tienen mayor estatus y responsabilidad. En funciones son las que más se acercan a las desarrolladas en España: además de realizar tareas de SEN, aplican técnicas como sondajes, toman decisiones organizativas y son las responsables de los pabellones y supervisoras del hospital. Junto con las SEN, estudian en régimen interno con clases durante por la mañana combinadas con prácticas en los hospitales por la tarde.
Community Nurse Attendance (CNA)	Cursos en los Centros de Salud del Distrito.	Son agentes informales de salud, voluntarios con disposición y ganas de ayudar. Comparten en sus poblados conocimientos sobre salud pública, higiene, alimentación, malaria o desnutrición, entre otros.

Tabla 2. Tipos de enfermería. Fuente: Elaboración propia

Los tres niveles de enfermeras pueden prescribir medicamentos; aunque no disponen de recetas, los pacientes pueden adquirir la mayor parte de los fármacos en las farmacias con un papel en el que la enfermera haya anotado el medicamento y la posología.

5. INTERVENCIONES ENFERMERAS DESARROLLADAS EN GAMBIA

El contacto con los usuarios no resultó fácil en un entorno tan diferente al habitual; el tipo de relación queda marcado por la convivencia de las distintas etnias, costumbres y la religión. Los sesgos culturales se dan tanto en hombres como en mujeres, por ejemplo, los problemas de la sexualidad se consideran propio de cada sexo. Abordar ciertos temas que puedan parecer inocuos, para ellos es vivido como un atentado contra su intimidad. La alta natalidad sin

planificación contrasta con el conocimiento de métodos anticonceptivos, aunque la mayoría no los ha usado nunca. El ambiente creado con las madres en las sesiones de participación fomentaba que preguntaran sus dudas acerca de cuestiones sobre embarazo, parto, sexualidad o enfermedades, quedando al descubierto el desconocimiento en educación sexual y sanitaria, así como el tabú presente al abordar estos temas.

Las dinámicas de funcionamiento de los pabellones de hospitalización determinaron las acciones e intervenciones enfermeras que pude aplicar durante los 35 días que duró mi estancia en el CREN de Basse. Los dos pabellones diáfanos estaban equipados con 10 camas individuales y mosquiteras colgantes. En general el estado de salubridad es deficiente, con letrinas descubiertas y acceso al agua potable limitado al llenado de bidones. Escasas condiciones de higiene alimentaria en cuando a limpieza y almacenamiento, insectos en los alimentos y alrededores. Cocina tradicional de leña. Acceso restringido a la electricidad. Altas temperaturas y abundantes lluvias, con riesgo alto de malaria. Hacinamiento y riesgo de patologías de contagio rápido, como respiratorias o digestivas. Se observan alteradas principalmente la alimentación, la higiene y la vestimenta. La enfermería carece de instrumental, orden y limpieza. La farmacia posee un stock desordenado y, además, no utilizan la mayoría de los medicamentos donados en diferentes idiomas, por no saber para qué sirven.

Las intervenciones enfermeras desarrolladas se describen a efectos académicos organizadas atendiendo a la valoración de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson (NB). Este modelo de la enfermería humanística centrada en la persona, le da un papel activo en su proceso de salud, mientras que la enfermera realiza en suplencia o ayuda las acciones que la persona no puede, en rol independiente o con colaboración multidisciplinar, persiguiendo la independencia. Las NB se consideran indispensables para mantener la integridad de las personas²⁴. En la tabla 3 se recogen las necesidades de salud más afectadas.

Problemas e intervenciones	Recursos disponibles
NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE	
La influyen factores como desnutrición y deshidratación, presente en los niños del CREN. Además, está aumentada la susceptibilidad de enfermedades respiratorias muchos presentaban tos y mocos, así como algunos casos de neumonía.	– No se dispone de material para oxigenoterapia
NECESIDAD 2: COMER Y BEBER ADECUADAMENTE	
Fórmulas alimenticias para desnutrición: – La alimentación de los niños se centra en la ganancia del peso suficiente para recuperar su estado de salud.	En el CREN se administran dos tipos de fórmula: – F-75 (75 kcal o 315 kJ/100ml) se utiliza durante la fase inicial del tratamiento, y la F-100 (100 kcal o 420 kJ/100 ml) se aplica después de que se ha recuperado el apetito, durante la rehabilitación.

<ul style="list-style-type: none"> - La fórmula suministrada viene en sobres de polvo para preparar en 1 litro de agua previamente hervida. Se administra fórmula de nutrición cada 4 horas (8, 12, 16, 20, 24 y 4 hs), compuestas de leche desnatada en polvo, azúcar, cereal, aceite, minerales y vitaminas. - Hay que recalcular las pérdidas en vómitos y diarreas y reducir cantidad a administrar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para aumentar el volumen ofrecido se ha de esperar dos días. A menores de 6 meses se les administra F-75 diluida al 50% con agua. - La alimentación de los niños se suplementa mañana y noche después de la fórmula con una papilla de cereales (<i>Paps</i>).
<ul style="list-style-type: none"> - Después de cada comida se registra tipo de alimento, las cantidades ofrecidas y consumidas. - El apetito de los niños desnutridos está muy disminuido, hay que darles poco a poco. - A los niños débiles se les alimenta con jeringa. Se recomienda dar con la cuchara ya que disminuye el riesgo de infección por biberones. - Fomento de lactancia materna a demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las madres y trabajadores consumen la misma comida. Para desayunar un tercio de pan con mantequilla y té con azúcar. - La comida preparada al mediodía se guarda para cenar, consiste en un plato típico a base de arroz. - Al alta, deben presentarse mensualmente durante 3 meses para seguimiento. Se les aportan suplementos <i>PlumpyNuts</i>, un preparado alimenticio de cacahuete.
<p>Administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con frecuencia requieren antibióticos para controlar los vómitos, diarreas y fiebres, además de utilizar como antitérmico paracetamol. - Puede haber signos ocultos de infección que junto al riesgo por defensas bajas predisponen a las infecciones. - Las medicinas proporcionadas se anotan en la ficha de los niños con las fechas de duración del tratamiento y cantidad prescrita por el enfermero. 	<ul style="list-style-type: none"> - En la farmacia disponen de vitamina A y complejos vitamínicos de C, D, B12 y calcio que se administraban a algunos niños. - El Gobierno no reembolsa ni provee de ayudas para las medicinas, sólo cubre las que se administran en el hospital siempre y cuando haya stock. - Se dispone de Cotrimoxazol como antibiótico de elección. - Para el CREN el gobierno dona medicamentos como Paracetamol en jarabe y vitamina A.
<p>Tratamiento de la deshidratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se administra ReSoMAL, una fórmula de electrolitos con menos sodios y más potasio que la solución convencional recomendada por la OMS, ya que los niños muy malnutridos carecen de potasio y presentan niveles elevados de sodio. - Se debe interrumpir la administración si se produce un edema. 	<p>El centro suministra ReSoMAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante las 12 primeras horas se deben administrar 5 ml/kg cada 30 minutos poco a poco con una cuchara y luego doblar la cantidad cada hora, examinando el progreso del niño. - Para la rehidratación basta con unos 70-100 ml/kg
<p>Colocación de sondaje nasogástrico (SNG):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando los niños se niegan a tomar la fórmula o tenían muchos vómitos y diarreas el enfermero del turno realiza el sondaje y por la SNG se administraba la fórmula. - El tamaño de la sonda no se medía previamente, por lo que se controla que estuviera en el lugar adecuado mediante la auscultación. - Se administra con una jeringa de 50cc la cantidad de fórmula prefijada, sin comprobar antes la cantidad de contenido gástrico y se administra 50cc de agua en cada toma. 	<ul style="list-style-type: none"> - El centro solo dispone de un número de SNG adecuado para bebés que se usa indistintamente la edad del niño. - El procedimiento se realiza en la mesa de la enfermería con el niño de cúbito supino y sin lubricar la sonda, ya que no disponen de lubricantes. - La fijación de la sonda se realiza con un esparadrapo a lo largo de la mejilla.
NECESIDAD 3: ELIMINAR LOS DESECHOS Y SECRECIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - Los niños no usan pañales. - Los bebés suelen estar desnudos, tapados por una manta o un pañal de tela. Los mayores utilizan ropa occidental. - El sudor es un foco de pérdidas insensibles debido a las altas temperaturas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las madres disponen de letrinas descubiertas. Para los trabajadores hay inodoros, que las madres no utilizan. - No usan papel higiénico, sino la mano izquierda para lavarse después de hacer sus necesidades.
NECESIDAD 4: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	
<ul style="list-style-type: none"> - El deterioro de los más desnutridos les impide jugar e incluso mantener la cabeza erguida. - En algunas ocasiones, las madres no se encontraban en el CREN para la alimentación o la toma medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tienen libertad de moverse incluso, de salir al exterior del centro y al pueblo.

NECESIDAD 5: DORMIR Y DESCANSAR	
<ul style="list-style-type: none"> – Las madres duermen en colecho con los niños, incluso cuando son varios hijos. – Los horarios son flexibles para el descanso tanto de los niños como de las madres. 	<ul style="list-style-type: none"> – Los pabellones disponen de un colchón individual con una mosquitera. – La luz se apaga automáticamente a las 23 horas.
NECESIDAD 8: MANTENER LA HIGIENE PERSONAL	
<ul style="list-style-type: none"> – Cada vez que se produce la hora del rezo, unas 6 al día, tienen que asearse antes. – Las madres se bañan con cubos. Se encargan de la higiene de los niños, bañándolos una vez al día o a su criterio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disponen de fuentes con llave de agua en las que se lavan. – No disponen de jabón. Es fundamental la limpieza de manos cuando se come con ellas, específicamente con la derecha.
NECESIDAD 9: EVITAR LOS PELIGROS	
<p>Valoración del estado general y controles de seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Todos los días a las 6, 13 y 17 horas se realizan control de peso, temperatura y toma de mediciones antropométricas, quedando registrada en la ficha del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> – Con frecuencia, las madres que ya han estado o conocen la existencia del CREN acuden con los niños cuando observan pérdida de peso, vómitos o diarreas persistentes.
NECESIDAD 10: COMUNICARSE	
<ul style="list-style-type: none"> – El inglés es de uso minoritario por lo que las madres de los núcleos rurales que no han asistido al colegio no lo hablan. 	<ul style="list-style-type: none"> – Los trabajadores del centro hablaban <i>mandinga</i> y otra lengua vernácula por lo que mediaban.
NECESIDAD 11: CREENCIAS Y VALORES	
<ul style="list-style-type: none"> – En la concepción de familia, la religión y la poligamia incitan a un modelo de familia numerosa. 	<ul style="list-style-type: none"> – El CREN dispone de una zona de rezo. – Los maridos y familiares pueden visitar el centro cuando quieran.
NECESIDAD 12: OCUPARSE PARA REALIZARSE	
<ul style="list-style-type: none"> – Las madres participan ayudando a preparar la comida, cortando las verduras o lavando el arroz. – Para muchas supone un respiro del hogar, las tareas, los maridos controladores, para relacionarse fuera del <i>compound</i> y ocuparse de sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> – La mayoría de las madres expresa deseos de trabajar fuera de casa y administrar su dinero.
NECESIDAD 13: RECREARSE	
<ul style="list-style-type: none"> – Por la tarde las madres suelen cantar y bailar, trenzarse el pelo y hablar. – Los niños carecen de juguetes o dinámicas para ellos, por lo que las actividades tenían muy buena acogida. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se dispone de electricidad limitada. Pueden enchufar radios y móviles. – El CREN tiene una TV que en ocasiones se saca por la noche. – Para los niños hay dos balancines y un pequeño tobogán de plástico, que al estar al sol resultan impracticables.
NECESIDAD 14: APRENDER	
<ul style="list-style-type: none"> – Las madres se mostraron receptivas, participativas y cómodas para hacer preguntas. También solicitaron información sobre el embarazo, parto y la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se llevaron a cabo charlas de fomento de lactancia materna, además de la resolución de dudas. – Una enfermera hacía de traductora, lo que hizo que se sintieran más cómodas.
<ul style="list-style-type: none"> – El personal estaba interesado en tareas organizativas de la enfermería y farmacia. – Solicitaron formación sobre el material y medicamentos de la farmacia en distintos idiomas – Se desecharon dos cajas de medicamentos caducados. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se llevó a cabo una sesión sobre medicamentos del stock de la farmacia, traduciendo prospectos, indicación y posología. – Se repartieron complejos vitamínicos para madres lactantes y ácido fólico para embarazos que no estaban siendo utilizados.

Tabla 3. Problemas identificados, intervenciones desarrolladas y recursos disponibles. Tabla elaboración propia

IV. DISCUSIÓN

En relación con el contexto donde se desarrolla la acción del proyecto de voluntariado en Basse, la realidad de la experiencia vivida y el contexto descrito es acorde a la información que aporta la bibliografía. Situada en la costa de África Occidental, la República de Gambia se extiende 11295 km² hacia el interior limitando por Norte, Sur y Este con la República de Senegal¹². Las fronteras actuales datan de 1889 dónde un acuerdo entre Reino Unido (RU) y Francia concedía 200km y la Riviera a RU. Gambia es un país extremadamente pobre que subsiste de la agricultura de autoconsumo y el turismo^{25,26}. Queda reflejado en el nivel de vida de su población: el Índice de Desarrollo humano (IDH) fue en 2014 de 0,441, situándolo en último país participante del ranking y el PIB per cápita, considerado indicador de vida en 2015 era de 425€²⁵. Los 1,9 millones de personas que conforman su población²⁵, con una densidad de población¹³ de 128 personas/km², son en un 99% de raza negra. La tribu *Mandingo* es la más grande (40%), seguida por las *tribus Fulanis, Wolofs, Diolas y Seraculeh*, manteniendo las tradiciones con mínima fricción¹². Aunque el idioma oficial es el inglés, su uso es minoritario, pero permite entablar conversación con hombres, niños y jóvenes, mientras que excluye a la mayoría de mujeres de mediana edad y personas mayores²⁶, lo que se demuestra en la realidad, ya que solo tres madres hablaban inglés. Es un estado laico, dónde el 90% de la población es musulmana, sin embargo, el porcentaje de los que se declaran practicantes es bajo¹², sobre todo entre los más jóvenes. En el CREN no rezaban todas las madres aun disponiendo de tiempo y lugar para ello. El 9% son cristianos mientras que el 1% restante practica credos tradicionales¹². Por otro lado, el analfabetismo del 50% de la población contribuye a generar el ciclo de desventajas sociales de la desnutrición. La tasa de mortalidad es de es del 8,73‰ con una esperanza de 53 años^{13,25}.

Según la encuesta PF KAP del año 2000, la mayoría de las mujeres entre 15 y 19 años ya se habían casado, siendo mayor la media en las zonas rurales. La poligamia afecta a casi la mitad de las mujeres casadas²⁷. En una sociedad que construye la familia en torno al marido, las obligaciones de las mujeres con el matrimonio y la familia marcan la sociedad. La alta tasa de fecundidad y el promedio de 5,20 hijos por mujer ha dado lugar a una estructura de población muy joven, donde casi el 44% de la población es menor de 15 años y el 19% entre las edades de 15 a 24; siendo la tasa bruta de natalidad es de 46‰ habitantes¹³. Estos datos se corresponden con una población dónde la maternidad no se controla y se utiliza como una manera de ganar aprecio con el marido y la familia²⁷. Ante esto, el 60% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza, siendo la desnutrición el problema de salud pública más importante del país¹³, lo que coincide con el IDH y el PIB²⁵. En 2014, el 17,4% de los niños

menores de 5 años se encontraba por debajo de su peso y el 23,4% presentaban retraso del crecimiento, teniendo proporción mayor en núcleos rurales, con ingresos bajos y cuyas madres tienen un nivel educativo bajo. En cuanto a la región de Basse, los niños con SAM forman el 5%²¹. La tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años (2012) se situaba en 73/1000 nacidos vivos frente a 5/1000 en España²⁸.

En cuanto al sistema de salud, es público, siendo el gobierno el principal proveedor de los servicios de salud. La asistencia sanitaria se basa en la estrategia de atención primaria organizada en tres niveles: 492 consultorios de nivel primario, 38 centros de salud de nivel secundario y 6 hospitales de nivel terciario; con una densidad de médicos por 1000 personas de 0.107 y 0.865 de enfermeras en 2008. La cooperación ayuda a la sustentación y el acceso al sistema sanitario de toda la población con 34 clínicas entre ONG y privadas. Sin embargo, el cuidado de la salud también se da desde la medicina tradicional con marabús y curanderos, sobre todo en personas mayores y núcleos rurales²⁹. Las grandes distancias para acceder a los servicios sanitarios, lleva a los pacientes a recurrir a la medicina tradicional o directamente a no atender los problemas de salud, lo que dirige a plantear que el acceso a los servicios sanitarios se ve marcado tanto por el nivel socioeconómico y cultural de la población, como por la disponibilidad de recursos y profesionales sanitarios^{26,29}. Además, las acciones están centradas en las enfermedades infecciosas, malaria, VIH o desnutrición; en definitiva, enfermedades de carácter agudo, por lo que el abordaje de patologías crónicas como la diabetes o HTA, quedan relegadas a un segundo plano o son inexistentes²⁶, aspectos que se han podido confirmar durante el trabajo de campo.

Respecto a los recursos humanos implicados en el CREN de Basse, los diferentes profesionales de enfermería se forman en áreas y funciones específicas, de manera que se pueda llegar a la mayor parte de la población. Aunque pueda parecer una ventaja, tiene la desventaja de que predominan los CHN y CNA, y realizan procedimientos no acordes a su formación, lo que merma la calidad y la seguridad del procedimiento²¹. Es fundamental la enfermería para acceder a la atención primaria, además de la formación básica, los profesionales requieren tener conocimientos de actuaciones de urgencia, para suplir en la mayoría de situaciones a un médico hasta su llegada, en caso de que asista. Los alarmantes índices de densidad poblacional reflejan la situación de un país donde los escasos profesionales cualificados no pueden permitirse un descanso por la sobrecarga de trabajo^{21,29}. El voluntariado se hace necesario cuando los recursos humanos no son suficientes para

garantizar la cobertura, incluso en centros como el CREN donde los salarios corren a cuenta de la ONG²⁹.

La relación desarrollada con los usuarios del CREN ha resultado satisfactoria. La principal dificultad ha sido el idioma, aunque se ha suplido de manera eficaz. Los valores culturales y la poligamia afectan a las familias, dónde los matrimonios son concertados a prontas edades para las mujeres. Por otro lado, los sesgos culturales influyen en tratar ciertos temas cotidianos como puede ser el matrimonio, maternidad, percepción de salud, del cuerpo y enfermedades tiene un rol diferente que no se expresa abiertamente. Y aún menos sobre sexualidad, identidad de género, derechos reproductivos, violencia hacia la mujer, salud sexual de los adolescentes, desigualdad socioeconómica y política. En la práctica existe una mayor permisión en cuanto a sanitarias no locales, no siendo igual a la inversa. Se demostró durante las charlas formativas dónde las madres se encontraron más participativas y abiertas cuando la que traducía era una enfermera²⁷. La natalidad está disparada y la planificación es escasa, lo que se traduce en menor calidad de vida y oportunidades para todos^{13,27}. Las mujeres asocian el espaciamiento de los hijos con una mayor salud, pero la maternidad influye en las mujeres gambianas, tanto en el matrimonio, la poligamia y la religión islámica, así como en sus decisiones y acciones. Esta situación se corrobora con testimonios de mujeres que ponen como objetivo cuidar mejor a su marido o darle más hijos para ganar aprecio²⁷. Es común haber perdido algún hijo; la actitud de afrontamiento, difiere entre las que se consuelan en cuidar a los otros hijos y las que no quieren repetir los mismos errores. Los esfuerzos titánicos de las madres muchas veces no son suficientes para sacar los hijos adelante, conscientes de sus limitaciones te invitan a que te lleves a los bebés a España para una mejor vida y educación. Para una madre debe ser una decisión muy dura, lo que dirige a reflexionar sobre si la actitud de desidia es tomada como una forma de afrontamiento de la realidad.

En relación con las necesidades y recursos de los usuarios del CREN, decir que la dieta gambiana basada en cereales principalmente arroz y mijo, y en menor medida, sorgo, maíz y trigo; se complementa con hortalizas, leche, pescado y cacahuets. La transición en la nutrición refleja un aumento de aceites vegetales y edulcorantes frente al aporte de micronutrientes y proteínas²⁶. No es sólo una cuestión de dieta, en la desnutrición influyen las desventajas socioculturales; la alfabetización y las expectativas de los padres, actuando como un círculo vicioso que además aumenta el riesgo de enfermedades^{26,28}. Ante esto y la vulnerabilidad del sistema inmune, las guías de desnutrición recomiendan administrar de

forma sistemática una pauta antibiótica. En el CREN no se realiza de manera genérica, pero se respeta la recomendación de utilizar el Cotrimoxazol como antibiótico de elección por presentar menos efectos secundarios²³. La prevalencia de malnutrición crónica y retraso del crecimiento sigue aumentando, siendo mayor en las regiones del interior cercanas al río^{22,26,28}. La alta incidencia en zonas rurales de recursos limitados; la vulnerabilidad en la etapa del desarrollo; la falta de higiene alimentaria y las condiciones sanitarias deficientes hacen insuficientes los recursos humanos y económicos del Gobierno para implementar más programas de nutrición, sanidad y educación en toda la región¹³. Llama la atención que, pese al principal problema presente en el país, el hambre, no existe una formación específica para nutricionistas. Además, nos enfrentamos a una carencia de recursos, tanto humanos, como materiales y de equipamiento médico²¹.

Relativo a las actuaciones identificadas como prioritarias durante la estancia de voluntariado, son numerosos los procesos de atención desarrollados a niños y madres. En cuanto al análisis de los procedimientos, se aprecia que las técnicas requieren ser adaptadas a los recursos disponibles, existiendo variaciones en el modo de actuar. Así, el procedimiento del sondaje nasogástrico difiere del recomendado por los protocolos de pediatría, ya que se recomienda la elección de la sonda adecuada en cuanto a diámetro, medir la longitud aproximada desde la oreja, la posición semisentada o de 45° para la inserción, lubricación o humectación de la sonda y, por último, la fijación nasal para evitar la salida accidental. Es de comprender que la ausencia de recursos como distintos números de sondas, lubricante o esparadrapo, condicionen la técnica. Por otro lado, no daban la recomendación a las madres de mantener al bebé media hora sentado después de las tomas para evitar el vómito, porque desconocían que esta práctica fuera relevante. Una vez que se les explicó los motivos, algunas madres siguieron las recomendaciones. Las fórmulas de alimentación suministradas, así como las valoraciones y controles de seguimiento corresponden a los protocolos de la OMS para el tratamiento de la desnutrición²³. Siendo sumamente importante llevar un registro del peso de cada niño a fin de corroborar el aumento, las fichas utilizadas en el CREN permiten establecer una clara relación entre la fórmula suministrada y el aumento de peso, además de registrar factores de riesgo para la desnutrición como la hipotermia o deshidratación^{23,26}. Aunque el proceso de enfermería suele estar orientado al cuidado individual, hay etiquetas que permiten un enfoque poblacional, en el caso de este proyecto se pueden relacionar [00215] Salud deficiente de la comunidad y [00077] Afrontamiento ineficaz de la comunidad, ya que la

solución de problemas es inadecuada para satisfacer las necesidades por factores que impiden el bienestar y aumentan el riesgo³⁰.

En relación con los resultados de la acción desarrollada y las tomas de decisiones en la práctica asistencial, uno aprecia las implicaciones de los conceptos de cooperación y aprendizaje; la realidad demuestra que ambos son necesarios para el desarrollo, de hecho, la supervivencia de las especies está basada en gran medida en la cooperación que sus individuos mantienen a lo largo de sus vidas entre sí, por lo que entiendo que la cooperación es inherente al ser humano y a su desarrollo. En la experiencia de cooperación, los valores morales y éticos, que no deben olvidarse en la profesión enfermera, se ven reforzados e incrementados. Ofreciendo cuidados nos hacemos responsables de ellos en entornos distintos a los cotidianos y valoramos aspectos que en ocasiones pasamos por alto. Las competencias de comunicación, empatía, diversidad, respeto, análisis y pensamiento crítico pueden ser llevadas a límites donde desarrollar una relación terapéutica no es tarea fácil. La experiencia supone utilizar las debilidades para fortalecerlas, agudizar el ingenio y cambiar la perspectiva para descubrir que todo lo que se aporta es insuficiente, que no puedes pretender cambiarlo, sólo colaborar en la medida de lo posible a mejorarlo y habitualmente el cooperante recibe más de lo que da. A modo sintético, los resultados obtenidos se corresponden con los previstos, lo que demuestra un trabajo minucioso en cuando a la documentación y puesta en práctica, para que las actividades llevadas a cabo fueran realmente relevantes en la población. No es cuestión de “ayudar a los pobres” o realizar una acción puntual. El empoderamiento a través de la formación consigue cambios a largo plazo, en definitiva, lo que es de esperar en todo proyecto de cooperación^{6,8,15}.

V. CONCLUSIONES

En relación con el objetivo general, se concluye que la reflexividad es una práctica necesaria e inseparable de la actividad profesional y científica, da rigurosidad y aporta honestidad al proceso del aprendizaje y requiere ser tomada como una de las competencias del desarrollo profesional. Esta experiencia ha permitido integrar los acontecimientos vividos, con la realidad local y el aprendizaje ha generado un mayor crecimiento personal y profesional.

En referencia a los objetivos específicos se puede concluir que:

1. Se consigue describir el contexto sociodemográfico donde se desarrolla la acción del proyecto de voluntariado en Basse, especificando y comprendiendo los aspectos geográficos, económicos, sociales y sanitarios.
2. Los recursos humanos desplegados son insuficientes para hacer frente a un problema de salud tan extendido como la desnutrición, donde el 20% de los niños menores de 5 años padecen SAM. Se revela necesaria la formación especializada de los profesionales sanitarios, así como, el aumento de los recursos humanos y materiales.
3. En la relación terapéutica establecida con los usuarios se encuentran dificultades, como el idioma y el sesgo cultural, sin embargo, las relaciones desarrolladas resultaron satisfactorias permitiendo intervenciones eficaces. Se consigue relatar las vivencias de la relación terapéutica en resultados experienciales.
4. Las necesidades que se apreciaban evidentes en la preparación del proyecto de voluntariado solo fueron esbozos de la realidad. Las necesidades y la escasez de los recursos se multiplicaron en el trabajo de campo. Para identificar las necesidades ha sido útil la valoración por necesidades de Virginia Henderson.
5. Se ejecutaron las actuaciones planificadas identificadas como prioritarias, además, dentro de la toma de decisiones continuada fue necesario añadir en el trabajo de campo otras acciones no contempladas inicialmente, como la gestión de la enfermería o el stock de la farmacia.
6. La evaluación que se llevó a cabo, además de en el momento de partida, requiere de una práctica reflexiva durante todo el desarrollo del proyecto. La satisfacción manifestada por los usuarios y profesionales locales con las acciones desarrolladas, revelaron su conformidad con las mismas.
7. La reflexión realizada sobre la toma de decisiones en la práctica asistencial y los resultados obtenidos durante el proyecto de voluntariado, permite tomar consciencia del modo de operar, desarrollando competencias necesarias para adquirir el Grado en Enfermería, y genera crecimiento personal y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. CUCID ULPGC [Internet] España: Centro Universitario de Cooperación Internacional para el Desarrollo. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: <http://cucid.ulpgc.es/>
2. Resolución Convocatoria 2016 de ayudas de Voluntariado Internacional Modalidad A.[Internet] España: Centro Universitario de Cooperación Internacional para el Desarrollo [Publicado 15/07/2016; citado 14/05/2017] Disponible en: http://cucid.ulpgc.es/wp-content/uploads/doc-noticias/RESOLUCION%20DEFINITIVA_Modalidad%20A_2016.pdf

3. El ejercicio de la enfermería. Informe de un Comité de Expertos de la OMS [Internet] Ginebra: OMS, 1996 [Citado 14/05/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41914/1/9243208608_spa.pdf
4. Ayllón B. La Cooperación Internacional para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Internacionales. Rev Carta Inter. [Internet] 2007 [Citado 14/05/2017]; 2 (2): 25-40. Disponible en: <https://cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/416>
5. Plan Director de la Cooperación Española 2013/2016. [Internet] España: MAEC. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificaci%C3%B3n/PD%202013-2016.pdf>
6. Tassara C. Cooperación para el desarrollo, relaciones internacionales y políticas públicas. Teorías y prácticas del diálogo euro-latinoamericano [Internet] Medellín: Ed. Unaula; 2013 [Citado 14/05/2017]. Disponible en: http://www.academia.edu/5349116/Cooperaci%C3%B3n_para_el_desarrollo_relaciones_internacionales_y_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas._Teor%C3%ADas_y_pr%C3%A1cticas_del_di%C3%A1logo_euro-latinoamericano
7. Atienza J. 2015: Año cero. [Internet] España: Oxfam Intermon. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: <http://www.realidadayuda.org/anniversary/valoracion-politica.pdf>
8. Mazarrasa L, Montero MJ. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. Gac Sanit [Internet] 2004 [Citado 14/05/2017] 18 (1): 214-20. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-cooperacion-internacional-espanola-el/articulo/13062529/>
9. Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID [Internet] España: MAEC; 2014. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Modalidades%20e%20instrumentos%20de%20cooperaci%C3%B3n/Guia%20de%20modalidades%20e%20instrumentos.pdf>
10. Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 8 de julio de 1998, núm. 162: 22755-22765. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-16303>
11. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. ONU [Internet] Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [Citado 14/05/2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
12. AECID. La AECID en Liberia y Gambia. España: MAEC;2014. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: http://www.aecid.es/galerias/descargas/noticias/DOSSIER_AECID_LIBERIA_GAMBIA_09.pdf
13. Health is wealth. National health policy 2012-2020. [Internet] Gambia: Ministry of Health & Social Welfare Banjul; 2012. [Cited 05/14/2017]. Available from: http://statehouse.gov.gm/wp-content/uploads/2016/04/National_Health_Policy_2012-2020_MoHSW-Gambia.pdf
14. Escobar RA. Las ONG como organizaciones sociales y agentes de transformación de la realidad. Desarrollo histórico, evolución y clasificación. Diálogos/Saberes. [Internet] 2010 [Citado 14/05/2017]32:121-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3295702>
15. Ortega ML. Las ONGD: ¿Socios o instrumentos de las administraciones públicas? [Internet] España: Plataforma 2015 y Más; 2015. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: http://www.2015ymas.org/IMG/pdf/Anuario_2004_03_B_LASONGD.pdf
16. Memoria NSF 2015. [Internet] España: Nutrición Sin Fronteras; 2016 [Citado 14/05/2017] Disponible en: http://www.nutricionsinfronteras.org/wp-content/themes/illdy/pdfs/Memoria_2015_CAST_low.pdf
17. Boni A, Calabuig C, Cuesta I, De los Llanos M, Lozano JF, Monzó JM, et al. La cooperación internacional para el desarrollo. Cuadernos de cooperación para el desarrollo. [Internet] Vol 1. 1ª Ed. España: Universidad Politécnica de Valencia; 2010 [Citado 14/05/2017] Disponible en: <http://www.upv.es/entidades/CCD/infoweb/ccd/info/U0566378.pdf>
18. Flick U. An introduction to qualitative research [Internet] 4ª Ed. Londres: Sage Publications; 2010 [Cited 05/14/2017]. Available from: http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_89_0.pdf
19. Albertín P. La formación reflexiva como competencia profesional. Condiciones psicosociales para una práctica reflexiva. El diario de campo como herramienta. Rev Enseñ Univ. [Internet] 2007 [Citado 14/05/2017] 30: 7-18. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/universitaria/30/Albertin.pdf>
20. Linderman H. Aprendizaje por la acción. [Internet] Lima: Senati; 2001[Citado 14/05/2017] Disponible en: <http://www.halinco.de/html/doces/aprendizaje-p-accion.pdf>
21. Basse Major Health Facility. Bussines plan on MCNHRP 2016. Gambia; 2016. 17p
22. Mwangome MK, Fegan G, Fulford T, Prentice AM, Berkley JA. Mid-upper arm circumference at age of routine infant vaccination to identify infants at elevated risk of death: a retrospective cohort study in the

- Gambia. Bull World Health Organ. [Internet] 2012 [Cited 14/05/2017] 90(12):887-94. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/12/12-109009/en/#>
23. Ashworth A, Khanum S, Jackson A, Schofield C. Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave. [Internet] OMS; 2004 [Citado 14/05/2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43061/1/9243546090_spa.pdf?ua=1
 24. Bellido JC, Lendóñez JF. El proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. [Internet] España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. [Citado 14/05/2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
 25. The World Bank. [Internet] 2016 [Cited 05/14/2017]. Available from: <http://www.worldbank.org/en/country/gambia>
 26. Food and Agriculture Organization of The United Nations (FAO). The Gambia Nutrition Profile. [Internet] FAO; 2010 [Cited 05/14/2017]. Available from: <ftp://ftp.fao.org/ag/agn/nutrition/ncp/gmb.pdf>
 27. Kaplan A. Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España: Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias. [Internet] Barcelona: Centro de Estudios Demográficos Universidad Autónoma de Barcelona; 2002 [Citado 14/05/2017]. Disponible en: http://www.redisir.net/version2/pluginfile.php/43/mod_folder/content/0/6.%20Salud%20sexual%20reproductiva/Documentaci%C3%B3n/Fecundidad%20y%20anticoncepci%C3%B3n/SALUD_REPRODUCTIVA_MUJERES_MIGRANTES_AFRICANAS_EN_ESPANA%20-%20copia.pdf?forcedownload=1
 28. World Health Statistics 2015. WHO [Internet], Switzerland: WHO Press; 2015. [Cited 05/14/2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1
 29. The Country Cooperation Strategy. WHO [Internet], Switzerland: WHO Press; 2016. [Cited 05/14/2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136857/1/ccsbrief_gmb_en.pdf?ua=1
 30. Nanda Internacional. [Internet] [Citado 14/05/2017]. Disponible en: www.nnnconsult.com