



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

***“Proyecto educativo de atención básica de enfermería en
zonas aisladas de países desarrollados: Ilulissat,
Groenlandia”***

Alumno: Paula Cabañas Valentín

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, 25 de abril de 2025

Índice

1.	AGRADECIMIENTOS	5
2.	GLOSARIO DE ABREVIATURAS	6
3.	RESUMEN	7
3.1	INTRODUCCIÓN	7
3.2	OBJETIVOS	7
3.3	METODOLOGÍA Y RECURSOS	7
3.4	EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES.....	7
3.5	PALABRAS CLAVE.....	7
4.	ABSTRACT	8
4.1	INTRODUCTION.....	8
4.2	OBJECTIVES.....	8
4.3	METHODOLOGY AND RESOURCES	8
4.4	ASSESSMENT AND CONCLUSIONS.....	8
4.5	KEY WORDS	8
5.	PRESENTACIÓN	9
6.	ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	10
6.1	INTRODUCCIÓN	10
6.2	HISTORIA DE GROENLANDIA.....	11
6.3	LOS INUITS	14
6.4	SISTEMA SANITARIO	15
6.5	PATRONES DIETÉTICOS EN GROENLANDIA.....	17
6.6	PRINCIPALES AFECCIONES.....	18
6.6.1	SUICIDIO.....	18
6.6.2	DEPRESIÓN.....	20
6.6.3	ALCOHOLISMO.....	22
6.7	JUSTIFICACIÓN	24
7.	PROYECTO EDUCATIVO.....	25
7.1	POBLACIÓN DIANA	25

7.2	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES	25
7.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
7.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
7.5	CAPTACIÓN	26
7.6	OBJETIVOS EDUCATIVOS	27
7.7	METODOLOGÍA.....	27
7.8	CONTENIDOS PRINCIPALES DE LAS SESIONES	28
7.9	SESIONES.....	29
7.10	CRONOGRAMA DEL PROYECTO: EJEMPLO GRUPO 1	29
7.11	TÉCNICAS DE TRABAJO UTILIZADAS	34
7.12	MATERIALES	34
7.13	EVALUACIÓN	35
7.14	LIMITACIONES DEL PROYECTO EDUCATIVO.....	36
7.15	CONCLUSIÓN	37
8.	BIBLIOGRAFÍA	38
	ANEXO I: SOLICITUD DEL PROYECTO	42
	ANEXO II: SOLICITUD DEL PROYECTO EN DANÉS.....	43
	ANEXO III: ENCUESTA PREVIA	44
	ANEXO IV: PÓSTER INFORMATIVO	45
	ANEXO V: TRÍPTICO INFORMATIVO	46
	ANEXO VI: ENCUESTA POST-TALLERES.....	47
	ANEXO VII: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE DOCENTES	48
	ANEXO VIII: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA ASISTENTES.....	49
	ANEXO IX: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	50

1. AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han formado parte de mi vida, en especial, a lo largo de estos últimos cuatro años de formación como enfermera ya que han sido una parte fundamental en la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor de proyecto, D. Carlos Valencia Rodríguez por su implicación, guía, paciencia, dedicación y apoyo a lo largo de todo este proceso. Gracias a sus consejos y orientación, que han sido esenciales para poder completar este proyecto de la mejor manera posible. Así mismo, agradecer a mis profesores y profesoras de la universidad por haber contribuido a mi formación académica.

En segundo lugar, agradecer a cada uno de los profesionales de enfermería que han formado parte de mi trayectoria como estudiante de Enfermería en estos cuatro años de carrera. Todos ellos han hecho de mí la enfermera que siempre he querido ser y me han brindado todas las herramientas necesarias para poder afrontar situaciones complejas con seguridad y confianza.

Así mismo, me gustaría agradecer a todas aquellas enfermeras que han sido mis tutoras de prácticas, quienes con su dedicación y paciencia me han transmitido los conocimientos y valores esenciales de esta profesión.

Finalmente, a mi familia y pareja, los cuales han sido el apoyo más importante para mí, ofreciéndome su ayuda y comprensión, siendo mi ejemplo a seguir. Gracias por creer en mí y por no permitir que me diese por vencida ante los obstáculos a los que he tenido que hacer frente. Os agradezco que siempre hayáis continuado animándome a conseguir mi sueño: ser una buena enfermera.

Y en especial, a mis padres, tía y abuelos. Gracias por haber estado siempre ahí dispuestos a ayudarme y asesorarme.

¡Gracias a todos por formar parte de mi vida y por creer en mí!

2. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
IMC	Índice de Masa Corporal
OMS	Organización Mundial de la Salud
T ^a	Temperatura
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
AUDIT	The Alcohol Use Disorder Identification Test
AUD	Alcohol Use Disorder
Gr	Gramos

Tabla 1. Glosario de abreviaturas. Elaboración propia.

3. RESUMEN

3.1 INTRODUCCIÓN

El acceso a la sanidad en Groenlandia se ve dificultado por el aislamiento geográfico de la isla y por su climatología adversa, lo que provoca escasez de recursos y de personal sanitario, incidiendo así en la salud de la población. Además, las altas tasas de depresión, suicidio y alcoholismo reflejan la necesidad de implantar estrategias preventivas. Por ello, la educación sanitaria en Ilulissat es esencial para ofrecer a la población herramientas que les permitan identificar signos de alarma y solicitar ayuda para reducir la incidencia de esas afecciones.

3.2 OBJETIVOS

El principal objetivo de este TFG es capacitar a la población de Ilulissat en la prevención y manejo de la depresión, el suicidio y alcoholismo mediante la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos. Para ello, se implementará un proyecto educativo con sesiones impartidas por profesionales sanitarios. Se pretende que los participantes adquieran los conocimientos y herramientas necesarias para identificar signos de alarma relacionados con dichas patologías y promover estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida en poblaciones aisladas.

3.3 METODOLOGÍA Y RECURSOS

En este proyecto predomina el enfoque participativo y se trabajan las tres dimensiones; la cognitiva, con la adquisición de conceptos sobre la salud mental y consumo de alcohol; la emocional, fomentando la expresión de sentimientos; y la esfera de habilidades, a través de actividades que permitan aplicar lo aprendido en la teoría a la práctica.

Habrán 2 grupos de, como máximo, 20 participantes en cada uno, con un total de 4 sesiones y con una duración de 2 horas por sesión. Se impartirán por especialistas en Educación para la Salud y se emplearán los materiales y recursos necesarios. Además, se fomentará el debate y la resolución de casos prácticos que simulen la realidad sociocultural de Groenlandia.

3.4 EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES

Se evaluará la eficacia de los contenidos impartidos y la consecución de objetivos al final de cada sesión mediante encuestas. De esta forma, se mejorará la identificación y prevención de problemas de salud mental y alcoholismo en Ilulissat, destacando la importancia de la enfermería y de la educación sanitaria en comunidades aisladas con escasez de recursos.

3.5 PALABRAS CLAVE

Salud mental, Depresión, Suicidio, Alcoholismo, Groenlandia, Enfermería, Educación sanitaria, Poblaciones aisladas.

4. ABSTRACT

4.1 INTRODUCTION

Access to healthcare in Greenland is hampered by the island's geographic isolation and adverse climate, resulting in a shortage of resources and healthcare personnel, thus impacting the population's health. Furthermore, the high rates of depression, suicide, and alcoholism highlight the need to implement preventive strategies. Therefore, health education in Ilulissat is essential to provide the population with tools that allow them to identify warning signs and seek help to reduce the incidence of these diseases.

4.2 OBJECTIVES

The main objective of this final project is to train the population of Ilulissat in the prevention and management of depression, suicide, and alcoholism through the acquisition of theoretical and practical knowledge. To this end, an educational project will be implemented with sessions taught by healthcare professionals. Participants are expected to acquire the knowledge and tools necessary to identify warning signs related to these conditions and promote healthy lifestyles that improve the quality of life in isolated populations.

4.3 METHODOLOGY AND RESOURCES

This project focuses on a participatory approach, addressing three dimensions: the cognitive, with the acquisition of concepts about mental health and alcohol consumption; the emotional, encouraging the expression of feelings; and the skills-based, through activities that allow students to apply what they have learned in theory to practice.

There will be two groups of a maximum of 20 participants each, with a total of four sessions lasting two hours. The sessions will be taught by health education specialists, and the necessary materials and resources will be used. In addition, discussion and the resolution of practical cases simulating the sociocultural reality of Greenland will be encouraged.

4.4 ASSESMENT AND CONCLUSIONS

The effectiveness of the content taught, and the achievement of objectives will be evaluated at the end of each session through questionnaires. This will improve the identification and prevention of mental health issues and alcoholism in Ilulissat, highlighting the importance of nursing and health education in isolated communities.

4.5 KEY WORDS

Mental Health, Depression, Suicide, Alcoholism, Greenland, Nursing, Health education, Isolated populations.

5. PRESENTACIÓN

Desde siempre, viajar ha sido una de mis mayores aficiones. Considero que descubrir nuevas culturas, diferentes personas, estilos de vida, condiciones climáticas y geográficas, accesibilidad y tipos de sanidad, han hecho de mi la persona que soy actualmente ya que me ha enriquecido personalmente.

A lo largo de estos cuatro años de formación como enfermera, cuando he realizado las prácticas en los diferentes servicios y hospitales, me he dado cuenta de que al acceso a la sanidad no es igual para todas las personas y que, en muchos lugares, las barreras geográficas dificultan la asistencia sanitaria, como es el caso de Groenlandia. El verano pasado tuve la enorme suerte de haber podido visitar este país tan increíble con mi familia. Desde entonces, tuve claro que mi proyecto de fin de carrera iba a estar orientado en ayudar a estas personas que viven en zonas aisladas y remotas, donde los recursos son más limitados y no tienen las mismas posibilidades de acceso a la sanidad que nosotros. Groenlandia me pareció el escenario perfecto para desarrollar este proyecto educativo que ayudará a mejorar la atención de enfermería.

Personalmente, creo que la enfermería desarrolla un papel fundamental en la salud de los pacientes respetando sus condiciones y diferencias culturales, así como, adaptando los cuidados a sus necesidades específicas. Por ello, el objetivo de este proyecto no consiste solo en proporcionar nuevas herramientas educativas sino también en concienciar a la población sobre la importancia de la salud.

Me siento muy afortunada por haber tenido la posibilidad de visitar varios países del mundo ya que me ha enseñado a ver la sanidad desde una perspectiva global. Por ello, este proyecto educativo es el puro reflejo de este aprendizaje. Espero que pueda contribuir positivamente al bienestar de aquellas personas que, a pesar de vivir en áreas aisladas y remotas, merecen la misma calidad de atención sanitaria que el resto de las personas del mundo.

6. ESTADO DE LA CUESTIÓN

6.1 INTRODUCCIÓN

El estado de la cuestión es un proceso que consiste en recopilar información, de manera exhaustiva y objetiva, mediante un proceso de investigación y de búsqueda de artículos, documentos, libros, etc. Todo ello se lleva a cabo a través de diferentes bases de datos, relacionadas con el ámbito sanitario, para poder obtener la información necesaria para la elaboración de este trabajo.

Por un lado, algunas de las bases de datos donde se han realizado las búsquedas bibliográficas son Pubmed y EBSCO (incluyendo MEDLINE), que es la que más he empleado al tener mayor cantidad de artículos sobre el tema escogido. También se ha recogido información de Google académico, al contener artículos más específicos y variados, Scielo, Dialnet, y, finalmente, libros de expediciones a Groenlandia en los que se relatan aspectos relevantes relacionados con la forma de vida, cultura, sanidad, patologías, costumbres, economía, etc.

Por otro lado, para la elaboración de la pregunta PICO de investigación, se han empleado diferentes palabras clave que han servido para poder completar dicha pregunta. Estas palabras (ver tabla 1), que se relacionan con el tema escogido, se han traducido al lenguaje científico a partir de los tesauros de los descriptores del lenguaje controlado Medical Subject Headings (MeSH) y de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). De esta forma, se obtuvieron los descriptores expuestos en la tabla, los cuales fueron combinados con los operadores booleanos “and” y “not” para filtrar la búsqueda lo máximo posible.

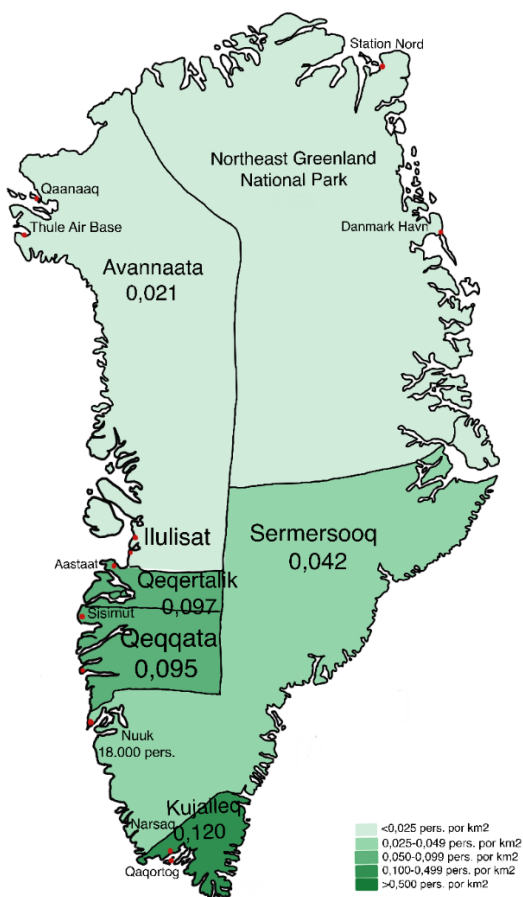
Palabra clave/Key Word	MeSH	DeCS
Groenlandia	Greenland	Groenlandia
Sistema sanitario	Health system	Sistema sanitario
Suicidio	Suicide	Suicidio
Depresión	Depression	Depresión
Alcoholismo	Alcoholism	Alcoholismo
Nutrición	Nutrition	Nutrición

Tabla 2. Términos MeSH y DeCS empleados en el proceso de la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

6.2 HISTORIA DE GROENLANDIA

Groenlandia o *Kalaallit Nunaat* en inuit o groenlandés, que significa “Tierra de personas”, es un territorio inuit muy extenso, pero poco poblado, que anteriormente formaba parte de la colonia danesa, pero que, actualmente, y desde 1979, cuenta con autonomía bajo el Reino de Dinamarca y posibilidad de independencia (hay un gran movimiento independentista). La isla cuenta con su propio gobierno y primer ministro. Sin embargo, su viabilidad como Estado independiente se ve limitada por la falta de recursos sanitarios (profesional sanitario, (especialistas, equipos de radiodiagnóstico, instalaciones sanitarias, transporte médico, psicólogos, etc.). El país fue colonizado por Dinamarca-Noruega en el año 1721 (1). Su capital, Nuuk, tiene una población de, aproximadamente, 18.000 personas, siendo un 11% de los habitantes daneses y extranjeros (2).

Por otro lado, la población total, que era de, aproximadamente 57.289 habitantes (la mayoría indígenas inuit) en 2024 (2), tiene una densidad de 0.14 habitantes por km² localizadas en 17 ciudades y 60 asentamientos a lo largo de la costa (ver figura 1). Casi toda la población vive en el Sur y en el Oeste de Groenlandia, mientras que solamente el 10% de ésta vive en el Este y Norte de la isla, donde el clima es mucho más frío (1).



El 60% de población se reparte entre las 5 grandes ciudades; Nuuk, Sisimiut, Ilulissat, Aasiaat, y Qaqortoq (3). El idioma groenlandés es hablado por más del 80% de los habitantes, y muchos son bilingües en danés (1).

Figura 1. Población de Groenlandia estimada en 2024. Elaboración propia a partir de (2).

Está situada estratégicamente en los accesos al Océano Ártico y cerca de Estados Unidos. La isla es rica en recursos naturales como el petróleo y reservas minerales de tierras raras, uranio y zinc, lo que la hace deseable en el contexto del deshielo. Además, su ubicación en el paso GIUK la convierte en un punto clave para el control militar del Atlántico y la defensa norteamericana. Es la isla no continental más grande del mundo con una superficie de aproximadamente 2.166.086 km² y, aunque geográficamente forma parte de América del Norte, ya que se integra en esa placa tectónica, política y culturalmente, pertenece a Europa (4). Más del 84% de su territorio está cubierto por hielo que puede llegar a abarcar hasta 3.000 metros de espesor sobre el nivel del mar en el centro de la isla, lo que supone el 10% del agua dulce mundialmente hablando (4,5). El entorno helado ha llevado a los diferentes grupos de indígenas a practicar deportes únicos como los trineos tirados por perros o el hockey sobre hielo. Sin embargo, el deshielo que está provocando el derretimiento del permafrost, pone en riesgo infraestructuras por la elevación del nivel del mar y del propio terreno (6).

En cuanto al clima, al estar ubicada dentro del Círculo Polar Ártico, Groenlandia tiene un clima polar y condiciones climáticas extremas caracterizadas por temperaturas (T^a) muy bajas y meses de mayoritariamente oscuridad en invierno y meses de hasta 24 horas luz solar en verano (sol de medianoche). En general, es una isla con vientos fuertes y escasas precipitaciones en forma de agua (200 mm por año), ya que, en el caso en el que precipite, lo hace, principalmente, en forma de nieve en los meses de invierno. A pesar de que experimente pocas variaciones de temperatura a lo largo de las diferentes estaciones (la T^a media varía entre $-9,9^{\circ}\text{C}$ y $-1,6^{\circ}\text{C}$, aunque puede llegar a ser de -50°C en invierno), cada vez sufre más las consecuencias del cambio climático debido a los aumentos de temperatura a nivel global (la T^a promedio ha aumentado en $1,5^{\circ}\text{C}$). Esto ha provocado el derretimiento de parte del hielo que hay en la isla, lo que ha producido un aumento en el nivel del mar. La T^a varía mucho en la isla, siendo el interior mucho más frío que la zona de la costa. En Nuuk, la T^a oscila entre los -9°C en enero y los 7°C en julio. El hielo que se encuentra en el mar es un recurso esencial para que el clima en Groenlandia no varíe mucho, ya que actúa como amortiguador. Por ello, el derretimiento de las capas de hielo supone un gran problema en todo el ártico (6).

Groenlandia está influenciada por su aislamiento y condiciones climáticas extremas, lo que la diferencian de otras regiones árticas como, por ejemplo, Alaska. Estas condiciones influyen en gran medida a la economía de la isla, la cual depende mayoritariamente de la pesca. A principios del siglo XX, el estilo de vida de Groenlandia era muy tradicional. Se basaba en la caza de mamíferos que fue modificándose hasta que su economía pasó a ser mayoritariamente la pesquera (1). Un 90% de sus ingresos provienen de dicha actividad, seguida de la industria minera, ya que la isla es muy rica en reservas de minerales de tierras raras, uranio y zinc, así como diamantes, oro y cobre, lo que ha supuesto un importante atractivo para los inversores extranjeros. Actualmente sufre un desempleo del 10% en un ámbito laboral poco cualificado debido en gran medida a la escasa cantidad de población con estudios superiores (ver figura 2) (6).

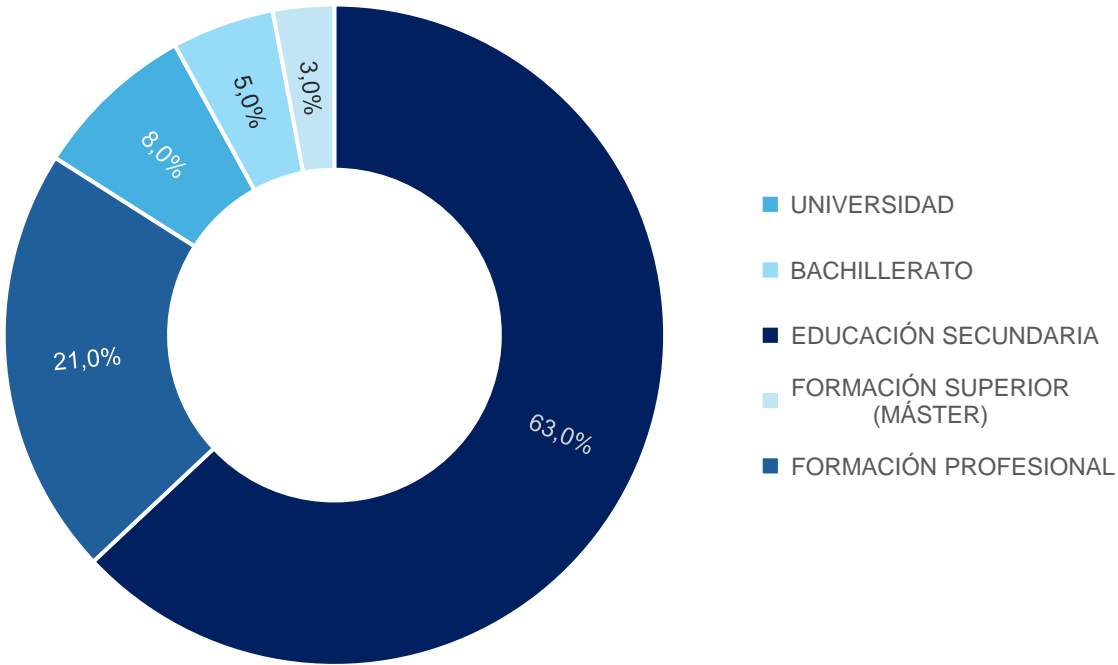


Figura 2. Nivel educativo en Groenlandia en 2023. Elaboración propia a partir de (7).

6.3 LOS INUITS

La población de Groenlandia, que recibe el nombre de “Inuits” (“la gente”), migró hace aproximadamente 4.500 años (en torno al 2.500 a.C.). Estos llegaron a Alaska desde el Este de Siberia cruzando el Estrecho de Bering y, a medida que pasaban los años, se fueron desplazando desde el Ártico hasta llegar a los primeros poblados de Groenlandia. La mayoría de ellos viven en la parte occidental de la isla (90%) y un 25% de los genes son europeos, principalmente escandinavos (8). Se caracterizan por un físico adaptado las condiciones climáticas; baja estatura, miembros cortos para retener el calor, los ojos rasgados y pestañas gruesas y abundantes para protegerles del reflejo del sol sobre el hielo (9). En torno al 88% de la población nació en Groenlandia, lo que ha sido determinante para poder ser considerados como inuit (groenlandeses) (1).

En general los Inuits son simpáticos, tímidos y risueños (reírse con otras personas es signo de buena relación), con unas creencias basadas en la generosidad y en el compartir con la comunidad. Su nombre significa “la gente” en Groenlandés, el cual no se traduce como esquimal, ya que, tanto en Canadá como en Groenlandia tiene connotaciones peyorativas (significa “el que come carne cruda”).

En cuanto a la sociedad, la principal relación es la familiar debido a las duras condiciones de vida (inviernos largos y fríos con escasez de luz, veranos cortos, grandes nevadas, fuertes rachas de vientos, etc), lo que los lleva a formar unidades familiares que tienen vínculos muy estrechos. En estas, predominan el esfuerzo, trabajo y generosidad. Tanto es así que, anteriormente, en caso de asesinato de uno de los miembros de la familia, la muerte debía ser vengada con la muerte del asesino o de algún familiar. Además, cuando las condiciones climatológicas eran muy difíciles, siempre se busca el bien común antes que el individual, de manera que, en caso de necesitarlo, se sacrificaba a los más débiles para sobrevivir.

En el pasado, la mayoría, eran comunidades (aproximadamente de 100 personas) nómadas durante los meses de verano para ir en busca de alimento. Para ello, utilizaban los denominados “*tupeq*” o “*tipi*”, que eran tiendas temporales construidas con ramas de madera o huesos de ballena cubiertas por pieles. Sin embargo, durante el invierno, vivían en Iglús (que significa casa en groenlandés) que podían ser construidos en cualquier zona con hielo.

Debido a todas estas adversidades, en Groenlandia, las tasas de alcoholismo, depresión, suicidio, embarazos tempranos, consumo de drogas, etc, han estado siempre muy presentes hasta la actualidad. Por ello, este proyecto educativo tiene como objetivo el ampliar y mejorar la educación sanitaria a los Groenlandeses para evitar las situaciones mencionadas (9).

6.4 SISTEMA SANITARIO

El sistema de salud Groenlandés se divide en 5 regiones (Kujataa, Sermersooq, Qeqqa, Disko, Avannaq), de manera que sea posible abarcar a la mayor población posible. Cada una tiene un pequeño hospital, centros de salud, consultas de enfermería y consultorios locales (Ver figura 3).

Groenlandia cuenta con cuatro hospitales regionales formados por un médico y enfermero (que, a su vez, son los jefes de la región) que están situados en las ciudades más grandes de cada región. Estos son: Ilulissat, Qaqortoq, Sisimiut y Aasiaat. Además, hay un hospital nacional de referencia, que también es el del municipio, que proporciona un servicio de atención médica especializada en todo el país, el Hospital Reina Ingrid, en Nuuk. El hospital, que fue fundado en el año 1953 como sanatorio para enfermedades pulmonares, tiene una capacidad de aproximadamente 130 camas (10). Por otro lado, el segundo hospital más grande de todo Groenlandia es el situado en la ciudad de Ilulissat, el Hospital Regional de Ilulissat (11).

En cuanto a los centros de atención primaria de salud, hay uno en cada ciudad, mientras que, en las zonas más aisladas, hay solamente un consultorio con capacidad de proporcionar una atención médica básica. Por ejemplo, la depresión se trata en los centros de salud y hospitales regionales, siempre y cuando no se trate de pacientes con conductas suicidas, los cuales se derivan al Hospital Psiquiátrico de referencia en Nuuk (3). En el caso de las aldeas, cuentan con un *Pipaluk*, un equipo de telemedicina que está disponible en las zonas más aisladas (12).

Al igual que en el resto de los países árticos, los groenlandeses tienen derecho a recibir una atención sanitaria parcialmente gratuita, ya que tienen que pagar un porcentaje de los dispositivos de ayuda (sillas de ruedas, muletas, bastones, gafas, audífonos, etc). Sin embargo, a pesar de ser gratuita, la mayoría de los residentes, contratan un seguro que asuma los gastos derivados del transporte desde el lugar en el que se podría producir un accidente hasta su lugar de residencia o localidad más cercana en la que haya un hospital. En Groenlandia, en el caso en el que sea necesario trasladar a un paciente de una clínica u hospital regional a uno nacional o que cuente con mayores recursos, debemos tener en cuenta que el estado general de dicho paciente debe ser adecuado para que aguante las condiciones del desplazamiento, el cual solo se puede efectuar en avión o en un barco que recorre la costa (el ferry Sarfaq Ittuk) (13). Dicho traslado tiene un costo muy elevado, y el ingreso suele prolongarse en el tiempo, por lo que el precio aumenta a medida que pasan los días (3).

La mayoría de los servicios públicos que se ofrecen de manera gratuita a los residentes permanentes en Groenlandia, siempre que las condiciones locales y geográficas lo permitan, son:

- Traslado hasta el hospital más cercano en el caso de no poder acceder a los servicios médicos necesarios para recibir un tratamiento. En Groenlandia, las ciudades están a gran distancia entre ellas, y el transporte sólo puede ser en avión, barco o helicóptero. En este caso, si hay un paciente que reside en una zona en la que no se ofrece la asistencia sanitaria que necesita, tiene derecho a ser trasladado a un hospital regional o al Hospital Nacional siempre y cuando el médico lo considere necesario y haya prescrito un tratamiento.
- Atención sanitaria, ingresos hospitalarios y prescripciones médicas con receta.
- Administración de vacunas dentro del calendario de vacunación.
- Atención dental pública.
- Visitas domiciliarias por parte del equipo de enfermería.
- Atención a embarazadas antes, durante, en el parto y posteriormente.

Es fundamental mencionar la escasez de personal a la que se enfrentan actualmente en Groenlandia, sobre todo en las zonas menos pobladas (14). En cuanto a los requisitos sanitarios que deben cumplir los turistas para viajar al país, no se encuentra ninguna vacuna ni prueba específica, pero se recomienda tener el calendario vacunal actualizado y la tarjeta sanitaria actualizada (15). Es fundamental cumplir con estas condiciones ya que, un turista, se podría convertir en un paciente si ocurre un accidente.

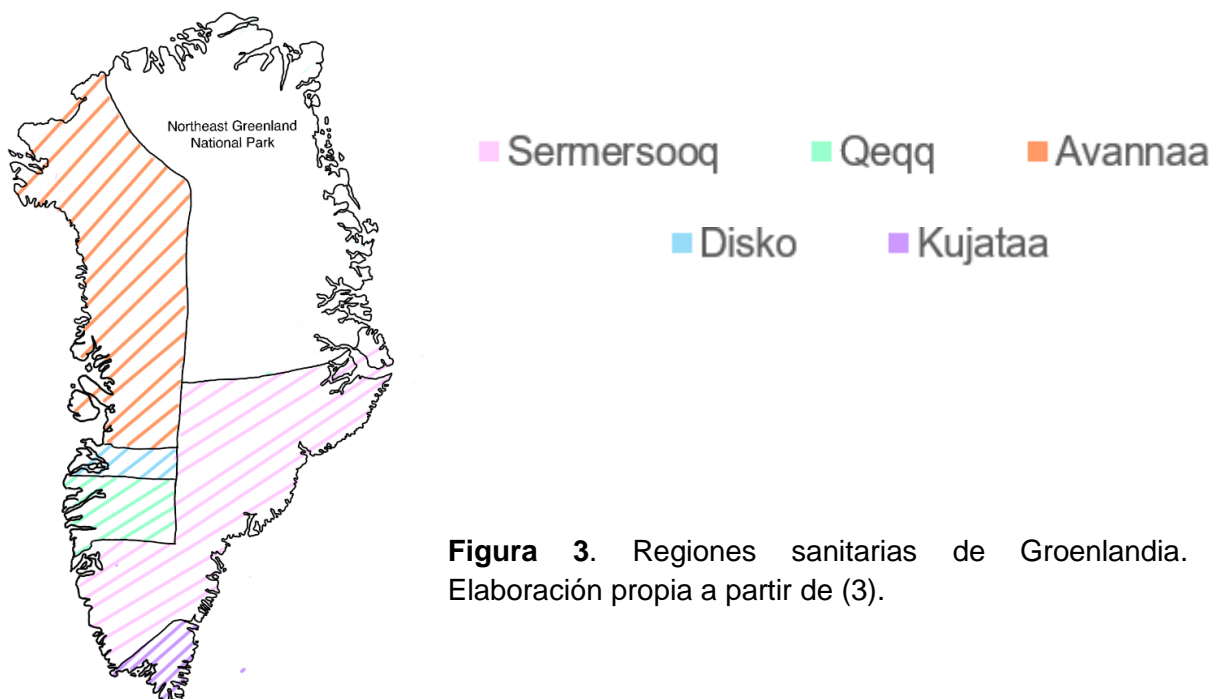


Figura 3. Regiones sanitarias de Groenlandia. Elaboración propia a partir de (3).

6.5 PATRONES DIETÉTICOS EN GROENLANDIA

Groenlandia es una isla en la que es muy frecuente la obesidad y el consumo excesivo de alcohol y tabaco, lo que constituye un problema de salud pública entre los ciudadanos (16). En el año 2018, un estudio analizó la talla y el peso de los groenlandeses para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) en función de su dieta. En torno al 24% de los hombres y el 32% de las mujeres resultaron tener un $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$.

En general, las personas con mayor poder adquisitivo consumen alimentos más saludables como las frutas, verduras, pescado, carnes, etc, mientras que aquellas con economías más bajas tienden a comprar alimentos pobres en nutrientes y ricos en grasas y azúcares (17), así como alcohol y tabaco. Según este estudio, los alimentos típicos de su cultura más energéticos son el halibut, el caribú, la foca y la carne o el pescado desecados y/o deshidratados (18). Sin embargo, el consumo de alimentos tradicionales como la carne de foca disminuyó por la posición social y aumentó la prevalencia de una dieta basada en alimentos importados no nutritivos, lo que es una probable causa que contribuye a la creciente prevalencia de la obesidad (19). Por ello, se hizo un estudio que tiene como objetivo determinar la relación entre la posición social y el poder adquisitivo en los patrones dietéticos entre los Inuits. Se recogieron datos desde el año 2017 hasta el 2019 de 2436 participantes a partir de 15 años nacidos en Groenlandia o Dinamarca. Se realizaron encuestas (de 47 ítems) y extracciones sanguíneas a todos los participantes, recibiendo una compensación económica por su participación de 200 DKK (27€) (20).

Se concluyó que, solamente el 10% de los participantes llevaban una dieta saludable, mientras que el 31% seguía una dieta rica en grasas y azúcares y baja en alimentos energéticos y nutritivos. Todo ello dependía de la posición social de los encuestados, ya que el patrón dietético equilibrado era más frecuente en los groenlandeses con alto-medio poder adquisitivo. Además, el gasto en alimentos no nutritivos también aumentó en los participantes con bajo estatus social, mientras que el coste por cada 1000 KJ aumentó en los participantes con un nivel socioeconómico alto, los cuales consumían alimentos más caros. Sin embargo, el gasto en bebidas alcohólicas y tabaco fue el doble en los participantes de bajo estatus social. Se observó que el poder adquisitivo y el coste no se relacionan en la configuración de los hábitos alimentarios y el consumo de alcohol y tabaco entre los Inuits. Por ello, reducir el precio de los alimentos nutritivos y aumentar el de los no nutritivos no cambiaría los hábitos. Para cambiar estos patrones sería necesario realizar una adecuada promoción de la salud pública educando acerca de la adecuada elección de alimentos y la prevención del consumo de alcohol y tabaco (20).

6.6 PRINCIPALES AFECCIONES

6.6.1 SUICIDIO

El suicidio refleja un problema de salud pública a nivel mundial (OMS), siendo especialmente vulnerables las poblaciones indígenas, en este caso de Groenlandia, ya que se han observado tasas significativamente más elevadas en comparación con otras comunidades no indígenas (21). Hasta hace unos años, el suicidio no era muy común (1891-1930 se registraron 14 suicidios) y se consideraba como un acto honorable por parte de miembros que no eran muy productivos dentro del equipo de trabajo (22).

La tasa de suicidio en Groenlandia ha aumentado desde los años 70, llegando a alcanzar uno de los picos máximos del mundo de 120 suicidios por cada 100.000 personas cada año en 1980. Afortunadamente, desde entonces dicha tasa ha ido disminuyendo, aunque aún continúa siendo elevada. En este estudio (1) se analizó la prevalencia del suicidio en función de la edad y el sexo de los encuestados, concluyendo que es más prevalente en jóvenes varones entre 20-24 años. Sin embargo, las mujeres destacan en las tentativas de suicidio, siendo cada vez más frecuente el suicidio consumado en mujeres.

Según la OMS, el estudio del suicidio es esencial para las estrategias de prevención de este. Entre 1904-1960, las tasas de suicidio eran muy escasas y se relacionaban con enfermedades psiquiátricas. Desde el 1968 hasta el año 2018, el suicidio ha supuesto el 10% de las muertes en toda Groenlandia, lo que ha contribuido a una reducción de la esperanza de vida con respecto a otros países. Por ello, diferenciar los factores de riesgo es esencial para determinar las tasas de suicidio. Los más frecuentes son: problemas socioeconómicos y demográficos (acceso a educación y empleo), de salud, mentales, mal ambiente familiar, alcoholismo, sucesos traumáticos, desatención en la infancia, desempleo, etc (23). Además, se ha observado que los groenlandeses tienen un alto grado de vulnerabilidad mental, lo que tiene como consecuencia una alta tasa de suicidios y un uso inadecuado de medicamentos antidepresivos (3).

Desde un punto de vista geográfico, las tasas de suicidio de las personas del Norte y Este de Groenlandia son más altas que las de la capital, Nuuk. Entre las principales causas a nivel general se encuentran; los cambios estacionales, pasando de la oscuridad total a las numerosas horas de luz solar; las bajas temperaturas en invierno; y los rápidos cambios tanto socioculturales como económicos que han producido un cambio radical en la forma de vida de muchos groenlandeses en tan solo 50 años (24).

Groenlandia tiene una variación estacional extrema, pasando de luz total durante el verano, a meses de completa oscuridad en invierno, lo que influye en el suicidio. Según este estudio, se encontró una estacionalidad significativa en el número de suicidios en la parte oeste de la isla, donde había un mayor número de suicidios en los meses de verano, cuando hay una luz solar constante, al igual que en la zona sur del país, donde las horas de luz son predominantes (25). Además, un estudio realizado en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), confirmó los resultados obtenidos previamente que indican un aumento de los casos en primavera-verano y mencionó una relación entre la luz solar total y el riesgo de suicidio (26). Se concluyó que se producía un pico en la mayoría de los grupos de edad a mediados de verano (en el Norte tienen sol de medianoche y, en el sur, días muy largos) y un descenso en los meses de invierno (1). Para comprobar estas afirmaciones, se llevó a cabo un estudio que analizó a todos los Groenlandeses durante 35 años (desde el 1968 hasta el 2002). Durante este periodo se registraron 1.351 suicidios, aumentando así la tasa de 4,2 por cada 100.000 en el año 1971 a 128,4 por cada 100.000 habitantes en el año 1987. De estos, el 80,5% fueron cometidos por hombres con una media de edad de 25 años. Así mismo, se observó que el pico más elevado de suicidios, como se ha comentado previamente, fue en los meses de verano (11 de junio) y el más bajo en los meses de invierno (ver figura 4) (25).

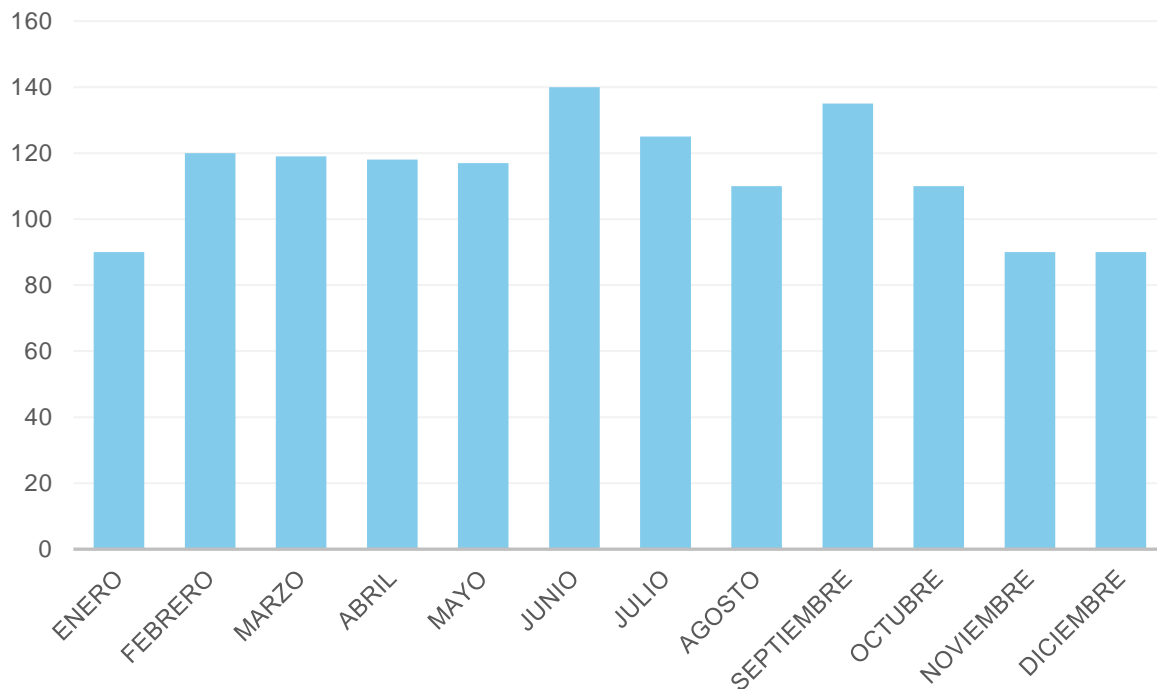


Figura 4. Prevalencia del suicidio a lo largo de los meses. Elaboración propia a partir de (25).

6.6.2 DEPRESIÓN

La depresión es el trastorno más común a nivel mundial en adultos, el cual ha aumentado casi un 50% en las últimas décadas desde 1990 hasta 2017 (27). Se considera como un problema grave y autolimitante de salud pública mundialmente, afectando a más de 264 millones de personas. La OMS considera este problema como la tercera causa de mortalidad y, estima que, para 2030, alcance el primer lugar (28). Para el tratamiento de la depresión se opta por la terapia antidepresiva, lo que supone una gran cantidad de estos fármacos.

En el caso de Groenlandia, la sanidad en la isla tiene algunas limitaciones como la falta de proveedores (por la dificultad de acceso) o la necesidad de proporcionar tratamientos específicos en un país muy grande pero poco poblado. Por ello, en un estudio realizado en 195 países (27), se identificó a Groenlandia como el país con la tercera tasa de incidencia por edad más alta de personas que padecen depresión mayor en el año 2017 (6.26 personas por cada 1000 habitantes).

Otro estudio posterior, realizado en el año 2019, analizó la cantidad de pacientes de entre 10 y 89 años que residían en Groenlandia o Dinamarca y que habían recibido una receta para antidepresivos en el año 2019. Dicho estudio encuestó a un total de 1.573 pacientes groenlandeses, de los cuales, 506 eran hombres y 1.067 mujeres, y 419.151 daneses, siendo 151.064 hombres y 268.087 mujeres. Se concluyó que la prevalencia de pacientes entre 10 y 89 años tratados con antidepresivos varía en cada región, siendo la más alta en Sermersooq (4,9%) (más prevalente en Nuuk), seguida de Qeqqa (3,0%), Avannaa (2,7%), Disko (2,2%) y Kujataa (2,2%) (ver figura 5).

En contraposición al estudio del 2017 (27), que clasificó a Groenlandia como el tercer país con la tasa de incidencia estandarizada por edad más elevada en depresión mayor, este último estudio, realizado en 2019, descubrió que la prevalencia de pacientes tratados con antidepresivos en esta isla es relativamente baja. Esto puede ser debido a que, por un lado, en la mayoría de ciudades, los médicos (de los cuales, muchos están inactivos) trabajan durante un periodo de tiempo reducido, y, por otro lado, puede ser que dichos profesionales no tengan la suficiente formación sanitaria que les permita identificar los primeros signos de la depresión para comenzar un tratamiento con antidepresivos. Además, en Groenlandia hay prejuicios acerca de la enfermedad (motivo por el cual, una parte de las sesiones está enfocada en la expresión de sentimientos para gestionar dichos prejuicios), lo que puede hacer que los pacientes no acudan a los centros sanitarios por vergüenza, reduciendo así el uso de antidepresivos en esta población.

La depresión está íntimamente relacionada con el género y la edad de las personas, por lo que las mujeres son más propensas a sufrir depresión que los hombres, al igual que las personas mayores son más vulnerables. Así mismo, se estudió que es cada vez más frecuente tener pacientes de ambos sexos (mayoritariamente aquellos entre 80 y 89 años) tratados con antidepresivos excepto aquellos de entre 50 y 59 años, los cuales están en descenso. Esto es lo que se ha observado y concluido en este estudio.

En conclusión, la prevalencia de pacientes con edades comprendidas entre los 10 y 89 años que están siendo tratados con antidepresivos es de aproximadamente el 3,5% en toda Groenlandia, existiendo diferencias en edad, región y género. Si se hace una comparación de la prevalencia de estos pacientes en función de la región en la que residen, en Nuuk, hay más pacientes que toman antidepresivos. Sin embargo, esta diferencia se puede deber a que, en Nuuk, al ser la capital, hay más médicos, o a que el hospital psiquiátrico se ubica ahí, lo que implica un mayor seguimiento a largo plazo de los efectos de los antidepresivos en pacientes con depresión. Además, esta enfermedad es más frecuente en las ciudades que en los pueblos (29), lo que, nuevamente, repercute en Nuuk (3).

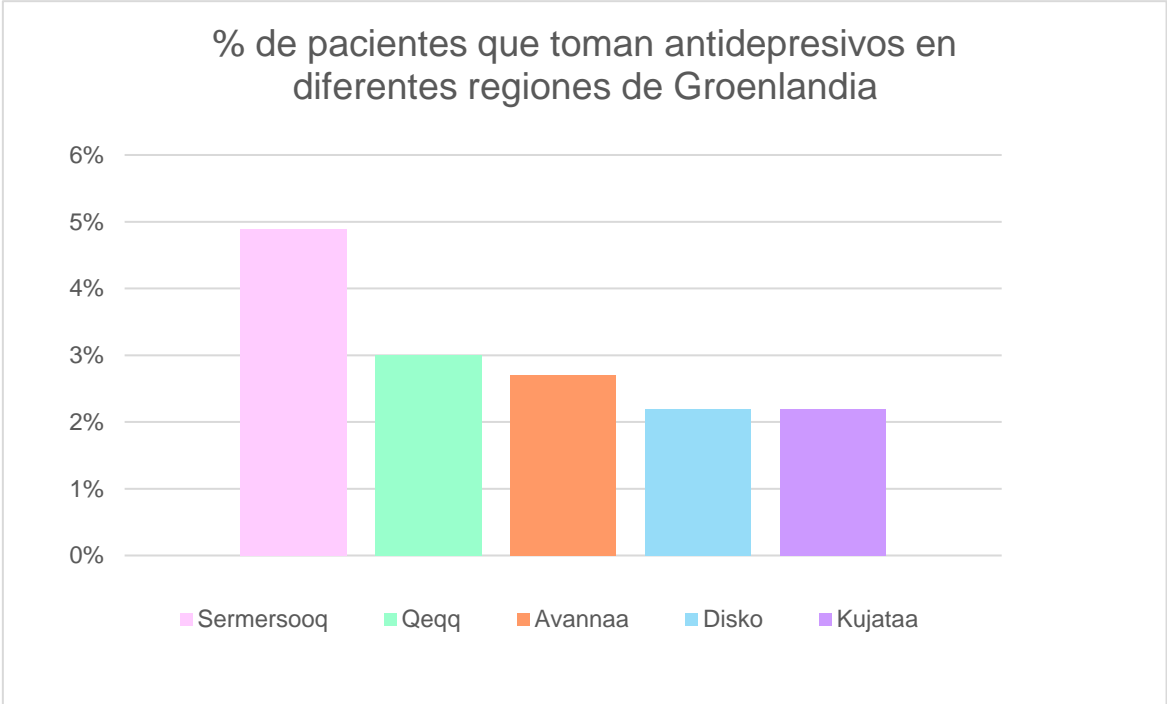


Figura 5. Prevalencia de pacientes que toman antidepresivos en diferentes regiones de Groenlandia. Elaboración propia a partir de (3).

6.6.3 ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol es muy frecuente en la población de Groenlandia. Tanto es así que, en 2019, la media de consumo de las personas mayores de 15 años era de aproximadamente 7,6 litros por persona. Los Inuit son más vulnerables al consumo de alcohol, ya que se ha estudiado que existe una variación en los genes involucrados en el metabolismo del alcohol. Los nativos de Groenlandia cuentan con menos alelos protectores y una mayor frecuencia de un genotipo asociado al consumo excesivo de alcohol (30). Dicho consumo aumentó de manera drástica a partir del año 1960, llegando a obtener unas cifras de ingesta anual de 22 litros de alcohol puro por adulto en el año 1987, donde alcanzó el pico más alto. Actualmente, se ha logrado estabilizar, pero, aun así, siguen siendo cifras muy elevadas (12-13 litros anuales por adulto) (31).

Además, el consumo de alcohol, junto con el cannabis en segundo lugar, es considerado el mayor problema de salud pública en la isla (32). Por ello se realizó un estudio que analizó el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre 1999 y 2003, empleando datos del European Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD). La población estudiada fue de jóvenes de entre 14-16 años. En el estudio se observó una disminución en dicho consumo, llegando a afirmar, en 2003, que la mayoría no habían fumado ni bebido alcohol en los últimos 30 días en contraste con 1999. Sin embargo, no todo fue positivo ya que el consumo de marihuana o hachís no se vio casi reducido, lo que indica que, aunque ha habido avances en la disminución de otras sustancias entre los jóvenes, aún hay que hacer frente al uso de drogas (30).

En cuanto a la oferta de alcohol, ha estado presente desde hace más de 25 años. No obstante, las estadísticas han comenzado a recoger datos desde hace poco gracias a la implementación de una estrategia individualizada de tratamiento que se lleva a cabo lo más cerca posible del domicilio. Cuenta con un test llamado AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test) que tiene como objetivo cribar a la población que tiene un trastorno del uso del alcohol para poder iniciar el tratamiento. La muestra era de 1.590 individuos. Como el estudio sólo se centró en pacientes con un trastorno del consumo de alcohol (AUD), se excluyeron a los no consumidores, quedando 1.281 individuos. De los 10 ítems evaluados, cada uno puntúa de 0-4, siendo la máxima 40.

- Entre 0-7 indica una baja probabilidad de AUD.
- Entre 8-15, se considera un consumo peligroso.
- Entre 16-19 refleja un uso nocivo de la sustancia.
- Superior a 19 supone una dependencia al alcohol (33) (31).

Por otro lado, el AUDIT, toma como base un consumo de 10 gramos (gr) de alcohol, pero en Groenlandia, la mayoría de las bebidas alcohólicas tienen un 12% de alcohol. Por ello, el estudio se ajustó a las condiciones que se dan en Groenlandia. Se recomienda que las mujeres no ingieran más de 84 gr de alcohol (el equivalente a 7 bebidas estándar) a la semana, y, en los hombres, 168 gr (14 bebidas estándar). Además, se recomienda, independientemente del sexo, no superar las 4 bebidas en una ocasión.

Se concluyó que hubo más mujeres que solicitaron recibir un tratamiento para el consumo del alcohol. Del total, un 43,8% eran hombres, y un 56,2% eran mujeres, siendo la edad media de los varones (39,3) superior a la de las mujeres (37,0). Además, la mayoría vivían en ciudades y sólo el 8,9% residía en un pueblo (34). Groenlandia parece ser la única población del ártico en la que las mujeres predominan en la solicitud de recibir un tratamiento, es decir, aquellas que buscan una solución para el consumo excesivo de alcohol. Un estudio entre la población nativa de Alaska reflejó que el porcentaje de trastornos derivados del consumo de sustancias entre las mujeres (5,8%) era la mitad que el de los hombres (10,8%), teniendo en cuenta que las mujeres constituían solo el 33% de ingresos hospitalarios para recibir un tratamiento por el abuso de sustancias (35).

Así mismo, se encontraron diferencias notorias entre la región de Groenlandia y el género; las mujeres de la zona oriental de la isla presentan mayores efectos secundarios relacionados con el consumo de alcohol que afectan a su salud. El estudio afirma que las mujeres jóvenes beben menos alcohol que los hombres y que sufren consecuencias más graves relacionadas con este consumo. Otro estudio demostró que las mujeres con trabajo y con niños pequeños reciben más frecuentemente un tratamiento para el alcohol, cuyo consumo era más habitual los fines de semana y días festivos (36).

Los resultados obtenidos se basaron en los datos recogidos en la base de datos nacional sobre el tratamiento del abuso de sustancias, que indicaron que, la edad media de consumo era de 38,2 años y que solamente el 60,1% tenía dependencia a esta sustancia y el 15,5% tenía un consumo nocivo. En general, la mayoría de los encuestados bebía entre 2-4 veces al mes, de los cuales un 95% excedía las dosis. Además, la mitad de ellos informó que habían perdido el control de ellos mismos al menos una vez a la semana y, uno de cada tres no había podido cumplir con las expectativas o necesitaba consumir a primera hora de la mañana una vez por semana (34). Estos datos reflejan sus graves consecuencias. En la isla, un 24% de las muertes relacionadas con el alcohol se deben a cirrosis y un 20% a accidentes, lo que coincide con los patrones de consumo excesivo observados en el estudio (37).

6.7 JUSTIFICACIÓN

El acceso a la atención sanitaria es un derecho de todas las personas que, en muchas regiones del mundo no está garantizado. En las zonas más aisladas de Groenlandia, la sanidad se enfrenta a múltiples obstáculos, incluyendo la escasez de personal sanitario (dificultad para vivir allí), de recursos sanitarios, la falta de infraestructuras óptimas para el tratamiento de pacientes y, sobre todo, las duras condiciones climáticas. Todo ello, sin duda, tiene un impacto directo en la salud de la población, especialmente en la salud mental (depresión, suicidio) o el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias.

Actualmente, Groenlandia presenta una de las tasas de suicidio más elevadas a nivel mundial, siendo predominante entre la población más joven. Esto, en gran medida, se debe a las variaciones de luz solar a lo largo de los meses y a las adversidades climáticas que, en ocasiones, impiden a los ciudadanos socializar con los demás. A su vez, el abuso del alcohol es otro de los principales problemas de salud pública. Todo ello, junto con la escasez de recursos sanitarios especializados en el óptimo tratamiento, prevención y promoción de la salud, evidencian la importancia y la necesidad de implementar estrategias de intervención para mejorar las condiciones actuales.

Es por eso por lo que la educación sanitaria desempeña un papel fundamental en la prevención y promoción de la salud, ya que permite adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para reconocer signos de alarma, buscar ayuda profesional y reducir el estigma relacionado con los problemas de salud mental y abuso de sustancias. Por ello, este proyecto educativo está dirigido a aquellos residentes de Ilulissat, Groenlandia, que deseen ampliar sus conocimientos proporcionándoles la educación necesaria para identificar, prevenir y abordar adecuadamente estas patologías para mejorar el bienestar de la comunidad y el suyo propio.

Además, este proyecto también tiene como objetivo resaltar la importancia del papel de la enfermería en la educación, sobre todo, en aquellos entornos en los que los recursos son muy limitados. Todo ello se llevará a cabo a través de sesiones formativas impartidas por profesionales sanitarios expertos en Educación para la Salud para que la población tenga acceso a las herramientas necesarias para abordar dichos problemas teniendo en cuenta las particularidades socioculturales de los Inuits.

La educación sanitaria es esencial en estas regiones aisladas dada la escasez de personal especializado, por tanto, con este proyecto educativo se busca proporcionar una posible ayuda para disminuir la incidencia de las principales afecciones de Groenlandia, involucrando a la población para que puedan autocuidarse, ayudar a los demás y así, prevenir patologías que afectan directamente a su bienestar y al del resto de la comunidad.

7. PROYECTO EDUCATIVO

7.1 POBLACIÓN DIANA

Este TFG tiene como objetivo la realización de un proyecto educativo que se subdivide en dos; el primero, abordará temas como la depresión y el suicidio e irá dirigido a personas (afectadas o no por estas patologías), de entre 59 y 89 años, y, el segundo, sobre el alcoholismo, irá dirigido a personas (con las mismas condiciones del grupo anterior) mayores de 15 años. Concretamente, se dirigirá a aquellos residentes en la ciudad de Ilulissat, que tengan como hospital de referencia el "Ilulissat Regional Hospital", previa solicitud a la Dirección y Gerencia del organismo del centro sanitario (Anexo I y II).

Para cada uno de los proyectos, se establecerán dos grupos con un máximo de 15-20 participantes en cada uno de ellos, contando con un total de 40 participantes. De esta forma, se busca fomentar la participación del mayor número de personas posible gracias a la oferta de dos grupos con fechas diferentes.

7.2 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

Para organizar de forma detallada los contenidos necesarios a impartir en las diferentes sesiones, se realizará una encuesta a, al menos 20 de los participantes, antes de comenzar el curso con el objetivo de identificar las necesidades reales de la población diana a la que va dirigido este proyecto educativo (Anexo III). Se obtendrá información relativa a:

FACTORES PERSONALES		
Área Cognitiva	Área Habilidad	Área Emocional
<ul style="list-style-type: none">- Desconocimiento de los signos y síntomas de alarma.- Falta de información sobre la salud mental y el alcoholismo.- No conocer dispositivos de ayuda.	<ul style="list-style-type: none">- Dificultad para aplicar las estrategias de prevención.- Escasez de habilidades para identificar situaciones de riesgo.- Falta de práctica comunicando.	<ul style="list-style-type: none">- Miedo al estigma social.- Falta de confianza para buscar ayuda profesional.- Dificultad para expresar sentimientos y preocupaciones.

FACTORES AMBIENTALES	
Entorno Social	Entorno Laboral
<ul style="list-style-type: none">- Dificultades en el desplazamiento.- Poca cobertura en las áreas de salud.- Climatología adversa y aislamiento geográfico.- Escaso apoyo familiar en situaciones de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">- Limitaciones de material y/o recursos disponibles.- Escasa formación en alcoholismo y salud mental.- Escaso tiempo libre para acudir a las sesiones.

Tabla 3. Necesidades encontradas en Ilulissat. Elaboración propia.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión que deben cumplir los integrantes del grupo poblacional al que va dirigido el proyecto educativo son:

- Personas con edades comprendidas entre 59 y 89 años en el grupo de depresión y suicidio, y mayores de 15 años en el grupo de alcoholismo. En ambos casos, estas personas pueden sufrir estas patologías o no.
- Residentes en Ilulissat, Groenlandia.
- Estudiantes universitarios en prácticas y participantes en proyectos de investigación.

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión para no poder formar parte del grupo poblacional al que va dirigido el proyecto educativo son:

- Personas que hayan acudido previamente a estas sesiones educativas.
- Profesionales expertos en estas materias.
- Población que no se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos para cada una de las afecciones.

7.5 CAPTACIÓN

El método de captación de la población diana se realizará de forma visual mediante un póster informativo del cual se imprimirán varias copias para ubicarlas en el Centro Cultural, colegio público, residencia geriátrica y Centro Sanitario (Anexo IV). De esta forma, se pretende lograr la mayor captación posible mediante la difusión de la información ofertada de la manera más visual posible para que se facilite su comprensión.

Si lo desean, previo a la inscripción, los asistentes podrán consultar los contenidos de las sesiones, los grupos y las fechas en las que se impartirán las sesiones formativas consultando el tríptico informativo (Anexo V) que encontrarán en la página web oficial del Hospital Regional de Ilulissat, Groenlandia.

Los interesados en acudir a las sesiones formativas podrán inscribirse gratuitamente al curso informando a los trabajadores del centro en el que hayan visualizado el póster o el tríptico con un correo electrónico y/o teléfono. Así mismo, se podrán apuntar de manera presencial en el centro en el que se oferte dicho curso en formato papel, lo que nos permitirá conocer exactamente el número de participantes que están interesados en acudir al curso para poder adaptar los grupos al aforo máximo de cada uno de ellos en función de sus necesidades.

7.6 OBJETIVOS EDUCATIVOS

Con el establecimiento de los objetivos educativos se busca establecer unos fines específicos a tratar a medida que se va impartiendo el curso. Se deben poder llevar a cabo en el ámbito de la educación y de las características individuales del grupo. Dichos objetivos serán alcanzables y evaluables al finalizar el proyecto educativo.

- Objetivo general: educar a los participantes que asistan al curso formativo acerca de las herramientas sanitarias necesarias para que puedan resolver de manera autónoma determinadas situaciones cotidianas, relacionadas con las patologías más frecuentes de Groenlandia (depresión, alcoholismo y suicidio).
- Objetivos específicos: son aquellos que se pretenden alcanzar tras la realización del proyecto educativo. Dichos objetivos son los siguientes:

Área COGNITIVA (conocimiento)	Área AFECTIVA (actitudes o emociones)	Área HABILIDADES (habilidad)
Identificarán los signos y síntomas de alarma.	Fomentarán la búsqueda de ayuda profesional.	Sabrán realizar con éxito las técnicas aprendidas en las sesiones.
Sabrán cómo resolver problemas en situaciones cotidianas	Expresarán sus preocupaciones con relación a las patologías.	Se capacitará a los grupos en estrategias para reducir el consumo de alcohol.
Entenderán cómo afectan los factores ambientales a la salud mental.	Fortalecerán la empatía y tendrán relaciones basadas en el respeto.	Demostrarán sus capacidades de asistir en una situación compleja.
Relacionarán los signos y síntomas de alarma con una forma de actuación.	Compartirán experiencias vividas que sirvan de aprendizaje.	Efectuarán las técnicas de manera segura y confiada.

Tabla 4. Objetivos educativos en función de las diferentes áreas. Elaboración propia.

7.7 METODOLOGÍA

Para la realización de este proyecto se ha empleado una metodología educativa en la que se prioriza la participación de los asistentes en un aprendizaje de conceptos esenciales de enfermería relacionados con el tratamiento del alcoholismo, la depresión o el suicidio.

El objetivo consiste en capacitar a la población diana mediante sesiones formativas sobre los temas mencionados previamente con el fin de mejorar la identificación temprana de los síntomas.

7.8 CONTENIDOS PRINCIPALES DE LAS SESIONES

El objetivo de este trabajo: "*Proyecto educativo de atención básica de enfermería en zonas aisladas de países desarrollados: Groenlandia*" será proporcionar a los participantes las herramientas tanto teóricas como prácticas necesarias sobre la atención sanitaria en la depresión, alcoholismo y suicidio, enfocado a las necesidades de la población de Ilulissat.

Para ello se ha diseñado un programa que incluye la identificación de factores de riesgo, así como la implementación de estrategias de prevención y de actuación teniendo en cuenta las limitaciones de este país. Los contenidos del proyecto se han dividido en diferentes sesiones formativas de tal forma que se lleve a cabo la dinámica más apropiada para su correcto abordaje:

- Sesión nº1: introducción a la salud mental y consumo de alcohol en Groenlandia.
- Sesión nº2: identificación de signos y/o síntomas de alarma en la depresión, el suicidio y el alcoholismo.
- Sesión nº3: estrategias de prevención de complicaciones y búsqueda de ayuda profesional.
- Sesión nº4: técnicas de intervención y herramientas para la expresión de sentimientos

En cada una de las diferentes sesiones se desarrollarán aspectos fundamentales para poder abordar estos problemas como, por ejemplo: la influencia del entorno en la población Inuit el reconocimiento temprano de los primeros síntomas de la depresión, la importancia de solicitar ayuda cuando sea necesario, la expresión de emociones, etc. Además, se proporcionarán los recursos prácticos necesarios (muñecos de simulación, cuestionarios, folletos, documentación clínica, etc.) para que los participantes puedan aplicar todo lo aprendido en la teoría a la práctica asistencial fomentando la independencia y capacidad para resolver conflictos.

Finalmente, para incentivar a que los participantes permanezcan hasta el final de la sesión y deseen seguir acudiendo al resto, se ha optado por seguir una dinámica mayoritariamente participativa. De esta forma, se busca promover la resolución de casos prácticos que se asemejen lo máximo posible a las situaciones de la vida cotidiana para que sean capaces de resolverlos. El objetivo final es que, al acabar el curso, los participantes sepan identificar situaciones de riesgo, llevar a cabo las estrategias de intervención aprendidas y mejorar el estado de salud actual del entorno.

7.9 SESIONES

Las sesiones serán impartidas por profesionales sanitarios. En este caso, se contará con la participación de una enfermera especialista en Educación para la Salud y Participación Comunitaria que sepa cómo abordar correctamente las necesidades de la población. Dichas sesiones abordarán todas aquellas debilidades que se hayan encontrado previamente en las diferentes áreas: cognitiva, afectiva y habilidad. Se impartirán en dos fechas diferentes para que, de esta forma, sea posible la participación del mayor número de asistentes.

Se distribuirán en un total de 4 sesiones que se impartirán los lunes durante 4 semanas y tendrán una duración de 120 minutos, siendo el máximo de asistentes 20 por cada uno de los grupos. En cuanto al horario, será de 16:00-18:00 horas o de 10:00-12:00 h. Las fechas, escogidas en función de las condiciones ambientales de cada uno de los grupos serán:

- **Grupo 1:** todos los lunes del mes de mayo de 16:00-18:00.
- **Grupo 2:** los cuatro primeros lunes del mes de junio de 10:00-12:00.

De esta forma, se busca que, aquellos participantes sin posibilidad de acudir a la formación en el horario de mañana puedan hacerlo durante el mes de mayo y que, aquellos sin disponibilidad de acudir en el turno de tarde, puedan hacerlo en el mes de junio.

Finalmente, en cuanto a las dinámicas que se llevarán a cabo a lo largo de las sesiones, incluyen diferentes técnicas para la adquisición de conocimientos, expresión de emociones y el desarrollo de habilidades (Anexo V).

7.10 CRONOGRAMA DEL PROYECTO: EJEMPLO GRUPO 1

CRONOGRAMA	ENERO				FEBRERO				ABRIL				MAYO				JUNIO
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Recogida de datos																	
Captación																	
Planificación																	
Difusión																	
Sesión nº1																	
Sesión nº2																	
Sesión nº3																	
Sesión nº4																	
VALORACIÓN PRIMER GRUPO																	

Tabla 5. Ejemplo del cronograma del proyecto para el grupo 1. Elaboración propia.

SESIÓN N°1	
Recursos humanos	Una enfermera especialista en Educación para la Salud
Duración	120 minutos (2 horas)
Contenidos	Introducción a la salud mental y el alcoholismo en Groenlandia
	Duración: 40 minutos
	Objetivo: exponer los problemas de salud mental y alcoholismo en Groenlandia, teniendo en cuenta los factores socioculturales y ambientales que influyen.
	Técnica: expositiva-magistral con presentación power-point
	Material: aula, proyector, tríptico informativo.
	Identificación de creencias y mitos
	Duración: 30 minutos.
	Objetivo: identificar y corregir creencias erróneas sobre la salud mental y el alcoholismo.
	Técnica: lluvia de ideas.
	Material: pizarra, tizas, borrador.
	DESCANSO DE 15 MINUTOS
	Reflexión sobre las condiciones de salud de la comunidad
	Duración: 35 minutos.
	Objetivo: analizar cómo percibe la población los problemas de salud mental y el alcoholismo.
Técnica: debate abierto con preguntas guiadas.	
Material: sillas en círculo, pizarra, tizas y borrador.	

SESIÓN N°2

Recursos humanos	Una enfermera especialista en Educación para la Salud
Duración	120 minutos (2 horas)
Contenidos	Identificación de signos y/o síntomas de alarma
	Duración: 50 minutos
	Objetivo: reconocer los principales signos de alarma en personas con depresión, suicidio y alcoholismo.
	Técnica: análisis de casos y resolución de estos.
	Material: aula, hojas con los casos impresos y proyector para leer y analizar los casos.
	DESCANSO DE 20 MINUTOS
	Explicación de los principales factores de riesgo en la comunidad
	Duración: 50 minutos.
	Objetivo: comprender qué factores de riesgo son perjudiciales para la salud y que afectan a la salud mental y el alcoholismo.
	Técnica: presentación de casos reales.
Material: proyector y hojas con los casos reales impresos.	

SESIÓN N°3

Recursos humanos	Una enfermera especialista en Educación para la Salud
Duración	120 minutos (2 horas)
Contenidos	Estrategias de prevención y búsqueda de ayuda profesional
	Duración: 30 minutos
	Objetivo: conocer las estrategias para prevenir el alcoholismo y los problemas de salud mental así como facilitar la búsqueda de ayuda profesional.
	Técnica: taller práctico de búsqueda en grupos de estrategias de prevención y puesta en común de los hallazgos.
	Material: guías de recursos de la zona de Ilulissat.
	Derivación a servicios especializados
	Duración: 30 minutos.
	Objetivo: enseñar a los asistentes a cómo acudir a especialistas en salud mental y alcoholismo.
	Técnica: taller práctico de derivación simulada de pacientes con esta necesidad.
	Material: fichas de casos, lista de los servicios especializados de la zona de Ilulissat.
	DESCANSO DE 15 MINUTOS
	Evaluación de conocimientos
	Duración: 45 minutos.
	Objetivo: evaluar el nivel de adquisición de conocimientos de los participantes después de la sesión mediante un cuestionario.
Técnica: cuestionario online, Kahoot.	
Material: aula con acceso a internet, proyector y dispositivos electrónicos.	

SESIÓN N°4

Recursos humanos	Una enfermera especialista en Educación para la Salud
Duración	120 minutos (2 horas)
Contenidos	Intervención en situaciones de urgencia
	Duración: 45 minutos
	Objetivo: saber actuar en situaciones de urgencias relacionadas con la salud mental y el alcoholismo.
	Técnica: role-playing de simulación de situaciones críticas adaptadas a las condiciones de Ilulissat.
	Material: aula, tarjetas con los roles de cada uno de los asistentes, vestimenta, pizarra, tizas y borrador.
	Expresión de emociones
	Duración: 15 minutos.
	Objetivo: fomentar la expresión de emociones como estrategia de prevención.
	Técnica: visualización de vídeos con casos reales para que los asistentes expresen sus sentimientos ante esas situaciones.
	Material: material audiovisual.
	DESCANSO DE 15 MINUTOS
	Despedida y evaluación
	Duración: 45 minutos.
	Objetivo: resolver dudas y evaluar el impacto del proyecto en los asistentes, así como, recoger posibles sugerencias de mejora.
Técnica: cuestionario anónimo y discusión grupal abierta.	
Material: encuestas, bolígrafos y hojas en blanco para la retroalimentación.	

7.11 TÉCNICAS DE TRABAJO UTILIZADAS

En este proyecto educativo será fundamental aplicar diferentes técnicas de trabajo que favorezcan la comprensión, participación y aplicación práctica de los contenidos impartidos.

Algunas de las técnicas que se han implementado han sido:

- Técnica expositiva- magistral: para impartir los conocimientos más teóricos.
- Técnica de análisis; resolución de casos: para analizar situaciones reales.
- Lluvia de ideas: que permita recopilar ideas y evaluar el nivel de conocimientos.
- Role playing: para capacitar a los asistentes a actuar en situaciones reales.
- Cuestionarios para la evaluación final del curso, ponentes y conocimientos adquiridos.
- Debriefing: donde se analice lo sucedido para exponer propuestas de mejora.

7.12 MATERIALES

Para la realización de este proyecto educativo serán necesarios algunos materiales y/o recursos como:

- Enfermero/a especialista en Educación para la Salud con experiencia en dinámicas participativas.
- Trípticos informativos que faciliten la difusión del proyecto y la captación de participantes (Anexo V).
- Póster informativo para la comprensión de los objetivos del curso (ubicados en el Centro cultural, hospital, colegio, etc) (Anexo IV).
- Encuestas previas, posteriores y de satisfacción para la evaluación de las necesidades de los participantes, así como para determinar la eficacia del proyecto y las valoraciones de los participantes (Anexos III, VI, VIII y IX).
- Material didáctico que facilite la explicación de los contenidos como: presentaciones, manuales, documentos, etc.
- Recursos audiovisuales para facilitar la comprensión de los contenidos teóricos y prácticos: videos educativos, documentales sobre la vida y las condiciones de salud en Groenlandia, entrevistas con profesionales sanitarios especializados en salud mental y adicciones, relatos de experiencias, etc.
- Material de papelería: papel, bolígrafos, subrayador, lápiz, goma, carpetas, etc.
- Aula de docencia del Hospital Regional de Ilulissat con capacidad para albergar a 20 participantes por grupo que cuente con sillas y mesas para cada uno de ellos, así como con un proyector, pizarra y tizas.
- Material interactivo: cuestionarios digitales que permitan a los asistentes autoevaluar sus conocimientos.

7.13 EVALUACIÓN

Para llevar a cabo una correcta evaluación del proyecto, se realizarán diferentes técnicas tanto cualitativas como cuantitativas que permitirán evaluar la eficacia de las sesiones impartidas y la consecución de los objetivos previamente planteados. Teniendo en cuenta que este proyecto se desarrolla en un contexto muy específico (región de Ilulissat, en Groenlandia), es fundamental evaluar el grado de adaptación de los contenidos impartidos con la realidad sanitaria del país. Para ello, se evaluarán todas las áreas que lo conforman:

- Evaluación estructural: en esta primera fase, se valorará, mediante una encuesta dirigida a los docentes, la efectividad del proceso de captación de los participantes en las sesiones, la adecuada utilización de los recursos y de la metodología implementada. En especial, se debe analizar el número y duración de estas, los recursos y/o materiales empleados y la población diana. Además, se debe analizar la tasa de asistencia, de participación, la implicación de los participantes y del profesional sanitario y el número de total de personas por cada grupo. Además, se examinará la accesibilidad, teniendo en cuenta las dificultades derivadas de las condiciones climáticas y geográficas (Anexo VII).
- Evaluación del proceso: se valorará la adecuación de los contenidos impartidos en cada una de las sesiones, la consecución de los objetivos y se prestará especial atención a la capacidad de los docentes de suscitar un ambiente participativo, así como el cumplimiento del cronograma establecido en la fase estructural (Anexo VII).
- Evaluación de resultados: en esta última fase, se analizará, mediante un cuestionario de evaluación final (Anexo VIII), el grado de consecución de los objetivos planteados en la fase inicial del proyecto: conocimientos adquiridos, identificación de riesgos de problemas de salud mental y el consumo de alcohol. Así mismo, se evaluará la capacidad de los participantes de desarrollar actividades para prevenir estas complicaciones y de aplicar estas técnicas aprendidas en las sesiones en su entorno.

Finalmente, cuando hayan finalizado todas las sesiones formativas, se proporcionarán a todos los asistentes una encuesta para que puedan valorar la calidad y cantidad de los contenidos impartidos a lo largo de esas cuatro semanas. Además, les recomendaremos que dejen su valoración y que comenten posibles sugerencias para futuros cursos educativos (Anexo IX).

7.14 LIMITACIONES DEL PROYECTO EDUCATIVO

A medida que se ha ido desarrollando este proyecto se han ido encontrando determinadas limitaciones relacionadas con los objetivos que se pretenden cumplir, lo que puede influir en la implementación y en la efectividad de este programa.

A continuación, se detallan las principales limitaciones encontrados:

- Dificultades de acceso y desplazamiento: la geografía de Groenlandia dificulta el acceso a determinadas áreas más aisladas de las principales poblaciones, lo que ha dificultado que la difusión del curso ofertado haya llegado a esa población.
- Condiciones climáticas adversas: aunque las dos fechas en las que se imparte el curso están seleccionadas conscientemente en los meses de verano por la estabilidad que suelen presentar en cuanto a climatología adversa, existe la posibilidad de que las condiciones meteorológicas cambien y los asistentes no puedan desplazarse al lugar en el que se imparte el curso.
- Disponibilidad de profesionales sanitarios: como se ha mencionado anteriormente, en Groenlandia, hay escasez de profesionales sanitarios, lo que obstaculiza la formación previa de estos para poder impartir el curso. El objetivo consiste en que, tras la capacitación de los asistentes (población de Ilulissat), estudiantes relacionados con la sanidad e investigadores sean estos los que, posteriormente, continúen formando a la población en aquello que sea necesario para mejorar la calidad de vida.
- Barrera lingüística: a pesar de que la gran mayoría de groenlandeses son nativos en inglés y danés, hay algunos que sólo dominan el danés, lo que dificultaría la comprensión de las sesiones formativas. En general, es muy común que la población más joven de Groenlandia domine los tres idiomas más hablados, groenlandés o Inuit, danés e inglés. Sin embargo, la mayoría de los asistentes al curso serán personas mayores que se comuniquen en groenlandés, lo que, sin duda, es una limitación para este proyecto que será impartido en inglés.
- Escasez de recursos: tanto de personal como de material sanitario (documentación clínica, muñecos de simulación práctica, encuestas, etc) necesario para educar adecuadamente a los asistentes. La utilización de recursos didácticos facilita la comprensión de los conocimientos impartidos por parte de los asistentes. Sin ellos, podrían encontrarse determinados problemas de asimilación. Además, la falta de acceso a la tecnología en ciertas áreas más rurales puede dificultar la implementación de las herramientas digitales empleadas en la formación.

7.15 CONCLUSIÓN

A partir de la información revisada para la realización de este TFG, se ha podido detectar la escasez de recursos sanitarios (especialistas, equipos de radiodiagnóstico, instalaciones sanitarias, enfermeros/as, transporte médico, psicólogos, etc.), las condiciones climáticas extremas y la falta de profesionales sanitarios cualificados para abordar las principales afecciones de salud en Groenlandia: la depresión, el suicidio y el alcoholismo.

En cuanto a la finalidad de este proyecto educativo de “atención básica de enfermería en zonas aisladas de países desarrollados”, centrado en Ilulissat, destaca la importancia de la educación sanitaria para poder hacer frente a las limitaciones de esta región mediante sesiones formativas que capaciten a los asistentes a identificar signos de alarma, fomentar la búsqueda de ayuda profesional y promover estilos de vida saludables.

Todo ello se llevará a cabo con una dinámica participativa que facilite la comprensión de los conceptos y que irá adaptada a las necesidades de la población identificadas en el cuestionario que se realizará previo a las sesiones. Gracias a este test previo, se podrán identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de los asistentes, con el objeto de mejorar sus conocimientos con cada una de las sesiones.

Para poder impartir las sesiones y cumplir con la planificación de los contenidos establecidos, se han tenido en cuenta las características del Hospital en el que serán impartidas, previa solicitud al establecimiento, el Hospital Regional de Ilulissat.

Finalmente, este proyecto educativo no solo facilitará a los asistentes las herramientas necesarias para el propio autocuidado y para poder atender a un paciente con alguna de estas afecciones en condiciones extremas, sino que también fortalecerá el vínculo de los profesionales sanitarios con el resto de la población al remarcar la importancia de solicitar ayuda profesional cuando sea necesario. De esta forma, se busca contribuir a la mejora de las condiciones de vida de comunidades aisladas como es el caso de Ilulissat, Groenlandia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Björkstén KS, Bjerregaard P, Kripke DF. Suicides in the midnight sun--a study of seasonality in suicides in West Greenland. *Psychiatry Res* 2005 -02-28;133(2-3):205–213.
2. Groenlandia - Datos de población del país, Enlaces y mapas. Available at: <https://www.geo-ref.net/sp/grl.htm> Accessed Jan 22, 2025.
3. Ingemann TN, Backe MB, Bonefeld-Jørgensen EC, Skovgaard N, Pedersen ML. Prevalence of patients treated with antidepressant medicine in Greenland and Denmark: a cross-sectional study. *International Journal of Circumpolar Health* 2021 January 1;80(1):1912540.
4. Federico Aznar Fernández-Montesinos. Dinamarca y el Ártico. El caso de Groenlandia. 2023; capítulo quinto (5):50.
5. Aznar Fernández-Montesinos F. Dinamarca y el Ártico. El caso de Groenlandia. *Cuadernos de estrategia* 2023(218):185–234.
6. PhD GJ. Introducción a Groenlandia: Gilad James Mystery School; 2023. Available at: <https://books.google.es/books?id=eNEAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> Accessed Jan 24, 2025.
7. Samo Nielsen. Statbank Groenlandia. Nivel educativo alcanzado (16-74 años) según lugar de residencia, 2002-2023. 2024; Available at: https://bank.stat.gl/pxweb/en/Greenland/Greenland_UD_UD40_UD4020/UDXISCPROD.px?rxid=UDXISCPROD09-03-2025%2014:41:24.
8. Moltke I, Fumagalli M, Korneliussen TS, Crawford JE, Bjerregaard P, Jørgensen ME, et al. Uncovering the genetic history of the present-day Greenlandic population. *Am J Hum Genet* 2015 -01-08;96(1):54–69.
9. Conoce Groenlandia: El pueblo Inuit. Available at: <https://www.groenlandia.com/conoce-groenlandia/pueblo-inuit>. Accessed Mar 6, 2025.
10. Isaaffik. Hospital Reina Ingrid, Ilulissat. Available at: <https://isaaffik.org/infrastructures/view/dronning-ingrids-hospital?iri=%2Fapi%2Finfrastructures%2F20b53557-0f6d-4998-8b1a-c865c89f85b3>. Accessed Jan 23, 2025.
11. Ilulissat Regionssygehus. Available at: <https://peqqik.gl:443/Kontakt/Sundhedscentre/Avannaa/Ilulissat-sygehus-gl-og-dk>. Accessed Mar 15, 2025.
12. Sundhedstilbuddet i din region. Available at: <https://peqqik.gl:443/Emner/Patientinformation/Ydelser-i-SHV>. Accessed Jan 22, 2025.

13. Lisa Alemania. Ferry costero en Groenlandia 2023. Available at: <https://visitgreenland-com.translate.goog/things-to-do/coastal-ferry-in-greenland/? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=sge#:~:text=Sarfaq%20Ittuk%2C%20the%20coastal%20ferry,of%20towns%20along%20its%20route>. Accessed Jan 22, 2025.
14. El derecho a los servicios sanitarios en Groenlandia | Cooperación nórdica. Available at: <https://www.norden.org/en/info-norden/right-healthcare-services-greenland>. Accessed Jan 22, 2025.
15. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad - Profesionales de la Salud - Salud pública - Sanidad exterior. Available at: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPaises.do?metodo=verDetallePais> Accessed Jan 23, 2025.
16. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet* 2016 -07-09;388(10040):131–157.
17. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 2008 -05;87(5):1107–1117.
18. Bjerregaard P, Dahl-Petersen IK. How well does social variation mirror secular change in prevalence of cardiovascular risk factors in a country in transition? *Am J Hum Biol* 2011;23(6):774–779.
19. Bjerregaard P, Jeppesen C. Inuit dietary patterns in modern Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2010 -02;69(1):13–24.
20. Bjerregaard P, Larsen CVL. Social determinants of dietary patterns, food basket costs and expenditure on alcohol and tobacco amongst Greenland Inuit. *Public Health Nutr* 2021 -10;24(15):4975–4984.
21. Sørensen JB, Øst CL, Alberdi F, Heilmann P, Morthorst BR. Suicide Among the Population in Greenland - A Scoping Review. 2023:406.
22. Grove O, Lynge J. Suicide and attempted suicide in Greenland. A controlled study in Nuuk (Godthaab). *Acta Psychiatr Scand* 1979 -10;60(4):375–391.
23. Seidler IK, Tolstrup JS, Bjerregaard P, Crawford A, Larsen CVL. Time trends and geographical patterns in suicide among Greenland Inuit. *BMC psychiatry* 2023 March 21;23(1):187.
24. Seidler IK, Hansen NL, Bloch AP, Larsen CVL. A systematic review on risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour among Greenland Inuit. *International journal of circumpolar health* 2023 1201;82(1):2226284.

25. Björkstén KS, Kripke DF, Bjerregaard P. Accentuation of suicides but not homicides with rising latitudes of Greenland in the sunny months. *BMC Psychiatry* 2009 May 8;9(1):20.
26. Petridou E, Papadopoulos FC, Frangakis CE, Skalkidou A, Trichopoulos D. A Role of Sunshine in the Triggering of Suicide. *Epidemiology* 2002 January;13(1):106.
27. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res* 2020 July 1;126:134–140.
28. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* 2018 -11-24;392(10161):2299–2312.
29. Vassos E, Agerbo E, Mors O, Pedersen CB. Urban-rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. *Br J Psychiatry* 2016 May 1;208(5):435–440.
30. Poppel B, Andersen T. Alcohol and other drug use among students in Greenland — A comparison between some 1999 and 2003 ESPAD data. *International Journal of Circumpolar Health* 2004 09;63(sup2):410–413.
31. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007 -02;31(2):185–199.
32. Inuuneritta II. Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019. Naalakkersuisut. Jakobsen, A., Laurberg, P., Vestergaard, P., Andersen, S. (2013). Clinical risk factors for osteoporosis are common among elderly people in Nuuk, Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* 2012;72:19596.
33. Thomas F, Babor John C, Higgins-Biddle. BRIEF INTERVENTION For Hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care. OMS 2001 Aug 5:52.
34. Niclasen B, Flyger J, Becker U, Nielsen B, Nielsen AS. Implementation of AUDIT in the treatment planning process for alcohol use disorder in Greenland. *Nordic journal of psychiatry* 2021 February 1;75(2):145–151.
35. Bear UR, Beals J, Novins DK, Manson SM. Gender differences among Alaska Native people seeking alcohol withdrawal treatment. *Subst Abus* 2016;37(2):372–378.
36. Flyger J, Nielsen B, Niclasen BV, Nielsen AS. Does establishing local treatment institutions lead to different populations seeking treatment among Greenlandic Inuit? *Nord J Psychiatry* 2020 -05;74(4):259–264.
37. Aage H. Alcohol in Greenland 1951–2010: consumption, mortality, prices. *International Journal of Circumpolar Health* 2012 January 31;71(1):18444.

ANEXOS

ANEXO I: SOLICITUD DEL PROYECTO

En Madrid, a 15 de febrero de 2025.

A la atención de la Dirección del Hospital Regional de Ilulissat;

Estimados/as, yo, Paula Cabañas Valentín, estudiante del último curso del Grado de enfermería, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar autorización para llevar a cabo mi Proyecto educativo en las instalaciones del Hospital Regional de Ilulissat.

Con la realización de este Trabajo Fin de Grado, se ha evidenciado la escasez de recursos, personal sanitario y programas educativos orientados a la identificación y prevención de problemas de salud mental y alcoholismo en poblaciones aisladas como Ilulissat.

Por ello, se ha identificado la necesidad de implementar un proyecto educativo dirigido a personas con edades comprendidas entre los 59 y 89 años en el grupo de depresión y suicidio, y mayores de 15 años en el grupo de alcoholismo, residentes en Ilulissat, universitarios en prácticas e investigadores para educar en la identificación temprana de signos de alarma y la promoción de estilos de vida saludables.

Me gustaría solicitar, si es posible, su colaboración y apoyo para implementar este proyecto de “Atención básica de enfermería en zonas aisladas de países desarrollados”, ofreciendo el espacio y los recursos necesarios para su ejecución.

Gracias de antemano por su tiempo y consideración.

Atentamente,
Paula Cabañas Valentín

Un cordial saludo

ANEXO II: SOLICITUD DEL PROYECTO EN DANÉS

I Madrid den 15. februar 2025.

Til opmærksomhed fra ledelsen af Ilulissat Regionshospital;

Kære alle, jeg, Paula Cabañas Valentín, en sidste års sygeplejestuderende, skriver til jer for at anmode om tilladelse til at udføre mit uddannelsesprojekt på Ilulissat Regional Hospital.

Afslutningen af dette afsluttende gradsprojekt har fremhævet knapheden på ressourcer, sundhedspersonale og uddannelsesprogrammer, der sigter mod at identificere og forebygge psykiske problemer og alkoholisme i isolerede samfund som Ilulissat.

Derfor er behovet identificeret for at gennemføre et uddannelsesprojekt rettet mod personer i alderen mellem 59 og 89 i depressions- og selvmordsgruppen, og dem over 15 år i alkoholismegruppen, beboere i Ilulissat, universitetspraktikanter og forskere. Dette projekt har til formål at uddanne dem i tidlig identifikation af advarselstegn og fremme af sund livsstil.

Jeg vil gerne anmode om, hvis det er muligt, jeres samarbejde og støtte i implementeringen af dette projekt "Grundlæggende sygepleje i isolerede områder i udviklede lande," ved at give det nødvendige rum og ressourcer til dets udførelse.

På forhånd tak for din tid og overvejelse.

Med venlig hilsen
Paula Cabañas Valentín

En hjertelig hilsen

ANEXO III: ENCUESTA PREVIA

Instrucciones: por favor, responda las siguientes preguntas sinceramente para que se pueda evaluar el nivel de conocimiento previo y adaptar las sesiones a las necesidades.

1. **¿Qué entiende por salud mental? ¿Qué relación cree que tiene con el consumo de alcohol?** _____

2. **En una escala del 1 al 5, ¿Cuánto conoce sobre estos temas?** Siendo 1: Nada informado/a y 5: Muy informado/a. Rodee con un círculo:

Depresión: [1][2][3][4][5]

Suicidio: [1][2][3][4][5]

Alcoholismo: [1][2][3][4][5]

3. **¿Qué dificultades cree que existen en su comunidad para prevenir los problemas de salud mental y alcoholismo?** Señale con una X todas las que considere correctas.

- o Falta de información y formación especializada
- o Falta de recursos y profesionales sanitarios
- o Dificultad para acceder a los servicios sanitarios por climatología o distancia
- o Estigma social
- o Otros: _____

4. **Señale los signos de alarma que, en su opinión, pueden indicar un problema de salud mental:** Señale con una X todas las que considere correctas.

- o Cambios bruscos de estado de ánimo
- o Aislamiento social
- o Aumento del consumo de alcohol
- o Pérdida de interés por actividades cotidianas
- o Otros: _____

• ¿Sabría cómo actuar si identifica alguno de estos signos en una persona cercana?

Sí No No estoy seguro/a

5. **¿Sabría identificar signos de abuso de alcohol en un paciente?**

Sí No No estoy seguro/a

6. **¿Conoce cuáles son los recursos disponibles en su comunidad para abordar los problemas de salud mental o aquellos relacionados con el alcoholismo?**

Sí No Parcialmente

7. **¿Considera importante la formación en salud mental para el personal sanitario?**

Muy importante Importante Poco importante Nada importante

8. **¿Cree que tiene habilidades suficientes para identificar situaciones de riesgo o comunicarse con personas en crisis?**

Sí No No estoy seguro/a

9. **¿Cree que el consumo de alcohol es un problema en comunidades aisladas?**

Sí, es muy relevante Es algo relevante No es relevante

10. **¿En su entorno laboral, se ofrecen facilidades para ampliar sus conocimientos?**

Sí No Parcialmente

¡Gracias por su participación!

TALLER PARA APRENDER A ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA EN UNA ZONA AISLADA



¿SABRÍAS QUÉ HACER EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES?

DEPRESIÓN



SUICIDIO



ALCOHOLISMO



Saber autocuidarse y enseñar a salvar vidas en zonas donde los recursos son limitados es fundamental, no dudes en apuntarte para aprender cómo hacerlo.

¿QUÉ APRENDERÁS?

- Sabrás identificar signos y síntomas de alarma
- Conocerás cómo actuar ante situaciones de riesgo
- Serás capaz de expresar tus emociones y pedir ayuda
- Te sentirás segur@ si tienes que intervenir en alguna situación
- Entenderás cómo afectan los factores ambientales a la salud mental



Para más información consulta nuestro tríptico informativo en este QR



¿SABRÍAS CÓMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA DETERMINADA EN UNA ZONA AISLADA?

APRENDERÁS:

- ¿Qué es la depresión?
- ¿Qué es el suicidio?
- ¿Qué es el alcoholismo?
- ¿Cómo puedo ayudar a los demás?
- ¿Cómo puedo cuidarme?
- ¿Puedo aprender a expresar mis emociones?



CONTENIDOS

- **Sesión 1:** introducción al alcoholismo y salud mental en Groenlandia.
- **Sesión 2:** identificación de signos y/o síntomas de alarma en la depresión, el suicidio y alcoholismo.
- **Sesión 3:** estrategias de prevención de complicaciones y búsqueda de ayuda profesional.
- **Sesión 4:** técnicas de apoyo emocional y expresión de sentimientos.



¿QUIÉN SE PUEDE INSCRIBIR?

- Grupo depresión y suicidio: pacientes entre 59 y 89 años
- Grupo alcoholismo: mayores de 15 años
- Residentes en Ilulissat, Groenlandia.
- Universitarios e investigadores.



Grupo 1: todos los lunes de mayo de 16:00 - 18:00
Grupo 2: los cuatro primeros lunes de junio de 10:00 - 12:00



Hospital Regional de Ilulissat, Napparsimaviup
Aqq. 4, 3952, Ilulissat 3952,
Groenlandia



+299 94 32 11

¿QUIÉN IMPARTE EL CURSO?

Una enfermera especialista en Educación para la salud



ANEXO VI: ENCUESTA POST-TALLERES

Instrucciones: por favor, responda sinceramente para evaluar el impacto que ha tenido el proyecto educativo en la adquisición de nuevos conocimientos y técnicas sanitarias.

1. **¿Qué ha aprendido sobre salud mental a lo largo de estos talleres?** _____

2. **Del 1 al 5, ¿Cuánto de seguro/a se siente ahora respecto a su conocimiento en estos temas?** 1: Nada seguro/a y 5: Muy seguro/a. Rodee con un círculo:

Depresión: [1] [2] [3] [4] [5]

Suicidio: [1] [2] [3] [4] [5]

Alcoholismo: [1] [2] [3] [4] [5]

3. **¿Cuáles considera que son las principales causas de los problemas de salud mental en comunidades aisladas?** Señale con una X las que considere correctas.

- Aislamiento social
- Falta de recursos sanitarios
- Factores genéticos
- Estrés laboral
- Otros: _____

4. **¿Cuáles son los signos de alarma que, en su opinión, indican un problema de salud mental?** Señale con una X todas las que considere correctas.

- Cambios bruscos de estado de ánimo
- Aislamiento social
- Insomnio o hipersomnia
- Aumento del consumo de alcohol
- Pérdida de interés por actividades cotidianas
- Otros: _____

5. **¿Sabría cómo actuar si identifica alguno de estos signos en una persona?**

- Sí No No estoy seguro/a

6. **¿Sabría identificar signos de abuso de alcohol en un paciente?**

- Sí No No estoy seguro/a

7. **¿Conoce los recursos disponibles en su comunidad para abordar los problemas de salud mental o aquellos relacionados con el alcoholismo?**

- Sí No Parcialmente

8. **¿Considera importante la formación en salud mental para el personal sanitario?**

- Muy importante Importante Poco importante Nada importante

9. **¿Considera que podrá aplicar las estrategias aprendidas en su práctica diaria?**

- Sí No No estoy seguro/a

10. **¿Cree que el consumo de alcohol sigue siendo un problema relevante en comunidades aisladas?**

- Sí, es muy relevante Es algo relevante No es relevante

11. **¿Ha mejorado su comprensión sobre los efectos del consumo excesivo de alcohol en la salud mental?**

- Sí No Parcialmente

¿Qué sugerencias tiene para mejorar futuros talleres? _____

¡Gracias por su participación!

ANEXO VII: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE DOCENTES

Gracias por participar en este proyecto. Tu opinión es fundamental para mejorar futuros cursos. Por favor, dedica unos minutos a completar esta breve encuesta sinceramente.

1. ¿Pertenece al sector sanitario? Sí / No

2. Indica tu nivel de satisfacción en cada área (1: Muy insatisfecho – 5: Muy satisfecho)

ASPECTOS A EVALUAR	1	2	3	4	5
1. La asistencia de los participantes ha sido adecuada.					
2. Los asistentes han mostrado implicación durante las sesiones.					
3. Se han cumplido los objetivos formativos del curso.					
4. Los contenidos impartidos se ajustan a las necesidades.					
5. La organización y planificación han sido adecuadas.					
6. El lugar donde se impartió el curso ha sido accesible.					
7. Considera útil repetir o ampliar la información.					
8. Se han dispuesto de los materiales necesarios para las sesiones.					
9. El grupo ha mostrado interés y participación.					
10. El ambiente de trabajo ha sido adecuado.					

3. ¿Crees que el curso ha cubierto tus expectativas como docente?

Sí, totalmente Parcialmente No

4. ¿Consideras que tu participación como docente ha sido valorada por el grupo?

Sí No

5. ¿La duración de cada sesión ha sido adecuada para desarrollar los contenidos?

Sí No, demasiado corta No, demasiado extensa

6. ¿Ha tenido suficiente margen para aplicar técnicas participativas?

Sí No

7. ¿Qué aspectos mejorarías en futuras ediciones del curso?

8. ¿Te has sentido cómodo/a en el desarrollo de las sesiones?

Sí, totalmente Parcialmente No

9. Otros comentarios/sugerencias: _____

¡Gracias por participar!

ANEXO VIII: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA ASISTENTES

Instrucciones: por favor, responda sinceramente para evaluar el impacto que ha tenido el proyecto educativo en la adquisición de nuevos conocimientos y técnicas sanitarias.

1. ¿Qué síntomas podrían indicar un cuadro de depresión?

- Dolor de espalda y fiebre
- Tristeza persistente, insomnio, apatía
- Tos, dolor torácico, fiebre

2. ¿Cuál es la edad más frecuente en la que se dan los suicidios en Groenlandia?

- Mayores de 65 años
- Niños menores de 15 años
- Jóvenes entre 20 y 24 años

3. ¿Qué factores sociales aumentan el riesgo de alcoholismo en Ilulissat?

- Aislamiento, desempleo, falta de apoyo
- Clima templado y buena sanidad
- Alto nivel educativo y buena economía

4. ¿Qué deberías hacer si un familiar muestra signos de ideación suicida?

- Esperar a que se le pase
- Evitar hablar del tema
- Ofrecer apoyo, escuchar y contactar con un profesional

5. Si una persona consume alcohol de forma nociva, ¿Qué recurso puede utilizar para identificar el nivel de riesgo?

- Prueba de visión
- AUDIT
- Electrocardiograma

6. ¿Qué estrategia puedes emplear para ayudar a reducir el consumo de alcohol en la comunidad?

- Ignorar el problema
- Promover actividades educativas y recreativas
- Reforzar el aislamiento social

7. ¿Te sientes más capacitado/a para identificar signos de alarma tras este curso?

- Sí No Parcialmente

8. ¿Te ha ayudado el curso a comprender mejor los problemas de salud mental en tu comunidad?

- Sí No Parcialmente

9. ¿Qué aspecto del curso te ha parecido más útil o aplicable? _____

10. ¿Qué mejorarías o añadirías en futuras sesiones? _____

¡Gracias por su participación!

ANEXO IX: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Gracias por participar en este proyecto. Tu opinión es fundamental para mejorar futuros cursos. Por favor, dedica unos minutos a completar esta breve encuesta sinceramente.

1. ¿Pertenece al sector sanitario? Sí / No

2. Grupo al que asististe:

- Depresión y suicidio (59-89 años)
 Alcoholismo (mayores de 15 años)

3. Indica tu nivel de satisfacción en cada área (1: Muy insatisfecho – 5: Muy satisfecho)

ASPECTOS A EVALUAR	1	2	3	4	5
Claridad de las explicaciones					
Adecuación del cronograma (duración, frecuencia y nº de sesiones)					
Utilidad de los conocimientos adquiridos para la vida diaria					
Dinámica de las sesiones (debates, casos prácticos)					
Grado de conocimientos del equipo docente					
Comodidad y accesibilidad del lugar de impartición					
Calidad de los materiales (tríptico, pósteres, recursos visuales)					

4. ¿Crees que el curso ha cubierto tus expectativas?

- Sí, totalmente Parcialmente No

5. ¿Volverías a participar en un curso similar?

- Sí No

6. ¿Recomendarías este curso a otras personas?

- Sí No

7. ¿Consideras que el contenido del curso es aplicable en tu entorno o vida diaria?

- Sí No

8. ¿Qué aspectos mejorarías en futuras ediciones del curso?

9. ¿Qué contenido te ha resultado más útil o interesante?

10. Otros comentarios:

¡Gracias por participar!