



nº 7 • Revista de Auxiliares de Enfermería

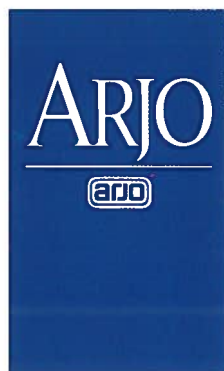
- **PSICOLOGIA FEMENINA**
- **HOSPITALES MILITARES**
- **IV CONFERENCIA  
MUNDIAL DE LA MUJER**

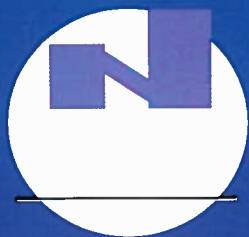


**SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS  
POR AUXILIARES DE ENFERMERIA**



*Arjo (Suecia)  
Comercializa esta grúa  
llamada Sara  
Que levanta y desplaza al enfermo*





**CONSEJO EDITORIAL DE NOS**

**Directora**  
Elvira Vázquez

**Redactora Jefe**  
Montse García

**Consejo de Redacción**  
L.S. Goya  
Alfredo Pereira  
María Angeles Domínguez

**Colaboradores**  
Celia Dou Marcos  
Carmen Cubero  
Nieves Delgado  
Carmen Luna  
Elena Chirivella  
Pilar Gutiérrez  
Azucena Kurdin  
Isabel Cordon  
Pilar Lozano  
M.<sup>a</sup> Angeles Quiñonero  
Pilar Zafra  
M.<sup>a</sup> Angeles Mérida  
M.<sup>a</sup> Luisa Padilla

**Comité Científico**  
Teresa Valerio  
Juan José Montero  
M.<sup>a</sup> Angeles Román Gamó

**Edita**  
FAE (Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería)

**Administración, redacción y servicios comerciales**  
Alcántara, 5, 6.<sup>a</sup> izqda.  
28006 Madrid  
Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87  
Fax 578 16 05

**Publicidad**  
Encarnación Vega Leal

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOS puedan expresar en estas páginas

# EN ESTE NUMERO

## 4

### **IV CONFERENCIA MUNDIAL DE LA MUJER**

LAS MUJERES DEBATEN SU FUTURO. 30.000 MUJERES SE REUNIERON EN BEIJING EN EL MES DE SEPTIEMBRE PARA DEBATIR SU FUTURO.



## 8



### **¿SANIDAD PUBLICA O PRIVADA?**

CONTINUOS DEBATES SOBRE LA CONVENIENCIA DE REFORMAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### **EL PELO EN CRIMINALISTICA**

UN CRIMEN PUEDE SER RESUELTO TRAS EL ANALISIS DE UN CABELLO.

## 10



### **LA INFORMACION Y LA COMUNICACION**

EXTRACTO DEL TRABAJO GALARDONADO CON EL SEGUNDO PREMIO EN EL XV CERTAMEN DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA "SAN JUAN DE DIOS" 1995.

## 15



## 38

### **ALGO MAS QUE UN CUERPO**

UN 70% DE LOS TRASTORNOS GINECOLOGICOS DE LA MUJER TIENEN SU ORIGEN EN LA PSIQUE FEMENINA

## 45

### **LA FELICIDAD DEL ESPAÑOL**

¿SOMOS FELICES LOS ESPAÑOLES? LAS ENCUESTAS AFIRMAN QUE LOS MADRILEÑOS SON LOS MAS INFELICES Y LOS ANDALUCES LOS MAS ESPERANZADOS



## 48

### **ESPERANDO EL PASE A LA RESERVA**

HOSPITALES MILITARES A LA RESERVA. EL PROXIMO 31 DE DICIEMBRE CERRARAN LOS HOSPITALES DE BARCELONA Y VALLADOLID.



# Editorial

# D



Diezcientos estudiantes de Formación Profesional de toda España se reunieron el pasado mes de agosto en El Grado (Huesca) para participar en las VII Jornadas Técnicas. Entre ellos, ningún Auxiliar de Enfermería y ninguna de las potencias presentadas hizo alusión a la rama sanitaria o a la nueva ordenación de la Formación Profesional y a los módulos profesionales establecidos.

Según las conclusiones finales aportadas por estas Jornadas Técnicas uno de los aspectos más conflictivos que se plantean en la aplicación de la nueva formación profesional es la imposibilidad de acceder directamente al grado superior desde el grado medio.

Asimismo se presentó un estudio realizado por los alumnos de Formación Profesional en el que se demostraba que la mayoría de los empresarios españoles desconocen la nueva F.P. “el 76% de los empresarios desconoce la estructura, los contenidos y las posibilidades que ofrece la nueva formación profesional que propone la LOGSE aunque el 54 % afirma tener una buena opinión de la misma.”

Sin embargo, ninguna de las ponencias se dedicó a analizar la repercusión de estos datos sobre los Auxiliares de Enfermería, a pesar de que también proceden académicamente de la Formación Profesional de Primer Grado. Probablemente el error y la falta de concienciación hacia este sector radica en que desde ciertos sectores no se considera a Auxiliares de Enfermería como profesionales sino como un eslabón laboral más desconectado de su realidad académica, a pesar de lo alejada que esta teoría se encuentra de la realidad.

Esta no es sino una prueba más del vacío existente en relación con los profesionales y de la responsabilidad de éstos para hacer que esta situación cambie de forma que desde todos los ámbitos administrativos, profesionales, laborales o académicos se considere a los Auxiliares de Enfermería como parte fundamental del sistema laboral académico.

# PLAN DE JUBILACIÓN

# SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



## El mejor plan para tu jubilación

- Un plan de futuro. • Revalorizable.
- Seguro y rentable. • Con liquidez.

*Para más información, Tel.: (91) 349 02 36  
o en el sindicato de tu provincia o sede nacional.*



PERIS SEGUROS  
sociedad anónima

**winterthur**



## CONGRESO

### IV CONFERENCIA MUNDIAL DE LA MUJER:

# IGUALDAD PARA EL AÑO 2000

BEIJING, 4 AL 15 DE SEPTIEMBRE

Más de la mitad de la población mundial son mujeres y son ellas, también, las que en los países más pobres (los denominados del Tercer Mundo) han de soportar la miseria más absoluta careciendo en muchos casos de derechos civiles, ni tan siquiera de aquellos relacionados con su propia persona. Durante once días la mujer ha sido el eje central de las noticias de medio mundo, sobre todo del desarrollado, gracias a la IV Conferencia que sobre la mujer ha tenido lugar en la localidad china de Beijing y a la que acudieron 30.000 mujeres en representación de 189 Estados soberanos.



de los mismos derechos civiles (posibilidad de heredar y de otorgar herencias) o simplemente poder ser propietario de un bien determinado (tierras, animales o haciendas) es hoy un derecho del que no gozan todas las mujeres del planeta por el mero hecho de pertenecer al sexo femenino. Discriminaciones a las que formalmente, al menos sobre el papel, intentaron poner fin las representantes de la mayoría de los Estados que conforman el planeta Tierra.

A pesar de este panorama, no totalmente negro como comentaba una representante española, las portavoces de las mujeres del planeta Tierra reconocieron que "la situación de la mujer ha experimentado avances en algunos aspectos importantes en el último decenio, aunque los progresos no han sido homogéneos, persisten las desigualdades entre mujeres y hombres y sigue habiendo obstáculos importantes que entrañan graves consecuencias para el bienestar de todos los pueblos".

**C**ristina Alberdi, ministra de Asuntos Sociales y portavoz de la representación española, dio muestras, una vez más, de su proverbial optimismo al afirmar públicamente que "la revolución de las mujeres comienza el 15 de septiembre", fecha de la clausura de una IV Conferencia que ha despertado la mayor expectación de todos los congresos celebrados hasta la fecha. Sin embargo, el gran reto que se han marcado las 30.000

mujeres presentes en Beijing, y los miles de millones a las que representaban, era iniciar el milenio bajo una nueva perspectiva que se caracterice por la igualdad entre hombres y mujeres. Sólo faltan 5 años y muchas mujeres continúan afirmando que se trata de una utopía, aunque maravillosa si fuera realidad.

Conseguir una verdadera igualdad retributiva en la vida laboral (a igual trabajo idéntico salario al de los varones), gozar



### **Pobreza extrema**

Para todas las presentes en Beijing, la situación desesperada en la que se encuentran un porcentaje importante de mujeres de todo el mundo se debe a la situación de extrema pobreza que padecen una tercera parte de los habitantes del planeta y que tiene sus orígenes tanto en el ámbito nacional como internacional.

La Plataforma de Acción, refrendada por la gran mayoría de las representaciones asistentes (sólo unos cuantos países católicos y musulmanes se negaron a aceptarla en su integridad debido a las declaraciones que sobre sexo y religión se hacen en el documento), contempla un total de 38 puntos la mayoría de ellos dedicados a buscar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, reafirmando la Conferencia de Beijing: "La igualdad de derechos y la dignidad humana intrínseca de mujeres y hombres." (...)

De igual forma la IV Conferencia de la Mujer se reafirmaría en la "potenciación del

papel de la mujer y el adelanto de ésta, incluido el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia, de religión y de creencia", hechos éstos que pueden parecer vanales y "pasados de moda" para la mayoría de las mujeres "occidentales" pero que tienen gran importancia para el desarrollo de su actividad como mujer en aquellas sociedades arcaicas o con valores morales anclados en el paternalismo del hombre.

Un punto sobre el que todos otorgaron una especial importancia fue al papel que desempeña la pobreza. Así el punto 16 de la Plataforma de Acción afirma que "la erradicación de la pobreza basada en el crecimiento económico sostenido, el desarrollo social, la protección del medio ambiente y la justicia social exige la participación de la mujer en el desarrollo económico y social e igualdad de oportunidades y la participación plena y en pie de igualdad de mujeres y hombres en calidad de agentes y de beneficiarios de un desarrollo sostenido centrado en la persona".

"El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel" afirmaríá otro de los puntos de la Declaración de Beijing que ve en la mujer una fuerza de potencial inigualable en los próximos años. Por tal

motivo todos los presentes, miembros de países del primer y del tercer mundo, se comprometieron a intensificar los esfuerzos y acciones encaminados a alcanzar, antes de que termine el siglo, la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, así como garantizar a todas las mujeres y niñas todos los derechos humanos y libertades fundamentales y tomar medidas eficaces contra las violaciones de esos derechos y libertades.

### **Enseñanza básica**

En lo que mayoritariamente estaban de acuerdo los 189 países presentes era la necesidad de garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y en la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación, así como en la necesidad de promover y proteger todos los derechos humanos en las mujeres y las niñas.

Pero para conseguir todos estos objetivos es necesario que estas medidas estén acompañadas por esfuerzos económicos que muchos países, más empeñados en luchas por el poder político, no están dispuestos a llevar a cabo. Esfuerzo que parece que ya ha encontrado su primer mecenas en el presidente del Banco Mundial, James Wolfenshon, que ha prometido incrementar sustancialmente los fondos que esta institución mundial dedica actualmente al desarrollo de la mujer.

# CONTRATACIONES

Las disposiciones normativas, probablemente por la materia que regulan, dan lugar a una ambivalencia interpretativa que pueden ir en contra de una interpretación propia de lo que dice la propia Ley en relación al contexto, relación social del tiempo de su regulación y antecedentes históricos. En definitiva, una interpretación de variada índole, según el intérprete, en modo alguno nada bueno dice de quien legisla.

No obstante, la interpretación que debe hacerse de las Instrucciones de la Dirección General del Insalud de 17 de abril de 1995 es única y no de tipo interesado según el intérprete pues en una sola dirección cabe apuntar de una pormenorizada lectura de las referidas instrucciones.

## 1.- Cobertura temporal de plazas vacantes.

Esta Instrucción Primera alude al contrato de interinidad o mejor sería decir nombramiento de interinidad en los supuestos que autoriza o habilita en el Real Decreto 118/91 de 25 de enero en su Disposición Cuarta.



El llamado contrato de interinidad del R.D. 2546/94 no es aplicable a los supuestos a los que alude el R.D. 118/91 de 25 de enero en su disposición Adicional Cuarta. Por ello es claro que hasta que una plaza se cree, por el procedimiento reglamentario previsto, tendrá la Entidad Gestora que utilizar la vía del nombramiento o contrato de interinidad, previsto en el artículo 13 del Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario no Facultativo (O.M. de 26 de abril de 1973). Todo ello por que esa plaza no tiene titular, y tal nombramiento es el único que puede utilizar el Insalud para contratar. Cuando nos referimos a titular, naturalmente que

hablamos de plaza en propiedad con nombre y apellidos, adscrita a personal estatutario al que se le otorga la plaza con ubicación en el sitio que figure en su nombramiento en propiedad. Por ello siempre se utilizará esta vía contractual, para plazas que no tengan titular estatutario, con la única condición resolutoria de que esa plaza se amortice o sea cubierta por titular, o sea adscrita provisionalmente a titular de plaza que se reincorpora de una excedencia forzosa o voluntaria y naturalmente la solicita. Por tanto, la contratación interina estatutaria (art. 13 O.M. de 26 de abril de 1973) estará justificada y será la

única posible que tendrá que utilizar el Insalud en los supuestos precitados.

## 2.- Sustituciones.

En realidad lo que el Insalud hace en esta Instrucción es cambiar un derecho sustantivo por otro. En otras palabras, si anteriormente a las contrataciones para sustituir a personal con plaza en propiedad y por motivos tasados tales como: situación especial en activo, excedencia especial por nombramiento para cargo público o sindical, excedencia por cumplimiento de servicio militar, excedencia por cuidado de hijos, vacaciones anuales y demás premios con y sin sueldo, etc... se utili-



# EN EL INSALUD

JUAN VELASCO

zaba el cauce contractual previsto en el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario no Facultativo (O.M de 26 de abril de 1973) y en concreto art.14 de tal disposición. A partir de ahora, hay un cambio contractual de la legislación estatutaria para la legislación laboral ya que ahora se aplicará para esos supuestos citados el artículo 15.1 c) del Estatuto de los Trabajadores y el artículo del R.D 2.546 / 1994 de 29 de diciembre, que regula el contrato de interinidad en la contratación laboral.

Por ello entiendo que el cambio es exclusivamente normativo y ello no producirá otros efectos que el de aplicar una u otra legislación. No

obstante, y si se produce algún otro efecto jurídico de otra índole, es claro que por la contratación eventual estatutaria no se puede acceder a una plaza en propiedad, si hubo irregularidades en las contrataciones, ya que tal es el sentir del Tribunal Supremo en innumerables sentencias ya que según el Alto Tribunal se iría en contra de los principios de mérito, capacidad, etc. para acceder a cargos de naturaleza pública, principios constitucionales por otra parte.

¿Qué sucedería en caso de que se produjeran irregularidades en la nueva contratación interina laboral? La respuesta es fácilmente deducible de la propia normativa laboral. En

concreto, el Estatuto de los Trabajadores (R.D. Legislativo 1 / 1995 de 24 de marzo) en su artículo 15.2 y 15.3 indica que en esos supuestos los trabajadores adquirirán la condición de fijos. Por ello, tal vez haya que pensar que esta nueva contratación no sea perjudicial para los que así contraten para con la entidad gestora, es decir, el Insalud.

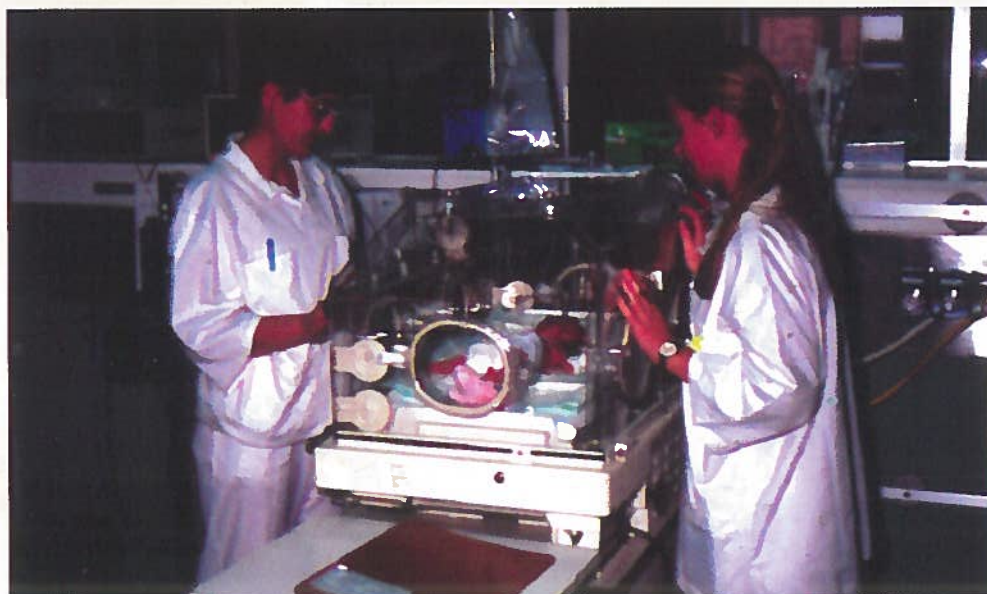
### 3.- Situaciones urgentes o actividades no permanentes.

En esta instrucción parece que el Insalud lo que quiso es corregir algún dislate que cometió en el pasado como aquellas contrataciones efectuadas para refuerzos

de Equipos de Atención Primaria en fines de semana y festivos y para personal facultativo y no facultativo. Es obvio, que al persistir las necesidades para las que habían sido contratadas aquellas personas, las mismas tuvieron que seguir desempeñando sus funciones en aquellas situaciones. Ahora, con la normativa laboral y la contratación de este tipo aquello podrá corregirse para que el Insalud se apoye en la contratación eventual del artículo 15.1.6 del Estatuto de los Trabajadores y el artículo 3 del R.D 2546/1994 de 29 de diciembre (contrato eventual por circunstancias de producción)

### 4.- Norma transitoria.

No merece comentario esta norma ya que no deja de ser una lógica consecuencia del artículo 9.3 de la Constitución: "La Constitución garantiza la irretroactividad de las Disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales". El artículo 4.2 del Código Civil expresa ese sentir como el artículo 24 del Código Penal.





Enrique Fernández-Miranda  
Portavoz de Sanidad del  
Partido Popular

L.S. GOYA

**E**l symposium organizado por Sanitas, y al que acudieron los hombres fuertes de las principales compañías sanitarias españolas, sirvió para que Enrique Fernández-Miranda, presidente de la Comisión Nacional de Sanidad del Partido Popular, expusiera ante un público afín a sus ideas cuál es el futuro sanitario que ha diseñado el Partido Popular y que está sustentado sobre la idea de “aunar los esfuerzos de los asegurados privados con los públicos” en palabras del representante popular.

Para Fernández-Miranda el sistema diseñado por los socialistas hace tiempo que está

**EL PP quiere reformar el SNS mientras  
PSOE y CIU consideran el cambio “inviabile”**

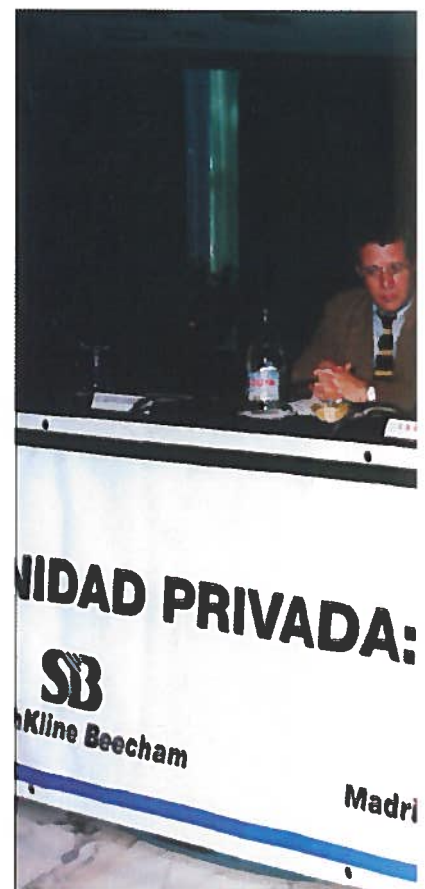
# SANIDAD PUBLICA O PRIVADA



agotado y un ejemplo de este hecho son los conflictos que periódicamente enfrentan a profesionales con administradores de la Sanidad

Pública. El PP cree que el Sistema Público del PSOE ha llegado al límite de sus posibilidades y “prueba de ello es el recorte de prestaciones

Como en otros muchos aspectos de la política sanitaria, las grandes formaciones que ostentan el poder en nuestro país no se ponen de acuerdo sobre cuál es el modelo sanitario idóneo para las necesidades asistenciales de los españoles. Diferencias que se han hecho más patentes tras el symposium que sobre Sanidad Privada tuvo lugar recientemente en Madrid y al que acudieron Enrique Fernández-Miranda, del que dicen que será el próximo ministro de Sanidad si su jefe de filas José María Aznar alcanza la Moncloa, Xavier Trias, consejero de Sanidad de la Generalitat de Cataluña y hombre fuerte de Jordi Pujol, y el actual Subsecretario del Ministerio de Sanidad, José Luis Temes.



sanitarias, las largas listas de espera, la deuda oculta" que se acerca al billón de pesetas, según estimaciones de los analistas económicos del PP.

La solución para salir de la crisis consiste, para el representante del Partido Popular, en aunar esfuerzos sumando todos los recursos sanitarios disponibles en el Estado, tanto privados como públicos, y ponerlos en libre competencia para que el usuario pueda elegir libremente qué

sanidad es la que quiere: la que ofertan los prestatarios públicos o la de los privados, tal y como ya hacen cientos de miles de usuarios españoles de las ISFAS, Muface,....

La visión pesimista del portavoz popular tendría su contrapeso en la conferencia que llevó a cabo el Subsecretario del Ministerio de Sanidad, José Luis Temes, que dibujó un Sistema Sanitario Público en continuo avance y que según

datos manejados por el ministerio cubre ya al 98 por ciento de la población (en Atención Primaria de Salud se acerca al 65 por ciento de los españoles).

Temes afirmó que en España algo más de 5.5 millones de españoles tienen contratada una póliza de asistencia aunque estos son, a juicio del subsecretario del ministerio de Sanidad, los que menos riesgos tienen. Afirmación que opondría al hecho de que, por contra, la Sanidad Pública es "además de muy buena, universal y gratuita".

El tercero en discordia, al menos institucionalmente ya que también intervenía en el acto el consejero delegado de Sanitas, Jon Zulueta, Xavier Trias avanzó las conclusiones emanadas de su cargo, consejero de Sanidad del Gobierno de la Generalitat, para explicar a los presentes la realidad de la sanidad catalana "donde está muy diferenciada la financiación de la compra donde hay distintos proveedores, tanto públicos como privados". Para Trias es necesario estimular la competencia" pero sin llegarse a un sistema libre, como el propuesto por el PP, sino planificado dado que los recursos existentes son limitados".

Jon Zulueta, consejero delegado de Sanitas, explicó que el marco de relación entre sanidad pública y privada ha de ser más complementario e integrador explicando los conflictos existentes en la Sanidad Pública debido a la situación de monopolio en que se prestan los servicios asistenciales. Entre los fallos del actual sistema sanitario español, el representante de Sanitas explicó que básicamente se debe a que solo la lista de espera se utiliza para racionalizar los servicios y se carece de mecanismos válidos para frenar el constante incremento del gasto sanitario ya que se ha demostrado que los acuerdos puntuales con algunas empresas farmacéuticas no son lo eficaces que parecían ser.

El representante de Sanitas expuso ante la concurrencia que a su modo de ver son cinco las recomendaciones que habría que aplicarse al SNS para racionalizarlo: introducir el ticket moderador; eliminar el doble pago, conseguir una mayor interrelación entre el sector público y el privado; definir un paquete básico de cobertura sanitaria y, por último, potenciar la medicina gestionada.



De izda. a dcha. Dr. D. Juan José Artells Herrero, Director Gerente A&S Economía y Salud; D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de SmithKline Beecham (SB); y el profesor Juan José López-Ibor, presidente de SANITAS, durante la inauguración del Symposium Sanidad Privada "¿Cuál será el próximo acto?" celebrado recientemente en Madrid.



JAVIER LOPEZ  
Médico Forense

## APROXIMACIÓN A LA MEDICINA LEGAL



# EL PELO EN CRIMINALISTICA

Uno de los campos más desconocidos, para el gran público, dentro de la medicina es el de la medicina legal o forense, que consiste simplemente en la aplicación de las ciencias médicas para la ilustración pericial de los Tribunales.

**L**a medicina como auxiliar del Derecho, desempeña un importante papel en la resolución de problemas más jurídicos. Dentro del Derecho Civil se discuten frecuentemente cuestiones en las que el peritaje médico sobre la capacidad mental de una persona puede resultar decisivo; lo mismo ocurre en el campo del Derecho Laboral con los temas de enfermedades profesionales e incapacidades para el trabajo.

La relación de la medicina con el Derecho Penal y la criminología es mucho más estrecha: la orientación científica y biológica de estas disciplinas coloca al médico forense en la base de las posibles sentencias judiciales de muchos de los casos, que están, desgraciadamente, en primer plano de la actualidad.

Aparte del papel que la medicina tiene dentro de las ciencias penales, los propios tipos delictivos y los métodos de investigación de los mismos, suponen necesariamente unos conoci-

mientos científicos multidisciplinarios.

Baste pensar en el examen de huellas, determinación del tiempo de una muerte, evolución en el proceso de unas lesiones, determinación de los medios y modos de producirse las mismas, problemática de los infanticidios, de los delitos contra la libertad sexual, etc.

La psiquiatría forense, como parte de la medicina legal, tiene cada día una más frecuente intervención en los procesos civiles y criminales, determinando puntos en relación con el estado mental de los encartados en los mismos, aconsejando el tratamiento adecuado y colaborando con el juez en la ejecución de la medida a aplicar en cada caso.



Tan necesaria e importante es la aportación de conocimientos médicos a la esfera judicial que existe un cuerpo de médicos forenses con la misión específica de ayudar a la Administración de Justicia.

Una parte de la actividad del médico forense es la investigación sobre las muestras orgánicas recogidas en el lugar de comisión de un hecho delictivo. Esta recogida de muestras suele efectuarla los funcionarios de la policía científica, aunque en ocasiones es el propio médico quien la efectúa.

Uno de los restos que con más frecuencia aparece en el lugar de comisión de un hecho delictivo, sobre todo de los de tipo violento, es el pelo.

La importancia del pelo en la criminalística médico legal viene dada porque en muchas ocasiones constituye el único vestigio que puede enlazar al agresor con la víctima: ésta, al defenderse del mismo, puede

provocar el hecho de que entre sus uñas, o en otra parte de su anatomía, queden pelos o cabellos.

Asimismo podremos encontrar pelos en las armas con que se ha cometido un acto delictivo (cuchillo, martillo, palo, etc.) si se trata de delitos de sangre. El pelo encontrado en el faldón de la camisa de él o de ella, con las características propias de las regiones pudendas, puede servirnos como prueba objetiva de un delito contra la libertad sexual. A veces se encuentra pelo en las ropas o en el suelo, en la tapicería del automóvil, etc. lo que nos puede permitir conocer que personas han estado en un determinado lugar.

El pelo nos puede servir para la identificación de cadáveres desfigurados o descuartizados.

Como dice el doctor Aznar: "El pelo, esa producción epidérmica, filiforme, flexible y elástica es, sin duda alguna, uno de los elementos anatómicos que mejor se ha estudiado, toda vez que su examen no se ha limitado a un estrecho criterio anatómico y micrográfico, sino también al más amplio antropológico y étnico".

Según el profesor Castellanos, "es cada vez más imperioso buscar en lo pequeño e invisible el indicio que comprueba el crimen e identifica al autor. Tengamos presente que las impresiones digitales

no pueden resolverse todos los problemas".

### **Distinción entre el pelo y fibras vegetales o industriales**

Cuando se dispone de abundante muestra, el método más sencillo es quemar unos pocos pelos; en el caso de ser de fibra vegetal, no dan el olor típico de la queratina quemada, ni tampoco dejan los restos clásicos finales.

Si disponemos de microscopio, el diagnóstico es fácil, ya que las fibras vegetales e industriales no tienen la estructura del pelo bien sea animal o humano.

En el laboratorio, para una total seguridad, podemos emplear una de las dos reacciones de VETILLARD, si no nos es posible utilizar el procedimiento microquímico.

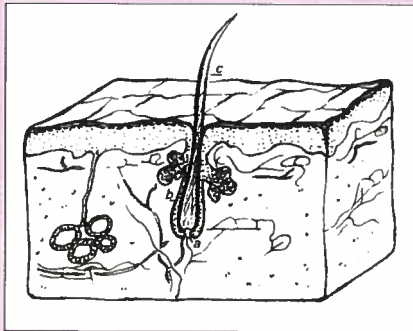
Se utiliza una solución de ácido sulfúrico (15 c.c., de este ácido; 10 de glicerina y 5 de agua); o bien otra solución yodurada (yoduro potásico, 1 gramo en 100 de agua).

Colocando el pelo sobre un portaobjetos y debajo de un cubreobjetos, se deja pasar por capilaridad, primero una gota de la solución yodurada y luego otra de la solución sulfúrica. Si es celulosa, fibra vegetal, se tiñe en azul y si son elementos significados, en amarillo.



## Diferencia entre el pelo humano y el de los animales

Para conocer esta diferencia es imprescindible estudiar la estructura microscópica del pelo. Consta de raíz o bulbo, tallo y punta, aunque lo que nos interesa a los efectos citados es la estructura del tallo. Este está compuesto por tres capas o zonas: Cuticular, cortical y medular.

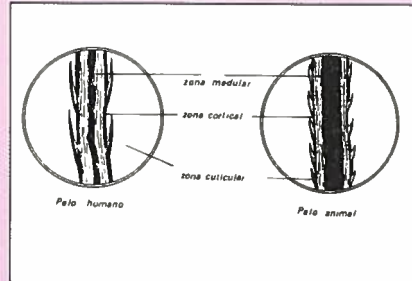


La primera es la más externa y esta constituida por una serie de células que se superponen o imbrican en la especie humana y tienen una extremidad distal fina.

En el animal esta extremidad es más roma y separada. La capa cortical ofrece el aspecto de un manguito en cuyo interior está contenida la médula o zona medular, que es un cilindro que ofrece distinta apariencia según corresponde a la especie humana o no.

En el primer caso, la médula es fina y se halla interrumpida de trecho en trecho. En el segundo es más gruesa y continua. La capa cortical también

varia en los casos citados, siendo más gruesa en la especie humana y más fina en los animales.



## Diagnóstico de especie y raza

Viene dado por las características estructurales citadas y por el índice medular fundamentalmente para la especie, así como el índice de sección para la raza.

El índice medular es el cociente que resulta de dividir el diámetro de la médula por el diámetro total máximo del tallo piloso.

$$\text{Índice medular} = \frac{\text{Diámetro médula}}{\text{Diámetro total del pelo}}$$

El I.M. puede ser mayor que 0,5 o menor que 0,5, pero siempre un número decimal, puesto que dividimos una cifra menor por otra mayor; así, por ejemplo, si la médula tiene 25 micras y el tallo 70, el I.M. será de 0,3; y si la médula posee un diámetro de 50 micra, continuando el tallo con la medida citada, el I.M. será de 0,7.

Por otra parte, un diámetro

superior a 160 micras del tallo piloso, es indicio seguro del origen animal del pelo.

El índice de sección del pelo es igual al diámetro menor del pelo, multiplicado por 100 y partido por el diámetro mayor. Los valores son distintos según la morfología de la sección. Así, para la sección más o menos circular es de 80 a 85. Para la sección ligeramente elíptica, de 65 a 80 y de 40 a 58, para la sección arriñonada.

De otro lado, la sección o corte circular corresponden al pelo liso, propio de la raza amarilla; la sección ovalada, al pelo ondulado, siendo estos más propios de la raza blanca y la sección arriñonada, al pelo crespo, que en la mayor parte de los casos corresponde a la raza negra.

## Sexo y región de procedencia

Contando con la suficiente cantidad de muestra, y una vez se ha determinado el origen humano del cabello, el problema de determinar el sexo y la región del cuerpo de donde procede el mismo, se resuelve consultando las tablas elaboradas por LAMBERT y BALTHAZARD. Estos autores estudian el pelo fijándose en las particularidades de su raíz, grosor del tallo y forma de punta principalmente. Como ejemplo podemos

decir: Pelo no cortado, cuya longitud es inferior a tres centímetros, con la extremidad libre, desgastada o en pincel:

- Diámetro superior a 60 micras = pelos del tronco.

- Diámetro inferior a 60 micras = pelos de las extremidades.

Si la extremidad es afilada o aguada y la forma arqueada:

- Diámetro mayor a 80 micras = pestañas femeninas.

- Diámetro menor a 80 micras = pestañas masculinas.

Si la longitud del pelo oscila entre los 3 y los 8 centímetros.

- Si su raíz es nudosa y su grosor inferior a 100 micras, pertenece a pubis masculino. En iguales condiciones pero con la raíz delgada pertenecería a pubis femenino.

Si los pelos son lisos o crespos, pero el tallo está rodeado de un manguito graso y su grosor es inferior a 100 micras, pelo de axila.

Cuando el pelo es liso, si el grosor es inferior a 100 micras y la cutícula está intacta pertenece a la zona excrotal. Si la cutícula está resquebrajada, es pelo de los labios mayores.

Si el grosor es superior a las 100 micras pertenece al bigote, etc.

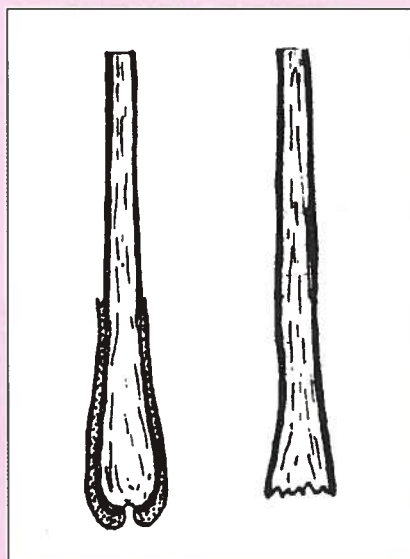
### ■ Traumatología del Pelo

Aznar y otros autores consideran que los traumatismos, agentes físicos y químicos,



pueden producir alteraciones microanatómicas de gran valor en criminalística y en medicina forense.

Así, las lesiones mecánicas, referidas al tallo, pueden actuar por arrancamiento, produciéndose la rotura total o parcial, como superficie irregular o escalonada. También se puede producir el aplastamiento y la atricción del pelo, por instru-



mentos cortantes con bisel, típicos en el corte con navaja o corte en escalera si se produce con tijera.

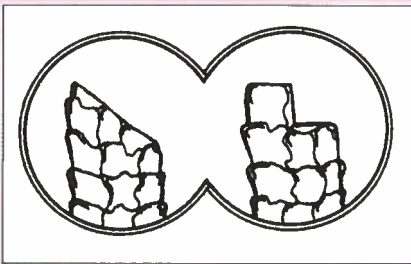
Si nos referimos al bulbo o raíz del pelo, como quiera que éste se aloja en una papila dérmica que lo nutre y con un período de evolución determinado, cuando finaliza el mencionado período, dicha papila se deseca y muere, cayendo con el pelo, con mejores palabras, con el bulbo piloso incluido. Es lo que se denomina pelo caduco.

Pero si el pelo ha sido arrancado, la papila queda en su sitio y el bulbo ofrece un aspecto de escoba o pincel, suele denominársele bulbo hueco, en general ha actuado sobre él una tracción lo suficientemente fuerte como para arrancarlo,

y bastante fuerte ha de ser para arrancar un mechón de pelo.

El calor es otro agente que también modifica la estructura del pelo, a partir de los 150 grados centígrados, y refiriéndonos a calor radiante, no a la llama en forma directa. La carbonización del cabello se produce a los 250 grados centígrados.

El pelo, como tal, es resistente a la acción de los agentes químicos, a los ácidos y álcalis, precisándose varios días para producirse alteraciones en los mismos.



La edad solo es significativa en las etapas extremas de la vida. De esta forma, los fetos carecen de pelos y el vello que poseen carece de canal medular y de pigmento.

Los niños que ya poseen pelos y cabellos, suelen tenerlos de un diámetro de unas 24 micras, que se van incrementando hasta las 70 o más micras, que tienen los adultos. La disminución de la cantidad de pelos, así como la calvicie, carecen de valor identificativo, por lo irregular de su presentación.



## ■ Diagnóstico individual del pelo.

Esta prueba se fundamenta en la determinación de la longitud y diámetro medio, índices de sección y medular, y por supuesto en el estudio entre la muestra dubitada, (la que tenemos en el laboratorio y desconocemos su verdadera procedencia), comparándola con la del posible autor o testigo de un hecho concreto.

Se buscarán partículas de serrín, harina, carbón, etc., que puedan relacionar el pelo y a su propietario con la profesión del sospechoso. Se estudiarán los tintes y las alteraciones de tipo parasitario. La decoloración del pelo ya es visible de forma grossera a simple vista, fijándose en la parte proximal del cabello, es decir, en su raíz. Pero este punto puede confirmarse con determinandas técnicas, una de las cuales es la tinción con azul de metileno, que no tiñe el pelo cano, pero si lo hace con el decolorado.

El color natural del pelo hay

que estudiarlo mediante fotocolorimetría, disolviendo el pelo en potasa, y analizando los resultados con escalas patrón.

No es necesario decir que en el caso de que en el pelo aparecieran restos de sangre, se efectuarían los análisis correspondientes para determinar su procedencia o grupo sanguíneo.

Para finalizar, es de reseñar que con el cabello, se pueden efectuar los mismos análisis que sobre las manchas de sangre, espermatozoides o cualquier otro líquido orgánico, encontrando los correspondientes aglutinógenos, lo que nos permite determinar el grupo sanguíneo, entre otros por el procedimiento de absorción de aglutininas.







## LA INFORMACION Y LA COMUNICACION

### BASES DE UNOS ADECUADOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

**TRABAJO  
GALARDONADO CON EL  
SEGUNDO PREMIO EN EL  
XV CERTAMEN DE  
INVESTIGACION EN  
ENFERMERIA  
"SAN JUAN DE DIOS",  
1.995**

**JOSE ROMERO ORGANVIDEZ**

Diplomado en Enfermería  
(Universidad de Cádiz)  
Master en Administración y  
Gestión de Enfermería  
(Universidad de Barcelona)  
Experto Universitario en  
Enfermería Comunitaria  
(Universidad Complutense de Madrid)  
Jefe de Enfermería de los Centro  
no Reconvertidos de Atención Primaria  
de La Línea

**ROSARIO FERNANDEZ GARCIA**

Diplomada en Enfermería  
(Universidad de Cádiz)  
Experto Universitario en  
Enfermería Comunitaria  
(Universidad Complutense de Madrid)  
Enfermera del Departamento de Neonatología  
del Hospital del SAS  
de La Línea

**ANTONIO JIMENEZ LUNA**

Diplomado en Enfermería  
(Universidad de Cádiz)  
Experto Universitario en  
Enfermería Comunitaria  
(Universidad Complutense de Madrid)  
Adjunto de Enfermería de los Centros no  
Reconvertidos de Atención Primaria  
de La Línea

**JUAN JOSE GUERRERO RUIZ**

Diplomado en Enfermería  
(Universidad de Cádiz)  
Experto Universitario en  
Enfermería Comunitaria  
(Universidad Complutense de Madrid)  
Enfermero Comunitario de los Centros no  
Reconvertidos de Atención Primaria  
de La Línea

**L**a población debe tomar conciencia de aquéllos factores que, en materia sanitaria, le influyen directamente. El factor información, dentro del marco de la Educación Sanitaria, debe llegar correctamente al ciudadano. Sin embargo, ello no se cumple en bastantes ocasiones, lo cual desemboca en una incorrecta utilización de los Servicios de Salud ofertados a la comunidad. Teniendo en cuenta que el Enfermero/a juega un papel fundamental en la Educación para la Salud, se puede afirmar que el futuro de la misma está precisamente en tal tarea. En ella, la correcta información al usuario constituye una base de partida inmejorable, como desdoblamiento de la función de Enfermería, siempre que se realice de forma correcta, generando un aumento cuantitativo del nivel de Educación Sanitaria de la Comunidad en general.

De tal forma habrá que estudiar cómo se realiza la comunicación en la actualidad en los Centros en estudio, midiendo el grado de interrelación

entre el Enfermero/a-Paciente-usuario, para buscar la toma de conciencia de la Comunidad y sus representantes sobre los problemas antes definidos, colaborando finalmente un plan de intervención para los Enfermeros/as en materia de comunicación.

Estudiando en principio las características de una buena comunicación interpersonal e intergrupala, teniendo en cuenta connotaciones legales y socioeconómicas, se puede partir de determinadas hipótesis, como la mencionada de que la deficiente comunicación provoca una mala utilización de los Servicios, que existe masificación en los Centros de la zona en estudio, que el nivel educativo medio de la población es bajo, que los profesionales desconocen en gran medida la Reforma de la Atención Primaria y que existen graves deficiencias infraestructurales en los Centros afectados. Para demostrar su veracidad, se ha recurrido a una metodología extensa y novedosa, que incluye:



## ■ Para la detección de necesidades y/o problemas

- Indicadores de Salud
  - Sociodemográficos.
  - Sanitarios.
  - De utilización.
  - De recursos.
- Encuestas de salud
- Método de Búsqueda de Consenso (Técnica Delphi)

## ■ Para el establecimiento de prioridades

- Criteria Weighting Method (Método de Ponderación de Criterios).

## ■ Propuestas de actuación

- En función de la valoración de prioridades.

La aplicación de la metodología referida ha motivado el descubrimiento o descripción de una larga serie de problemas que afectan a los Centros en estudio y a la Comunidad en general. Estos problemas, una vez convenientemente valorados, pueden tener características de necesidades y/o problemas de actuación o de investigación. Entre los primeros, se pueden citar:

- Indefinición de Zonas Básicas de Salud, con indisponibilidad del usuario a los Servicios de Salud.
- Descoordinación organizacional entre los sistemas de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Exiguo índice ocupacional y elevación relativa de las tasas de desempleo.

- Modelo asistencialista-curativo que indisponibiliza al enfermero/a para proporcionar enseñanzas que, con la falta de dossier de enfermería, impide la interacción personal sanitario-usuario en todos los planos, entre ellos el informocomunicativo.

- Inexistencia de programas de Educación para la Salud para patologías con elevados índices de morbimortalidad.

- Insatisfacción e infrautilización del personal de Enfermería, que provoca desmotivación y absentismo.

- Inexistencia de registros clínicos y/o dossier de Enfermería.

- Insuficiencia de operacionalización de los recursos disponibles y carencia de planificación de los Servicios de Salud.

Estos problemas pueden solventarse mediante determinadas propuestas de actuación, específicas para cada ítem. Sin embargo, ha surgido otra serie de problemas para los cuales es imposible desarrollar medidas para solucionarlos si no se abren previamente nuevas líneas de investigación. Entre ellos, se pueden citar:

- Soporte infraestructural de las comunicaciones en las unidades de Enfermería deficientes: telefonía, automatización de datos y sistemas de localización, entre otros, que revierten en disminución de la calidad asistencial y de las relaciones informocomunicativas.

- Desfase de los registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria en relación con los nuevos patrones epidemiológicos.

- Mala utilización de los Servicios de Salud, considerando la Atención Primaria en su aspecto burocrático y la Atención Especializada en el asistencial, provocando deficiencias informocomunicativas.

- Incremento de demanda asistencial que revierte en masificación, largas listas de espera y deficiencias en la génesis de información sobre los cuidados, provocando deficientes relaciones enfermero/a-usuario y entre el equipo asistencial.

- Burocratización excesiva del sistema.

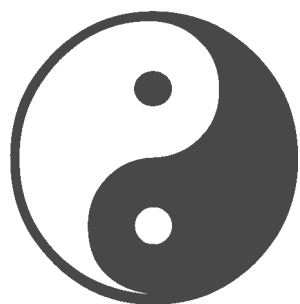
- Deficiente infraestructura de comunicaciones.

- Envejecimiento suave y progresivo de la población y elevada relación de dependencia.

- Deficiente diseño estructural de las unidades y el entorno terapéutico de Enfermería, en relación con el propio proceso de Enfermería, necesidades del enfermo y del equipo asistencial en general.

- Indisponibilidad de medios inherente a la prevención de riesgos, características estructurales para la prevención de infecciones, circulación de ropa sucia y prevención de siniestros, entre otros.

- Hacinamiento, viviendas insalubres y urbanismo incontrolado.



# la GESTALT

María Luisa Cifuentes Sánchez

La Gestalt, desarrollada por el famoso psiquiatra Fritz Perls, es una de las llamadas terapias "humanistas" que tiene como objetivo la autocompresión y el desarrollo del potencial creativo por la vía de la expresión de uno mismo.

En este artículo se abordará el ciclo de satisfacción de necesidades, en tanto enfoque dinámico que ayuda a comprender como una necesidad nace, se desarrolla, se realiza y luego desaparece del primer plano. Está compuesto por 7 etapas sucesivas: la sensación, la toma de conciencia, la energetización, la acción, el contacto, la realización y la retirada. En cada una de estas etapas existen resistencias que permiten ir más despacio o incluso para el ciclo que se ha puesto en marcha.

Las resistencias son fuerzas dinámicas gracias a las cuales podemos desviar la fuerza vital del ciclo de satisfacción de necesidades. Lo malo es que a menudo las resistencias se convierten en habituales y repetitivas.



## 1. ETAPAS DEL CICLO

### 1.1.- La sensación.

Todo comienza por la sensación, es decir, por la percepción de un cambio en la relación con el entorno. Como la sensación es la percepción de un desequilibrio, toda la energía del ciclo va a

orientarse hacia la restauración del equilibrio precedente o hacia un nuevo equilibrio que sea satisfactorio para el organismo.

### 1.2.- Toma de conciencia.

La toma de conciencia es la etapa siguiente en la que, tras desarrollarse, la sensación toma forma, se convierte en una *gestalt* (forma) identificable con el intelecto.

### 1.3.- Energetización.

La toma de conciencia libera energía. La energetización se manifiesta principalmente por una actividad muscular.

### 1.4.- Acción.

La acción es la gestión para conseguir un cambio en la relación con lo que nos rodea.

### 1.5.- Contacto.

El contacto es la fase en la que por fin se puede satisfacer la necesidad. El contacto es la supresión de la distancia que nos separa del objeto de nuestra necesidad. El resultado inevitable del contacto es el cambio. El contacto se sitúa en el límite entre la fusión y la distinción.

- Si prima "unión y fusión": Se pierde poco a poco la conciencia de uno mismo, de la propia identidad.

- Si prima "Separación - distinción": La energía se consagra para proteger los límites de uno mismo. Es como vivir en una burbuja, observando la vida pero siendo incapaz de tocarla, de sentir a las personas que pasan a nuestro lado.

Todo esto es alienante. Llevado al extremo, conduce a la esquizofrenia. El verdadero contacto se sitúa entre estos dos polos. Para poder vivir el contacto de manera armoniosa, es necesario poder estar a gusto con las dos polaridades.

### 1.6.- La realización. (el cumplimiento)

La realización es el disfrute del contacto obtenido.

### 1.7.- La retirada.

Tras la experiencia del contacto y la realización, el organismo necesita un período de reposo, "retirarse".

Tras el período de retirada, el organismo está preparado para volver a sentir la nueva sensación de carencia, su nueva necesidad y entonces vuelve a comenzar un nuevo ciclo de satisfacción de necesidades.

## 2. LAS RESISTENCIAS

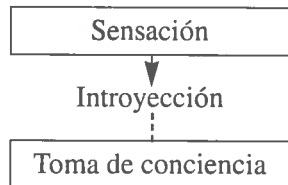
### 2.1.- La desensibilización.

La primera resistencia es aquella que no permite "sentir" ni percibir, así el ciclo ni siquiera se pone en marcha. Se corta la sensibilidad, se cierran los órganos de percepción y se inhibe cualquier reacción.

- Aspecto positivo: la concentración, se eliminan la mayoría de las percepciones de beneficio de una sola.

- Aspecto negativo: pérdida de sensibilidad.

### 2.2.- La introyección.

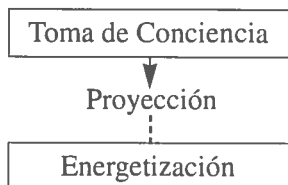


La introyección es la resistencia que permite evitar la toma de conciencia, evitar "saber" lo que pasa "aquí y ahora". La introyección es lo que mantiene el equilibrio con el entorno.

- Aspecto positivo: la asimilación (aceptación de los preceptos que nos han enseñado).

- Aspecto negativo: pérdida de la capacidad de criticar, de analizar el exterior.

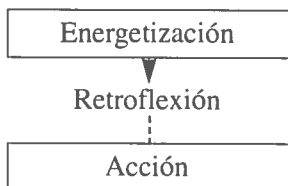
### 2.3.- La proyección.



Se trata de un proceso mental por el cual atribuimos al entorno algo que nos es propio.

- Aspecto positivo: nos permite encontrar al otro, ponernos "en su pellejo", proyectarnos en él.

### 2.4.- La retroflexión.



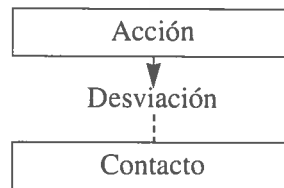
La energía se utiliza volviéndose contra uno mismo. No hay acción hacia el exterior. En contraposición, la vida interior será

muy rica, imaginativa, desbordante de actividad mental.

- Aspecto positivo: la reflexión.

- Aspecto negativo: el parálisis, toda la necesidad de acción se vuelve hacia uno mismo.

### 2.5.- La desviación.

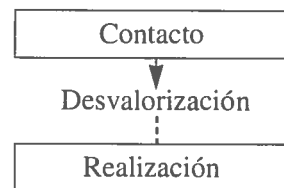


Se da cuando evitamos el contacto con el presente.

- Aspecto positivo: expresión artística (sublimación de las emociones).

Evitación del daño físico al otro.

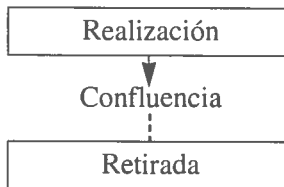
### 2.6.- La desvalorización.



Cuando en lugar de festejar la satisfacción, la relativizamos minimizando la vivencia.

- Aspecto positivo: resulta útil para desdramatizar las situaciones desagradables.

### 2.7.- La confluencia.



La confluencia es la expresión de la dificultad para terminar algo, acabar, retirarse.

- Aspecto positivo: la unión.

- Aspecto negativo: prolongación del contacto más allá de la satisfacción personal.



# ENFOQUE DE AQUI Y AHORA

## 1.- INTRODUCCION

Gestalt, totalidad, forma: la idea esencial es la reconstitución de esa "totalidad", que es más que la suma de sus partes.

En la terapia Gestalt la persona aprende a utilizar "el darse cuenta" de sí misma, situado en el espacio de aquí y ahora. Aprendiendo a enfocar el darse cuenta, descubre lo que es y no lo que debería ser o lo que podría haber sido. Aprende a confiar en sí misma, así obtiene el desarrollo óptimo de la personalidad, dándose soporte a sí misma.

## 2.- DIFERENTES MODELOS DE PSICOTERAPIA

Las corrientes psicológicas más importantes son:

- a) La teoría freudiana o psicoanalítica;
- b) La teoría conductista-experimental positivista;
- c) La teoría humanista-existencial o la Tercera Fuerza.

El psicoanálisis sitúa al hombre en el pasado, correspondiendo por lo tanto, a un enfoque histórico del hombre. Las psicoterapias conductistas enfatizan la vida y la conducta presente, sin interesarse en el pasado del individuo. La psicoterapias humanísticas, o las nuevas psicoterapias (entre las que se encontraría la Gestalt), no tienen en cuenta las nociones pre-

concebidas del individuo y su pasado. Además, los diferentes tipos de psicoterapias de esta última corriente consideran que el hombre está creando cada minuto que vive su propio futuro. En consecuencia estas psicoterapias humanísticas centran toda su atención y energía en el momento inmediato de la existencia. Se enfatiza el sentir, vivenciar, descubrir y explorar.

El principio básico de la psicología humanista es que los cambios que se facilitan con la acción terapéutica, ocurren como resultado de un proceso vivencial, en el que los significados implícitos se sitúan en "el darse cuenta", el estar alerta, en la toma de conciencia (awareness).

## 3.- ORIGENES DE LA TERAPIA GESTALT

La psicología de la Gestalt, fundada por Wertheimer, Köhler y Koffka, nació como un movimiento de protesta contra el conductismo, que analiza la conducta partiendo de la dualidad estímulo-respuesta, y ante el estructuralismo que analiza el consciente, dividiéndolo en elementos.

La idea fundamental de la Gestalt consiste en que resulta estéril tratar de comprender los fenómenos por medio del análisis de los elementos que la cons-

tituyen. La lucha de la Gestalt contra el asociacionismo mentalista y contra el asociacionismo de estímulos y respuestas de Watson se hizo desde sus bases socioculturales que exigían de la psicología científica preservar el carácter significativo y propositivo de la vida mental.

## 4.- FUNDAMENTOS DE LA GESTALT

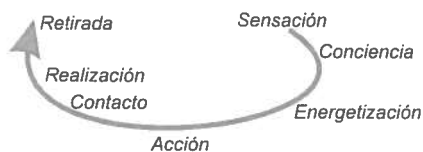
### 4.1. Aquí y ahora

Una de las premisas de la curación es la toma de conciencia de los procedimientos que utilizamos para huir de lo inmediato, del aquí y ahora de esta experiencia. Vivir el aquí y el ahora no excluye de ninguna manera la acción presente de acordarse, hacer proyectos o de referirse a la realidades lejanas. La Gestalt resalta permanecer consciente de aquello que nos pasa.

### 4.2. El fondo y la forma

Un gran mérito de la psicología de la Gestalt es haber mostrado que es imposible aislar totalmente un fenómeno de su entorno. Ningún organismo, ninguna situación puede existir absolutamente en sí. La Gestalt, es decir, la figura o la forma, se destacará del fondo global para estructurarse, tomar relieve.

### 4.3. El ciclo de satisfacción de las necesidades



El ciclo de satisfacción de necesidades es un enfoque dinámico que ayuda a comprender cómo una necesidad nace, se desarrolla, se realiza y luego desaparece del primer plano. Está compuesto por siete etapas sucesivas: la sensación, la toma de conciencia, la energetización acción, el contacto, la realización y la retirada.

Todo comienza por la sensación, es decir, por la percepción de un cambio en la relación con el entorno. La toma de conciencia, es la etapa siguiente, la sensación toma forma, se convierte en una Gestalt indistinguible por un intelecto. La toma de conciencia libera energía. La energetización se manifiesta principalmente por una actividad muscular. La acción es la gestión para conseguir un cambio en la relación con lo que nos rodea. El contacto es la fase en la que por fin se puede satisfacer la necesidad. La realización, el disfrute del contacto obtenido. Tras esta experiencia el organismo necesita un período de reposo, "retirarse". Concluido dicho período, el organismo esté preparado para volver a sentir la nueva sensación de carencia, su nueva necesidad y entonces vuelve a comenzar un nuevo ciclo de satisfacción de necesidades

### 4.4. Las resistencias

Las resistencias son fuerzas dinámicas, vivas, creativas, gracias a las cuales desviamos la fuerza vital del ciclo de satisfacción de necesidades hacia otra vía más interesante. Lo malo es que a menudo las resistencias se convierten en habituales y repetitivas.

Entonces crean tensiones y bloqueos a nivel psicológico e incluso corporal.

## 5.- LAS POLARIDADES

Las polaridades se nos presentan como características contradictorias que existen en el hombre como facetas que forman parte de su personalidad.

Jung afirma que la teoría psicológica de la persona debe sostenerse sobre el principio de la oposición de conflictos, puesto que las tensiones creadas por los elementos conflictivos son la verdadera esencia de la existencia; sin tensiones no existiría la regla en el ser humano.

La personalidad trastornada: individuo con polarización entre dos elementos de un mismo proceso psicológico. Aceptar una sola polaridad es vivir sobre una pierna, aislado, distorsionado.

El objeto de la psicología es asociar reconciliar los opuestos, puesto que el logro de sus síntesis conduce a la estructura de la personalidad integrada.

## 6.- TECNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA

En la mayoría de las psicoterapias existenciales se niega la importancia de las técnicas. La cápsula central se sitúa en el encuentro "yo-tú", en el "aquí y el ahora".

El objetivo fundamental es que la persona llegue a descubrir su proceso y sensibilizarlo al darse cuenta. Algunas de las técnicas utilizadas son las siguientes:

- El dialogo: se utiliza cuando existe una desintegración en la persona. El terapeuta sugiere a ésta que experimente tomando cada parte del conflicto, una a una, haciendo un dialogo entre ambas.

- Asuntos inconclusos: Cualquier Gestalt incompleta es un asunto inconcluso que requiere su cierre o resolución. En general, estos asuntos inconclusos tienen la forma de sentimientos o emociones no resueltos e inexpressados. Los pacientes que se someten a terapia Gestalt son motivados para experimentar sus asuntos inconclusos, para que se den cuenta de que estos están sin cerrar.

- "Yo asumo responsabilidad": Técnica utilizada para lograr que la persona tome conciencia de que es ella la que decide su propia conducta. Consiste en añadir después de cada oración: "y yo me hago responsable".

- Invertir roles: Cuando la conducta de una persona indica el evitamiento de un impulso latente, el terapeuta pide a dicha persona que haga el rol opuesto al que ha estado realizando.

- La exageración: El terapeuta, al observar pequeños movimientos y gestos ligeros en el cuerpo del paciente le pide que los repita o que exagere un movimiento determinado. Esto incrementa la percepción del sujeto.

Existen otras técnicas tales como la proyección, hacer la ronda, el ensayo, contacto-separación, todas ellas orientadas a cumplir el mismo objetivo: la ampliación de conciencia.

## 7. BIBLIOGRAFIA

\* CASTANEDO, Celedonio (1.983): *Terapia Gestalt* Editorial Texto. Costa Rica

\* PIERRET, Georges (1.990): *Plenitud aquí y ahora* Mandala Ediciones. Madrid.



# LA CITOLOGIA POR PUNCION

M<sup>ª</sup> Pilar Judez López  
Zulema Blanzaco Acín  
M<sup>ª</sup> Carmen Marcellán Murazabal

Las autoras realizan un breve estudio sobre las posibilidades de la técnica de la Punción Aspiración con Aguja Fina (P.A.A.F.) recordando que fue Georges Papanicolaou el autor al que, hoy en día, todos nosotros le debemos la introducción del estudio citológico entre las distintas pruebas que pueden utilizar los médicos para el diagnóstico de distintos procesos patológicos.

El desarrollo posterior de la Citología, así como el diseño de la aguja fina debido a Sixteen Franzen y su consiguiente aplicación al estudio de distintas patologías ha abierto toda una gama de posibilidades que las autoras tratan de reflejar, aunque sea brevemente en este artículo.

## ASPIRACION CON AGUJA FINA

### 1. INTRODUCCION

Georges Papanicolaou, en la década de los 40, dió a conocer los resultados que se podían obtener mediante el uso de la tinción que lleva su nombre en el estudio de las células que se obtienen del rascado de las paredes interiores de la vagina, desde entonces no se han dejado de estudiar las posibles aplicaciones que esto podría tener

si se utilizara sobre las células del resto del organismo.

Sixteen Franzen diseñó la Aguja Fina para el estudio citológico de la próstata. Con esta aguja, de 0,6 mm. de diámetro, y mediante un tacto rectal, conseguía localizar los nódulos prostáticos con el fin de puncionarlos, y así obtener un material celular de dichos nódulos, consiguiendo en pocos años, tabular los resultados y poder dar un

diagnóstico de la patología prostática superponible, en todo momento, a los obtenidos en los estudios histopatológicos de esta glándula, aunque de una forma menos traumática para los enfermos.

Posteriormente, sus seguidores, (Zajicek, Lowhagen, etc.) aplicaron y desarrollaron esta técnica al estudio de nódulos palpables, sea cual sea su localización, así como de los distintos órganos profundos.

## 2. APLICACIONES DE LA PUNCIÓN ASPIRACION CON AGUJA FINA (P.A.A.F.)

### 2.1.- Punción de mama

Una gran cantidad de mujeres acuden a las consultas de los médicos de cabecera por haberse encontrado casualmente, la mayor parte de las veces, un "bulto" en el pecho. Este proceso, que cada día es más frecuente, no reviste en principio una excesiva gravedad, ya que las últimas estadísticas publicadas en nuestro país, cifran el cáncer de mama en, aproximadamente, un 10% del total de los nódulos mamarios.

La citología tiene un gran papel que jugar en estos casos, ya que con esta técnica podemos obtener células del interior de estos nódulos, y en consecuencia, efectuar un estudio morfológico de los mismos, que hasta ahora sólo se conseguía mediante la biopsia.

En algunos casos de la patología mamaria, la punción tiene, además de una función diagnóstica, una función terapéutica.

Existe un cuadro dentro de la patología mamaria, que si bien reviste caracteres alarmantes para la paciente, no presenta, sin embargo, ningún tipo de malignidad: El quiste simple de mama.

Este cuadro, que por su rapidez de aparición, es muchas veces alarmante y doloroso, puede ser diagnosticado y tratado correctamente mediante la Punción Citológica, ya que en el momento de la realización de la prueba, se obtiene una mayor o menor cantidad de líquido, de muy diversos colores, que determina la desaparición de la tumoración, con lo cual el proceso ha quedado resuelto.

Mediante esta prueba pueden ser evaluados, además, otros nódulos mamarios y clasifica-

dos según su malignidad o benignidad.

Aquí deberíamos hacer una distinción entre lo que se considera diagnóstico precoz y diagnóstico primario del cáncer de mama.

#### \*Diagnóstico primario:

Consiste en la confirmación morfológica de la existencia de un cáncer donde previamente no se sospecha. Un cáncer sin ningún tipo de duda y que obligaría, en consecuen-

Otra de las consultas a los médicos es la aparición de adenopatías en distintos lugares del organismo. Las posibilidades reales de diagnóstico de estas adenopatías mediante la citología por punción son amplísimas, ya que no se van a dar unos diagnósticos de benignidad o malignidad, sino que en la mayoría de los casos va a ahorrar molestias a los pacientes al conseguir excelentes resultados en cortos espacios de tiempo, así como considerables



cia, a la instauración de un tratamiento agresivo desde el primer momento.

#### \*Diagnóstico precoz:

Consiste en el diagnóstico de una serie de lesiones, del tejido glandular normal de la mama, que de seguir evolucionando van a dar lugar a la aparición de un cáncer de mama.

Hoy en día, estas dos posibilidades diagnósticas están plenamente conseguidas y en consecuencia, es posible efectuar verdaderas campañas de detección del cáncer de mama, con el consiguiente beneficio que esto reportaría a la salud pública.

ahorros económicos al Erario Público, pues se evitan multitud de estudios caros y sofisticados. Estudios efectuados en prestigiosos hospitales de nuestro país, han demostrado que el diagnóstico correcto de adenopatías puede ser, si se usa esta técnica, hasta 40 veces mas barato que por otros medios.

### 2.2.- Punción de Tiroides

Existen toda una serie de procesos que afectan al tiroides y que cursan con un aumento del tamaño del mismo. Hasta no hace muchos años, los estudios del tiroides se realizaban mediante la introducción de distintos isótopos



radiactivos y la observación de la captación de estos por el tiroides. Pero estos estudios tienen la limitación de diferenciar solamente dos tipos de nódulos: Los nódulos calientes y fríos, según capten o no isótopos.

Esta distinción en sólo dos tipos de nódulos, es, evidentemente, insuficiente para las necesidades de los endocrinólogos, y es por ello que la mayoría de los pacientes aquejados de estos procesos acababan en el quirófano con el fin de conseguir un mate-

revisión de esta glándula de una forma rutinaria por encima de los 50 años. El tacto rectal constituye una de las mejores maniobras exploratorias que existen para cerciorarnos del estado de normalidad de la próstata; pero ¿qué ocurre si nos encontramos con un aumento del tamaño, ya sea de forma nodular o generalizado, de dicha glándula?

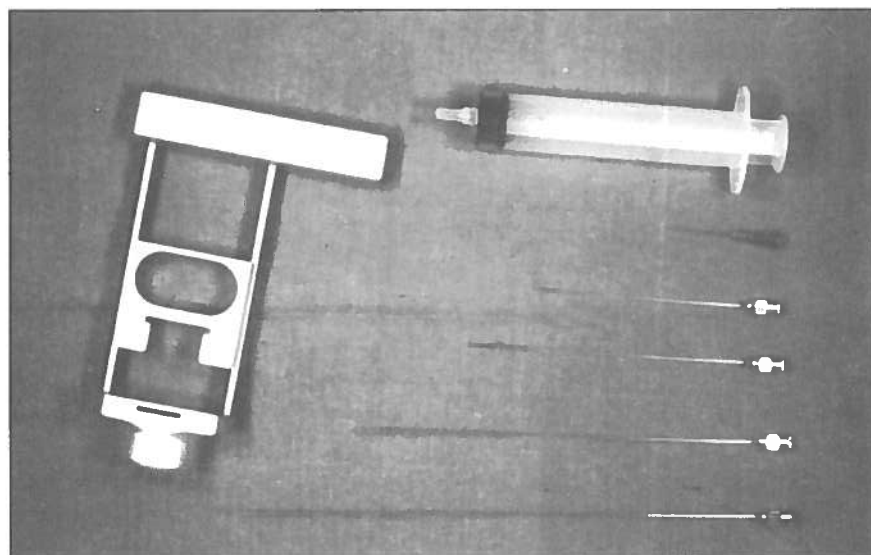
En el momento actual disponemos de la posibilidad de realizar, de una forma ambulatoria y con muy pocas molestias para el

piratorio mediante punción trans-torácica con aguja fina, dirigida mediante la radioscopia, o bien, efectuando dicha punción desde el interior, a través del broncoscopio; si, por otro lado, el órgano diana es el páncreas, riñón, bazo o las glándulas suprarrenales, la dirección será ecográfica o con *scanner*.

### 3. CONCLUSION

La citología no pretende desplazar a la Anatomía Patológica, sino todo lo contrario, ya que muchas veces es la propia citología la que se encarga de inducir la realización de muchas biopsias que de otra forma no se realizarían hasta ser demasiado tarde.

No obstante, dada la facilidad con que se puede efectuar y el bajo coste que tiene, unido a los excelentes resultados que se obtienen, es necesario que esta prueba se pueda realizar de una forma rutinaria, con las suficientes garantías en los distintos centros de Asistencia Primaria.



rial que permitiese un estudio histopatológico del tiroides.

Ahora bien, la punción aspiración nos permite conseguir un buen material para el estudio del tiroides sin necesidad de recurrir al quirófano en primera instancia.

### 2.3.- Punción de próstata

Estadísticas publicadas en los últimos años han llamado la atención sobre el alto porcentaje de varones en los que la aparición de un cáncer de próstata en los estudios necrópsicos ha resultado un hallazgo insospechado, pues no había producido ningún tipo de sintomatología clínica.

Por esto se hace necesario la

paciente, una punción prostática que nos va a permitir hacer un diagnóstico diferencial entre los distintos procesos patológicos que afectan a la próstata, desde las prostatitis hasta el cáncer, en sus distintos grados de diferenciación.

### 2.4.- Organos profundos

Con la unión de los distintos sistemas de exploración radiológica, laparoscópica, endoscópica y ecográfica, que servirán de guía, a la citología por punción aspiración con aguja fina, podemos afirmar que no hay ningún órgano que no sea accesible al estudio morfológico.

Podemos estudiar el aparato res-

### 4. BIBLIOGRAFIA

- \* AZUA, J.  
*Diagnóstico citológico en patología mamaria.*  
Ed. Expaxs, 1976.
- \* LINSK, J.A. y FRANZEN, S.  
*Clinical aspiration cytology.*  
Ed. Lippincott. 1983.
- \* LOSTALÉ, F.  
*Punción aspiración con aguja fina de órganos profundos*  
Tesis Doctoral 1.989.
- \* LÖWHAGEN, T. et al.  
*Aspiration biopsy cytology in diagnosis of thyroid cancer.*  
World J. Surg. 5, 61-73, 1.981.
- \* ZAJICEK, J.  
*Aspiration Biopsy Cytology.*  
Part. I y II. Ed. S. Karger 1.974

Al inicio de la década de 1800, las infecciones de heridas eran tan comunes que hasta el 80% eran sépticas. La cirugía era peligrosa y se limitaba a lo esencial para salvar la vida. El siglo XIX se caracterizó por el desarrollo de medios para el aseo, como uso de desinfectantes y técnicas asépticas, que hicieron menos peligrosa la cirugía. El empleo de materiales desechables, mejores procedimientos para la esterilización del equipo de quirófanos más limpios y mejor ventilados, han contribuido en conjunto a que las infecciones posquirúrgicas sean raras hoy en día.

En cada hospital hay procedimientos y medidas específicas que deben incluirse en la enseñanza preoperatoria y la vigilancia posoperatoria, la preparación de la piel para la cirugía y las acciones que deben tomarse inmediatamente antes que el paciente vaya al quirófano y después que regresa a su unidad de enfermería.

La cirugía implica la alteración deliberada y planeada de las estructuras anatómicas de una persona, a fin de detener un proceso patológico, aliviarlo o eliminarlo.

# CUIDADOS de ENFERMERIA PRE y POSOPERATORIOS

Eulalia Arroyo Feria

## PROBLEMAS COMUNES DE LA CIRUGIA

El conocimiento de los efectos en la capacidad de una persona para satisfacer sus necesidades básicas ayuda al personal de enfermería a identificar los problemas comunes que pueden impedir la satisfacción de las necesidades en pacientes quirúrgicos. También permite seleccionar las medidas pre y posoperatorias adecuadas para reducir al mínimo a aliviar trastornos, entre ellos cabe destacar:

### 1. Dificultad para respirar

Es importante valorar cuidadosamente el estado de la función respiratoria del paciente. Los signos que deben buscarse en particular incluyen: tos, jadeo, acortamiento de la respiración antecedentes de tabaquismo excesivo...

- Estimular y ayudar al paciente a

cambiar de posición a intervalos frecuentes, para evitar acumulación de secreciones y desechos en las vías respiratorias.

- Los signos de insuficiencia respiratoria que debemos vigilar:

a.- Ruido rasposo característico del bloqueo parcial de las vías respiratorias.

b.- Cambios del color de la piel.

### 2. Alteración de los signos vitales

Debemos comprobar e informar si está elevada la temperatura, si los latidos cardíacos son irregulares o la presión arterial es anormal, por ello, tras la intervención, cuando el enfermo recupere la conciencia, se vigila a intervalos frecuentes el pulso, la temperatura, la respiración y la presión arterial.

### 3. Desequilibrio de líquidos y electrolitos

En el preoperatorio, es esencial

valorar el estado circulatorio ya que pueden presentarse problemas como:

- Diabetes
- Cardiopatías Crónicas
- Venas Varices

Estos son factores que favorecen la aparición de coágulos después de la cirugía.

En el posoperatorio, una de las mejores medidas para evitar la formación de coágulos es movilizar al paciente lo antes posible.

### 4. Nutrición inadecuada

Es útil contar con datos basales adecuados sobre el estado nutricional del paciente, en el preoperatorio inmediato no reciba nada por boca (para evitar vómitos y aspiración durante la inducción de la anestesia), después suele ordenarse líquidos puros, hasta llegar a su dieta de ingreso.

## 5. Dificultades para la micción

Es importante verificar el estado de la vejiga del paciente, debe estar vacía para ir al quirófano. Después de la operación hay que vigilar muy de cerca la micción, anotar el volumen y la hora.

## 6. Alteración de la función intestinal

Debemos conocer:

- El patrón normal de defecación del enfermo

- Cualquier problema crónico o reciente y los medios auxiliares que utiliza para regularlo.

Una vez intervenido:

- Observar la eliminación de gases por el recto.

- Aguardar a que se recuperen los ruidos intestinales normales.

- Anotar la primera eliminación de heces en el posoperatorio si tiene retraso intestinal, ayudarlo con laxante o enema.

- Insistir en la ingestión de líquidos.

## 7. Disminución de la movilidad

Es esencial valorar la capacidad funcional, y motora del paciente a fin de identificar problemas, por limitación de su movilidad o dolor en las actuaciones para conservar sus funciones corporales, como la higiene, alimentarse... Debemos proporcionarle la ayuda necesaria si observamos una movilidad limitada.

## 8. Dolor

Es necesario estar muy atento al dolor del enfermo. En el posoperatorio se puede deber a:

- La posición del enfermo.

- Revisar que el apósito de la herida no esté muy apretado.

- Valorar el estado de la piel en el área vecina en busca de calor.

- Cambios de color y movilidad para comprobar que el apósito no impida la circulación.

## 9. Infecciones

Estas son una amenaza constante, por lo que es necesario tomar las precauciones más estrictas antes, durante y después de la cirugía, para reducir al mínimo este riesgo.

Debemos vigilar signos de:

- Enrojecimiento.

- Dolor.

- Tumefacción.

- Exudado común.

- Fiebre.

## 10. Alteración de la función sensorial

Dependiendo del tipo de anestesia, se procurará que el paciente sufra el mínimo dolor posible.

## 11. Trastornos de las funciones mentales.

Durante la operación se afecta la función mental del individuo, experimentado grados variables de conciencia, a medida que se recupera de la anestesia.

## 12. Ansiedad o depresión

## 13. Disminución de la capacidad de protección personal

## CUIDADOS PREOPERATORIOS INMEDIATOS

1. La noche o tarde anterior a la cirugía, suele prepararse la piel, se afeita el área de la incisión prevista, se le explica el procedimiento al paciente y las razones para practicarlo.

2. Suele ordenarse un sedante al acostarse.

3. A partir de medianoche se insiste en que no ingiera ningún alimento ni líquido.

4. No debe llevar al quirófano ni alfileres, prótesis, anillos... y a las mujeres que no se apliquen maquillaje ni pintura de uñas, para facilitar la valoración de la piel.

5. Una vez comprobado que todo lo anterior está en orden, y que el expediente está completo, el enfermo, es bajado al quirófano.

## CUIDADOS POSOPERATORIOS INMEDIATOS

La mayoría de los pacientes que pasan del quirófano directamente a una sala de recuperación posanestesia para recibir los cuidados y atenciones especiales que requieren en el

posoperatorio inmediato. Estos cuidados son:

1. Valoración de estado fisiológico:

- Nivel de conciencia

- Signos vitales

- Presencia o ausencia de reflejos

- Drenajes de apósitos

2.- Comprobar que se cumplan las instrucciones posoperatorias inmediatas en cuanto a venoclisis, medicamentos y tratamientos.

3. Comprobar instrucciones de radiografías y estudios de laboratorio.

4. Vigilar la administración de oxígeno.

5. Conservar un ambiente físico seguro para la recuperación del paciente.

6. Proporcionar apoyo emocional y comodidad al enfermo.

Una vez que el paciente ha recuperado plenamente la conciencia, sus signos vitales se han estabilizado y se juzga que su estado físico es satisfactorio, se le lleva a su unidad de enfermería.

## VALORACION

La enseñanza pre y posoperatoria adecuada ayuda a preparar al paciente para la cirugía y permite que la recuperación en el posoperatorio sea más tranquila y menos peligrosa para el enfermo.

Es útil incluir en este programa de enseñanza a los familiares u otras personas importantes para él, así como, es importante valorar la capacidad del enfermo en identificar cualquier problema que puede dificultar el aprendizaje, como mala visión, pérdida de la audición, gran ansiedad o movilidad limitada.

## BIBLIOGRAFIA

\* *Tratado de Enfermería Práctica*

B.W. DU GAS

\* *Diagnóstico de Enfermería*

J.H. CARLSON

# El auxiliar en módulos asistidos (residencias)

Emilia Rubio Tello

M<sup>a</sup> Angeles Rodriguez Arenal

## 1. ASPECTOS FISICOS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Al envejecer podemos comprobar que en nosotros mismos y en las demás personas que nos rodean, se producen ciertos cambios.

Aunque también es verdad, que nadie envejece de la misma manera, dependiendo fundamentalmente de:

- Factores Genéticos: La herencia genética es muy importante al determinar las enfermedades que inciden directamente en un envejecimiento más precoz en las personas.

- Tipo de trabajo al que se ha dedicado en su vida: Está comprobado que la persona que trabaja en el campo, por ejemplo, envejece más rápido que otra persona que trabaje en una oficina, aunque ahora con la vida tan agitada que llevamos y el stress, que en mayor o menor medida sufrimos todos, sería discutible esta situación de riesgo.

- Recursos económicos: Las personas con buenos recursos económicos, tienen mayor posibilidad de una alimentación más adecuada y unos cuidados mayores que quien carece de ellos y los tiene escasos.

- Personalidad: Las personas que durante toda su vida han sido activas, optimistas etc., tienen más recursos sociales para vivir la etapa de la vejez de manera más provechosa y positiva.

Todo ello hace que el envejecimiento sea más o menos traumático o que nos llegue antes, pero es claro que con los años se producen cambios a nivel físico, mental y social.

- A nivel físico: Se produce un cambio de apariencia, se modifica el sistema piloso, afectando a la distribución, color, espesor y fuerza de vello y cabellos.

También se acompaña de una disminución de talla, a partir de los 30 o 40 años. Los huesos cada vez son más porosos (osteoporosis) y se acentúa la curvatura natural de la columna (cifosis).

La cavidad torácica disminuye su volumen tanto que las costillas se desplazan hacia adelante y hacia abajo.

- Cambios funcionales: Es muy importante el funcionamiento de los órganos y miembros y como puede afectarnos en la vida cotidiana.

\* Vista: Se reduce la elasticidad de las lentes oculares y de esta manera se pierde la capacidad de localizar objetos muy lejanos o muy cercanos (acomodación). También se reducen la pupilas y disminuye la cantidad de luz que llega a la retina. La frecuencia de aparición de cataratas aumenta y se hace muy difícil la percepción adecuada de los colores.

\* Oído: Las pérdidas auditivas afectan más a los sonidos agudos que a los graves. Se hace más difícil la comunicación con los demás, y de

esta manera pueden sentirse aislados a causa de este problema. A esto se suma la dificultad de aprender a leer en los labios, pues el aprendizaje es más complicado a medida que avanzamos en edad.

\* Sistema pulmonar y cardiovascular: La capacidad y eficacia funcional del sistema cardiovascular se ve disminuída, en parte por la modificación muscular que reduce la capacidad torácica y así se limita el volumen de aire que se puede absorber.

El corazón disminuye su número de latidos. Las arterias se engrosan y pierden elasticidad, que junto con los depósitos de grasa que se depositan en ellas, provoca hipertensión.

\* Cambios en la nutrición, digestión y eliminación: Al disminuir la actividad física, el cuerpo necesita menos calorías para mantener su peso, lo cual hace necesario modificar la alimentación para evitar el sobrepeso y los problemas que de él se derivan.

Las digestiones se hacen más lentas y pesadas.

La pérdida de elasticidad de la vejiga conlleva a una disminución en su capacidad y origina dificultades para su vaciado, se origina más veces pero menos cantidad. En los varones este problema se ve aumentado por las alteraciones que se dan a nivel prostático.

Las deposiciones disminuyen en cantidad, en parte porque también

disminuye la cantidad de alimentos ingeridos.

\* **Aspectos psicomotrices:** El tiempo de reacción en los ancianos es más lento que en las personas jóvenes, este enlentecimiento disminuye la capacidad para realizar eficazmente las tareas de la vida cotidiana.

\* **Problemas de sueño:** Las alteraciones en el sueño nocturno son una de las quejas que más frecuentemente se dan en este tipo de pacientes.

La disminución del tiempo total de sueño nocturno, los despertares que se hacen cada vez más largos y frecuentes, el adelanto en la aparición de la 1ª fase REM, la mayor somnolencia y fatiga diurna, son hechos peculiares del sueño en los ancianos.

Es esencialmente la posibilidad de volver a conciliar el sueño, lo que está alterado en el curso del envejecimiento.

\* **Aspectos sexuales:** Hay un gran desconocimiento sobre este tipo de relaciones entre los ancianos, debido, fundamentalmente a las dificultades que se presentan a la hora de recoger información, ya que son muy reacios a tratar este tema, en parte porque la sexualidad ha sido considerada tema "tabú" y por la educación recibida al respecto y otros tipos de condicionantes individuales y personales.

## 2. ASPECTOS PSIQUICOS

El significado de la pérdida de las capacidades, es a menudo mucho más grande que las dificultades que aparecen a causa de los cambios.

Al "darse cuenta" de que no pueden hacer algunas tareas que antes hacían con facilidad, puede ser causa de depresión especialmente si coincide con otras pérdidas (amigos que mueren, cónyuge, etc.)

El momento de la jubilación es crítico, pues esto conlleva a la pérdida de roles que hasta ahora hablan desempeñado a lo largo de su vida.

Es especialmente duro para los varones, pues al dejar de trabajar ya no saben que hacer. Por el contrario la mujer, se ve menos desplazada pues sigue ocupándose de las tareas de la casa y se mantiene más activa, con más motivación.

Se puede disparar el sentimiento "no sirvo para nada", "sólo me queda esperar la muerte".

Si además ingresan en una residencia, el choque puede ser muy fuerte - Se sienten apartados, como un trasto viejo... Desconfían de todo y de todos... Se sienten desamparados. A todo esto se vienen a sumar las enfermedades psíquicas propias de la vejez, lo que viene a complicar más, si cabe, la situación de angustia ya existente. Aparecen estados de hiperemotividad (lloran ante cualquier pequeño incidente, con algún recuerdo...) y también se presentan otros trastornos del humor.

## EL PAPEL DEL AUXILIAR EN MODULOS ASISTIDOS

Atender a sus necesidades básicas, en lo que se refiere a llevar a cabo tareas cotidianas; se les ayuda a realizar el aseo, a vestirse, a comer, los acompañamos a la peluquería, al podólogo... y lo que me parece más importante, les ayudamos a integrarse en el entorno social en el que se encuentran, para ello valoramos su capacidad psicomotriz, sus costumbres, sus preferencias etc.

No es nada fácil esta labor, porque normalmente, cuando ingresan son poco comunicativos, debido a la soledad que los embarga, suelen estar desorientados.

Es necesario valerse de una buena comunicación, para ello, se buscan "las mañan" para, de forma suave, sin forzar, el anciano nos hable, un dato importante es "empatizar" con el anciano, esto es ponernos en su lugar, escuchar lo que nos quiera contar, crear un ambiente relajado en donde se sienta libre para poderse expresar.

A ellos les encanta hablar de su pasado, y es importante que seamos capaces de saber escuchar, de interesarnos por lo que nos cuentan. A veces, de esta manera, uno se puede informar de un montón de cosas que nos van a servir para tratar adecuadamente a este anciano, como motivarle y hacerle participar en actividades que le pueden ser de mucha utilidad.

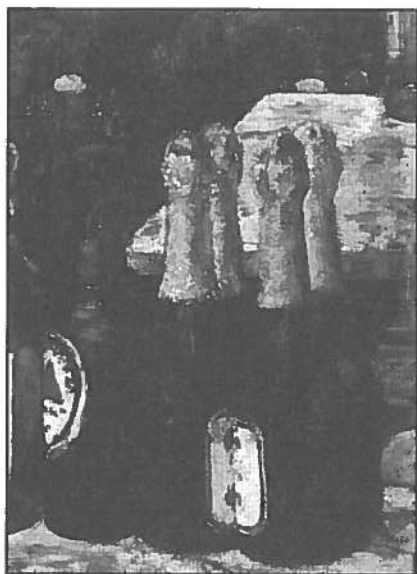
También es importante individualizar en el trato con los ancianos y comunicarse con ellos teniendo en cuenta sus limitaciones -auditivas, cognoscitivas, etc.-, respetar en lo posible sus gustos personales, sus costumbres y su intimidad.

Este trabajo con ancianos, puede resultar muy interesante si somos capaces de sabernos "desconectar" cuando es necesario, pues conlleva una carga emocional muy fuerte y corremos el riesgo de vernos implicados y no encontrar la salida. Debemos aprender a establecer un equilibrio en nuestra relación con ellos; y así, con nuestra ayuda, si potenciamos sus posibilidades y les apoyamos de acuerdo a sus posibilidades, conseguiremos que concluyan esta etapa de su vida con calidad emotiva y dejarán de pensar y sentir "soy viejo y estoy aquí esperando mi muerte".

Después de todo, es el futuro que nos espera a los que ahora somos jóvenes. ¿Verdad que nos gustaría que nos tuviesen en cuenta?.

## BIBLIOGRAFIA

- \* "Gerontología Clínica: *El envejecimiento y sus trastornos*" Ed. Martínez Roca Barcelona 1990
- \* "Grupo Luria: *Curso de Personal de Residencias de Ancianos*"
- \* Pérez R. Crespo T. "*Actuación Psicológica en la 3ª Edad*". Ed. Colegio de Psicólogos. Madrid 1992



# ALCOHOL

Carlos Prieto Noval

La sustancia básica de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico,  $C_2H_5OH$ . "Alcohol" viene de la palabra árabe que designa las sustancias volátiles. Los azúcares naturales, como fructosa y glucosa se descomponen fácilmente en alcohol etílico y dióxido de carbono:



Las enzimas escinden los azúcares por acción catalítica. Las enzimas son moléculas complejas.

## OBTENCION DEL ALCOHOL

El más simple es a partir de la glucosa existente en las uvas, manzanas, peras y cerezas.

Se obtiene por prensado un líquido azucarado, y sobre él actúan las levaduras, que llevan la glucosa a alcohol.

*Sustancias sólidas o líquidas con azúcar:* remolacha, tallos de maíz, sorgo, frutas, cañas, melazas y jarabes, y los desperdicios de la fabricación de azúcar, orujo, etc., y azúcares animales (hidromiel y kumis).

*Sustancias sin azúcar:* pero sí con almidón o fécula que, por acción de las diástasas se pueden transformar en azúcar (maltosa): patatas, cereales, maíz, algunas leguminosas y otras semillas

Las féculas, por acción de las diástasas, se transforman en maltosa y dextrina (generalmente, un 81,9 por 100 de la primera y un

10,1 por 100 de la segunda).

La maltosa se convierte en alcohol y anhídrido carbónico. La dextrina se convierte en maltosa y sigue el mismo ciclo.

**De todo esto se obtienen los siguientes productos:**

Productos obtenidos a partir de la fermentación de la uva:

- Mostos.
- Mistelas.
- Vinos.
- Vinos aromatizados: Vermut, vino quinado, vino de genciana.
- Vinos gasificados.
- Destilados: - aguardientes de orujo -Holandas:cazallas, brandy (coñac).

Productos obtenidos a partir de la fermentación de materias vegetales distintas a la uva:

- Cervezas.
- Sidras.
- Destilados: aguardientes envejecidos: ron, whisky.
- Aguardientes macerados:

arrak, ginebra, vodka, brandy de frutas.

- Licores: marrasquino, licor de zumos de frutas, licor de frutas, licor de aromas y esencias, licor de café, té y cacao, anís.

Las bebidas alcohólicas forman parte del grupo de drogas legales, cuya aparición es anterior a la del tabaco.

## ¿QUE ES EL ALCOHOLISMO?

- Enfermedad crónica y generalmente progresiva, o síntoma de un arraigado trastorno psicológico o físico, caracterizando por dependencia al alcohol, con pérdida de control al beber.

- Es una enfermedad crónica manifestada como una reiterada implicación como causa de daño a la salud y/o a su nivel social y económico.

- Un incontrolable comportamiento consistente en la repeti-

ción ( aunque no necesariamente constante y regular) de ingestión de bebidas alcohólicas.

- El uso de una bebida alcohólica que causa daño al individuo a la sociedad o a ambos.

- Intermitente o continua ingestión del alcohol conduce a una dependencia o daño.

- Desviación del estado de salud física y psíquica con repercusión en la persona, familia y sociedad

## ALCOHOLICO

Aquél individuo al que el alcohol le produce daño en su salud, y en su comportamiento individual y social.

Persona a la que al beber causa un continuo y creciente problema en algún aspecto de su vida.

Quien muestra los signos de adición al alcohol.

Persona que pierde el dominio sobre el mantenimiento de la completa abstinencia o pierde el control de parar de beber una vez que empezó.

Excesivo bebedor cuya dependencia de alcohol ha llegado a un grado que se manifiesta en una notable alteración mental o una interferencia con su salud mental o física, con sus relaciones interprofesionales y su medio (O.M.S)

Quien abusa del alcohol, produciendo detrimento de él mismo o de otros.

## Bebedor

Existen numerosos grupos y subgrupos con varias denominaciones en esta definición, como bebedor pesado (sinónimo de fuerte, intenso), bebedor social, bebedor problema, bebedor fin de semana, bebedor de fiestas, borracho, borracho habitual, excesivo bebedor, abusador del alcohol, adicto al alcohol, alcoholdependiente, etc.

## INTOXICACION AGUDA O BORRACHERA

La afinidad que tiene el alcohol por los lipoides hace que gran cantidad de él se fije en el cerebro, llegando a producirse una oleada de olor a alcohol en el momento en que, al hacer la autopsia, se abre el cráneo de la persona muerta por intoxicación etílica.

Esta impregnación del tejido cerebral produce una parálisis descendente inespecífica, no selectiva, que abarca a todas las estructuras histológicas del sistema nervioso central.

La mayoría de los medicamentos que actúan sobre el cerebro y las enfermedades mentales tienen una acción concreta sobre alguna faceta de comportamiento, ya sea la ansiedad, la tensión, la irritabilidad o a combatir unas convulsiones u otra acción, por lo que actúan sobre un área determinada. Sin embargo, el alcohol no selecciona, no discrimina, actúa sobre todo el cerebro. Su acción sólo es parecida a los anestésicos generales.

Conforme aumentan las tasas del alcohol, la impregnación de las estructuras cerebrales sigue el siguiente orden:

1. Corteza cerebral
2. Centros subcorticales.
3. Cerebelo.
4. Médula espinal.
5. Bulbo raquídeo, que contiene con los centros vitales respiratorio y vasomotor.

Estas fases de impregnación de las diferentes estructuras del cerebro son las que nos darán los diferentes comportamientos en la intoxicación etílica. Son las fases que pasamos a analizar y que, por simplificación, indicamos estadios separados, pero son una sola función con las tasas en sangre.

## Tasas en sangre

La respuesta fisiológica del organismo a las diferentes con-

centraciones por 100 cc de sangre son:

- 4 mg: Individuo normal.
- 50 mg: Individuo callado.
- 100 mg: Ebrio policialmente.
- 200-300 mg: Borrachera, con mareos, vértigos, contusión y delirio.
- 250-300 mg: Aturdimiento, estupor, abatimiento y caída.
- 350-500 mg: Coma etílico y muerte.

Son cifras muy elásticas, ya que intervienen la alimentación, sus características, el hábito, la costumbre, si eran bebidas carbónicas o ligeras o concentradas, el tiempo bebiendo, etc.

En un bebedor no acostumbrado las cifras se convierten en:

- 50 mg: Liberación de inhibiciones.
- 100 mg: Ataxia, Dislalia.
- 150 mg: Conducta agresiva.
- 200 mg: Períodos de sueño.
- 300 mg: Estupor.
- 400 mg: Coma.
- 500 mg: Muerte por parálisis de los centros respiratorios cerebrales.

Partiendo de la bebida más frecuentes en España, el vino, las diferentes cantidades de él producen generalmente:

*De 500 a 1.000 cc:*

Da una alcoholemia, al término de una hora, de 25 a 50 mg/100 cc

No hay síntomas aparentes de alcoholización.

Solo aparecen ante pruebas específicas de medida en los reflejos.

*1.000 cc:*

Da una alcoholemia de 50 a 80 mg/100 cc.

Euforia, alegría, desinhibición. Fase de alcoholización.

*1.000 a 1.500 cc:*

Alcoholemia de 80 a 150 mg / 100cc.

Sintomatología clara de borrachera con comportamiento peligroso y total desinhibición.

2.000 cc:

Alcoholemia de 150 a 300 mg / 100 cc.

Borrachera absoluta, total, integral.

Diplopía, incoordinación, lenguaje incomprensible.

3.000 cc:

Alcoholemia de 300 a 500 mg / 100 cc.

Pérdida del conocimiento. Intoxicación de los centros superiores. Coma.

4.000 cc:

Alcoholemia de 500 mg/100 cc o más.

Coma profundo. Parálisis de los centros respiratorios y vasomotor.

Peligro inmediato de muerte.

Muerte.

## Se puede sistematizar en cuatro fases.

### Primera fase

Con tasas en el organismo de 50 a 150 mg por cada 100 ml de sangre, siendo el promedio de unos 100 mg/100 ml.

Aunque es sumamente variable en función de cada persona, su peso, sexo, metabolismo, costumbre, hábito, preparación, trabajo manual o intelectual, horario en relación con las comidas, tipo de esta cantidad y calidad, etc. Factores que imposibilitan dar unas tasas específicas para cada estadio de la borrachera.

En esta fase los estudios psicológicos demuestran que están afectadas las funciones de la corteza cerebral, manifestándose en fallos de memoria, de atención y de asociación de ideas. Aparentemente no está afectado en una visión "social".

Es una fase de parálisis de los mecanismos inhibitorios. Al inhibirse los centros corticales superiores aflora o se libera el tono emocional subyacente y específico de cada persona, apareciendo lo que se ha ido puliendo con los

años, que son convivencia y la "sociabilidad". Es una embriaguez incompleta, con euforia. Es dueño del mundo, liberado de las inhibiciones. Comienza la dificultad al hablar. Incoordinación motriz, con traspies. Aparece el individuo como es, triste o malhumorado si es de constitución reservada, o alegre y contento si es extrovertido. Cara congestionada. Sudor.

Disminuye el sentido crítico, como en los casos de extirpación bilateral del lóbulo prefrontal.

La forma más espontánea de actuar es la forma más infantil.

La euforia es seudoeuforia, por depresión de lo últimamente aprendido, la convivencia, el respeto humano, la educación, etc

Esta es la fase que erróneamente se considera de exaltación con euforia o alegría, pero es todo lo contrario, es de inhibición o depresión de los centros superiores.

Es un error frecuentísimo considerar el alcohol un estimulante. Es todo lo contrario, un depresor.

Posteriormente desaparece la autocrítica, con lo que se animan a hablar más y de manera más fluida; es la típica conversación a los postres, que es menos protocolaria que con el primer plato.

La intoxicación de la corteza cerebral se manifiesta con alteración de memoria, de la atención y asociación de ideas. Se bloquea lo superior y aparece lo existente en los centros subcorticales, ya sea extraversion o introversión.

Posteriormente se afecta la función reticular, con lo que aparece la fase de sueño o sopor o somnolencia, que suele acompañar a las comidas.

En ambientes no relajados, sino de tensión, como discotecas o sitios de mucho ruido y luces, en vez de reposo o sueño puede existir una fase de excitación.

En la esfera sexual "provoca

el deseo, pero impide la realización".

### Segunda fase

Con tasas de 150 a 250 mg/100 ml, siendo la media de 200 mg/100 cc. Es la fase de clara borrachera perfectamente diagnosticable y que no precisa explicación. Sistematizándola, se caracteriza por:

El habla: es incoordinada; la palabra, el tono y la ideación que pretende representar son confusas.

Andar: tanto la marcha como la situación postural (andando o sentado) son claramente típicas de esta fase, con incoordinación de los movimientos y falta de control de los diferentes grupos musculares. Existe ataxia. Individuo puede caerse si cierra los ojos.

Signo de Romberg.

Esto se debe a la afectación de los centros posturales, vestibulares y del cerebelo, con lo que estamos llegando a mayor profundidad en la impregnación de los centros cerebrales, como ya indicamos en la escala de intoxicación.

Si es más profunda se afecta la coordinación de la musculatura de los globos oculares, con lo que aparece la visión doble o diplopía, base de tantos chistes de borrachos.

Amnesia lacunar. Automatismo. Pérdida de conciencia. Disatria. Rubicundez. Mirada turbia.

Mayor intoxicación produce nistago (movimientos involuntarios de los globos oculares).

En esta fase de inhibición total por parte de los centros superiores de los actos instintivos es cuando se producen las más graves transgresiones de la ley, tanto en el código de tráfico como en el penal.

La sensibilidad dolorosa está disminuida: 60 cc de alcohol suben al umbral del dolor hasta un 40 por 100.



### Tercera fase

De 250 a 350 mg/100 ml, con una media de 300 mg/100 ml.

La parálisis descendente que indicábamos antes ha llegado hasta los centros espinales, con sueño profundo. Más que sueño es una fase de anestesia, como con el éter o cloroformo, ya que difiere del sueño fisiológico en el existente estupor, inconsciencia y coma.

Coma profundo arrefléxico. Midriasis bilateral. Piel fría y húmeda. Respiración lenta, a veces muy ruidosa, superficial. Pupila normal o dilatada. Taquicardia y caída de la tensión arterial.

Hipotermia de 34 a 35°. Se ha llegado en algunos casos de dormir en ambientes muy fríos a temperaturas de 23,5°.

### Cuarta fase

De 350 a 450 mg/100 ml, con media de 400 mg/100 ml.

Pueden existir tasas más altas, pero al pasar de estas cifras la muerte se produce igual.

La impregnación por el alcohol ha llegado a todos los estratos del cerebro, y el individuo sigue en el coma de la fase anterior, con la piel húmeda y fría; la respiración, lenta; el pulso, acelerado, y las pupilas, dilatadas, que no responden o lo hacen perezosamente.

Hipotensión, que está agravada por la deshidratación consecuente a los vómitos.

La respiración es superficial y estertorosa, con ritmo de Cheyne-Stokes o sin él. La termorregulación esta abolida durante el coma alcohólico. La piel ofrece vasodilatación paralítica, con enrojecimiento, y de ahí el gran peligro de sucumbir de frío (borrachos fallecidos al dormir en la calle durante el invierno). Los vómitos, frecuentes, pueden ocasionar neumonías por aspiración.

Esta afectación profunda lleva a la parálisis del centro respiratorio

y vasomotor, con muerte del enfermo. Suele ocurrir con dosis de 500 mg.

En las fases tercera y cuarta, el electroencefalograma es como en las personas anestesiadas, con un retardo en las ondas cerebrales.

### Muerte

La muerte puede ser por la acción directa del alcohol como sustancia tóxica, como cualquier otra sustancia mortal.

Por vasodilatación paralítica, al ser abolida la termorregulación en el coma etílico.

Por las neumonías por aspiración que se producen como consecuencia de los vómitos con el enfermo inconsciente.

Por los mal denominados "comas etílicos", ya que gran número de ellos son comas hipoglucémicos por la interferencia del alcohol en el metabolismo hidrocarbonado, y que pasan sin tratarse por la calificación de "coma etílico" sin más. Por edema cerebral, siendo más frecuente la muerte por parálisis del centro respiratorio cerebral.

### TRATAMIENTO DE LA INTOXICACION AGUDA

La intoxicación ligera leve no precisa tratamiento médico o farmacológico se debe dar café cargado o café con sal y unas gotas de amoníaco (25 gotas de amoníaco) en agua, también se debe dejarlo dormir en un ambiente cálido con suficientes mantas para evitar la pérdida calórica.

#### Lavado gástrico

Más útil resulta el lavado después del vomitivo (eméticos), lo que permitirá la completa evacuación.

Debe realizarse lo más precozmente posible, antes de las primeras cuatro horas, aunque tiene indicación hasta las seis y ocho horas.

El lavado gástrico se práctica con sonda gástrica de nelatón, se lubri-

ca ésta con vaselina o aceite. No es nada fácil hacer tragar una sonda y menos a un niño. Si se consigue, a través de un embudo adosado a la sonda se introducen unos 300 a 400 cc de agua, repitiendolo varias veces.

Los demás tratamientos serán médicos o farmacológicos: cafeína inyectable, Cloropromazina por vía intramuscular, eméticos, diálisis, exanguinotransfusión, analépticos, Niketamida (coramina), Pentilentetrazol (cardiazol), Remeffin, Pretacamida (micoren), carbón activado, etc.

#### Resaca

Es un estado de postintoxicación por abuso. En este estado de postintoxicación no solamente interviene el alcohol, sino también la composición y posible adulteración de las bebidas. Algunas de las resacas son intoxicaciones por productos de la adulteración.

### Síntomas y tratamientos de la resaca

Síntomas: Dolor de cabeza, sed, vértigo, molestias gástricas, náuseas, vómitos, insomnio, fino temblor de manos, alteración de la función hepática.

Más factores psicológicos de depresión, ansiedad, remordimiento y extrema sensibilidad.

Tratamientos: La serie de remedios caseros es infinita y de nula utilidad como hormonas tiroideas, tiroxina, la glucosa, la fructosa, la insulina, la hipertermia, el ejercicio muscular, los cócteles vitamínicos, etc.

Algunos que parecen funcionar como alivio único de la resaca son: Naloxona, acupuntura, Budleia escordiosis (planta mejicana), y otros tratamientos que carecen de base científica.

### TOXICIDAD POR DEPRIVACION

#### Síndrome de abstinencia:

Es el punto clave del alcoholismo.

El enfermo siente que va sufrir por la privación de alcohol, y nota que se le va a desencadenar la enfermedad que ahora veremos.

Ante el miedo a padecerlo, para evitar su aparición bebe, pues sabe que con más alcohol no le aparecerá la sintomatología, con la que ya está dentro del círculo vicioso que desencadena el alcoholismo crónico.

Este síndrome es sumamente característico de los enfermos adictos a la morfina o heroína, que no pueden pasar sin su droga habitual. Se les crea una enfermedad que afecta física y psíquicamente a su equilibrio, siendo tan llamativo y espectacular que precisa la hospitalización, e incluso existen casos de muerte.

Con el alcohol también aparece este síndrome, aunque no tan intenso como ante las drogas "duras".

Beben para evitarlo.

Aparece al cabo de pocas horas de la última bebida, y cuando no puede obtenerse la dosis para mantener la alcoholemia que precisan.

Se presenta sin necesidad de la total desaparición del alcohol de la sangre. Es suficiente con la disminución de las tasas habituales. En España es desconocido, ante la facilidad de obtención del alcohol.

Son características de este síndrome las convulsiones, que se pueden confundir con alguna enfermedad del sistema nervioso.

Aparecen alteraciones en la capacidad intelectual que tardan unas tres semanas en desaparecer.

Su sintomatología es la forma abortiva del delirio alcohólico, y puede encuadrarse como el predelirio.

Su mayor índice de aparición es en jóvenes o personas menores de 40 años. Personas que suelen presentar la sintomatología de hipertensión lábil, obesidad, hígado graso, hiperlipidemia, hiperrurice-

mia, hipertrigliceridemia e hipercolesterinemia.

Presentan los síntomas neurológicos de: temblor, tendencia a la sudoración, unos con menos sudoración y fuerte temblor, que tienen apariencia de ataques epilépticos, y otros con intensa sudoración, que pueden llegar a empapar las sabanas, con poco temblor e hipertensión, náuseas, hipertermia e hiperreflexia.

Trastornos vegetativos de taquicardia, temblor, sudoración, hipotensión postural o hipertensión.

Trastornos gástricos consistentes en molestias difusas abdominales, diarreas, náuseas, vómitos, aumento de la sensibilidad faríngea, con arcadas.

Trastornos psíquicos de miedo, ansiedad, depresión, inquietud interna, confusión y trastornos del sueño, pesadillas, desorientación, ilusiones y alucinaciones visuales, irritabilidad, inquietud; experiencias alucinatorias, obnubilación de la conciencia, etc.

Su ingreso, si no estaban hospitalizados, suelen ser con un estado predelirante, inquietud psicomotora, temblor ostensible, taquicardia, tendencia a la sudoración y enrojecimiento facial.

Es un cuadro difícil de diagnosticar y fácilmente confundible por otra enfermedad.

Puede pasar a delirium tremens:

Es una psicosis alcohólica aguda que clásicamente aparece a las veinticuatro horas sin beber. Es más frecuente en varones que en mujeres.

Su etiología exacta es desconocida. Se sabe que suele aparecer tras la disminución de las tasas de alcohol en sangre. Pero también lo pueden desencadenar los traumatismos, las infecciones e incluso aparecer con el individuo bebiendo.

Parece que influye en su aparición la alimentación insuficiente.

Actualmente es menos frecuente, no se sabe por que se cree que es debido a una mejor situación alimentaria de la población.

El sustrato que existe en la autopsia de los muertos en esta fase es una tumefacción cerebral, con hemorragias, lesiones vasculares y lesiones parenquimatosas.

Su duración es de cinco a siete días.

A veces existe una fase prodrómica consistente en insomnio, irritabilidad, aumento de temblores e incluso crisis epilépticas, pesadillas y vértigo.

Pero la mayoría de las veces aparece de manera brusca e inesperada este estado de delirio alucinatorio de tipo onírico, con contenido terrorífico con zoopsias y alucinaciones liliputienses. Parece un ataque epiléptico.

Somáticamente aparece temblor de amplias oscilaciones, con gran trémor generalizado, que puede hacer que se mueva la cama. Una posible forma de aparición es asociado a convulsiones que puedan llegar a un estado epiléptico con convulsiones seguidas, sin llegar a recuperar la conciencia, trastornos del equilibrio que pueden conducir a caídas y graves traumatismos; agitación, abolición de los reflejos tendinosos, ataxia y trastornos pupilares, aumento de la temperatura, taquicardia, oliguria, alteraciones de la tensión arterial; alteración del ritmo de la respiración, agitación permanente, pulso rápido, gran sudoración, colapso cardiovascular, hipertermia.

Bioquímicamente existe deshidratación intra y extracelular; aumento intenso del catabolismo, con aumento de la urea en orina y sangre; suben las tasas de noradrenalina y adrenalina en sangre y la de noradrenalina en orina, debido a la hiperactividad simpática; disminución de la glucemia y de la reserva alcalina, aparición de

cuerpos cetónicos en orina; hipopotasemia, hiposodemia, hipomagnesemia, eosinopenia, hipercaleiuria, signo de destrucción celular, etc.

Psíquicamente aprecian pequeños animales móviles, lo que les producen una sensación angustiosa. Ven ratones blancos o elefantes rosas, con enorme sensación de pánico. Perciben imágenes terroríficas. Sienten la sensación de movimiento de gente que entra y sale de la habitación. Creen percibir sensaciones táctiles, en la piel, de bichos y objetos sobre ella; que las paredes y el suelo se mueven. No hay alucinaciones auditivas, son generalmente visuales. Desorientación espacio-temporal, trastornos de la conciencia, insomnio.

La atención se acorta. Son distraídos por hechos reales o imaginarios. Sienten ansiedad y miedo, con angustias internas. Es difícil de mantener la conversación, ya que se les van las ideas. Las contestaciones son inadecuadas o ilógicas.

Pueden hablar mucho sobre su trabajo, o incitar a las personas del hospital a beber, y dar las órdenes a un inexistente camarero.

Este cuadro es de dos a cinco o siete días.

La mortalidad era de hasta un 25 por 100 en grandes alcohólicos sin instaurar el oportuno tratamiento. Actualmente es del 1 a 2 por 100.

#### Tratamiento:

Es fundamental la hidratación, ya que pueden morir por deshidratación, por lo que se administrarán soluciones glucosadas al 5 por 100, con insulina asociada y vitaminas B<sub>1</sub> y C (200 mg de vitamina B<sub>1</sub> y 500 mg de vitamina C), más 100 mg de ácido nicotínico. La hidratación debe ser intensa.

Asimismo se administra ACTH a dosis de 50 mg cada doce horas por vía parenteral, más cloruro

sódico en sellos o en el gotero, a dosis de 8 g día. Potasio en función de la caliemia.

Perfenacida, 10 a 20 mg intramuscular.

Para combatir la intranquilidad se suelen administrar librium a dosis de 50 a 100 mg, dos o tres veces al día por vía intramuscular.

Pueden sustituir al librium la clorpromazina, el emilcamato, la imipramina, el clorometiazole, el clordiacepoxido o el sulfato de magnesias.

La habitación debe estar bien ventilada, amplia e iluminada. Sin nada que le comprima y sin ataduras. Podrá moverse libremente y estar siempre acompañado. El aislamiento y la soledad los empeoran.

Complicaciones: neumonía, hepatitis, fracturas e infecciones.

### **INTOXICACION CRONICA**

Ya vimos en el apartado anterior que si se deja de beber aparece una sintomatología sumamente desagradable, el "síndrome de abstinencia", que el adicto sabe que le desaparecera volviendo a beber, con lo que ya esta el círculo vicioso insoluble de: toma de alcohol - metabolización - disminución de las tasas en sangre - síndrome de abstinencia - toma de alcohol para evitarla, y así cada día, y posteriormente cada seis o cuatro horas.

Hay un factor que es preciso señalar y resaltar. Hasta hace unos cincuenta años, el alcohólico crónico, nada más entrar en esta fase, pasaba a ser un caso terminal. Era el borracho del barrio, o el clochard, o el desecho social, o el demacrado que inmortalizó Doré, el caso que se enseñaba a los niños sobre el peligro de beber, la persona anatematizada por toda la sociedad.

Actualmente esto ya no es tan frecuente. Ya no existen los cuadros clásicos terminales expues-

tos: el vagabundo alcohólico, el *clochard*, el aislado cada noche en los hogares del Salvation Army es cada vez menos frecuente. Esto es debido a una mejor situación económica de población, a un mayor nivel económico, a un mejor sistema de nutrición y a un aumento del nivel sanitario general de los países.

Pero el alcohólico crónico es el mismo, es la misma enfermedad, sólo que con otra sintomatología, con otra apariencia, con otros síntomas, con otro enfoque social. Estos enfermos no han cambiado, como no ha cambiado la tuberculosis o la lepra, lo único que ha variado es que ya no vemos los cuadros terminales terribles de estas enfermedades.

Estas mejoras y los altos niveles asistenciales, médicos, sociales, de nutrición, ambientales, que hemos señalado, permiten que los mecanismos defensivos del organismo ante esta intoxicación crónica puedan ser bastante efectivos y mantenerse actuando durante bastante tiempo. No hay enfermedad ante la que no se defiende el organismo, y ante esta se ponen en marcha: una hiperradrenalinemia, una hiperglucemia, una acidosis, alteraciones neurovegetativas con fases de vagotonía y simpaticotonía, hipertrofia suprarrenal y demás mecanismos típicos de defensa ante el estres.

Una fase posterior es la hiposenibilidad neuronal, que aunque tiende a detener las funciones superiores es un grave problema en el alcohólico pues la lleva a la ingesta de mayores cantidad de alcohol para superar esta hiposenibilidad y alcanzar el nivel, por él deseado, de intoxicación.

En una tercera fase aparecen molestias o síntomas sumamente vagos que pueden pertenecer a todas las enfermedades de la pato-

logía y en principio no suelen hacer pensar en la intoxicación alcohólica. Son temblores, dislalias, dolores difusos, calambres en las pantorrillas, trastornos del sueño, insomnios pertinaces, pesadillas, trastornos digestivos, vómitos matutinos, anorexia, cefaleas, fatigabilidad anormal, impotencia, hipocondría, fases de celos, lentitud intelectual, etc. Todo muy vago o aislado para pensar en un diagnóstico cierto de alcoholismo.

Y estos síntomas, que no se presentan juntos, pues sólo aparece alguno de ellos, están inmersos en la situación económica, social, ambiental y sanitaria de cada persona concreta.

Si se encuentra en un nivel económico alto pasa inadvertido, durante muchos años, su alcoholismo crónico; solo es considerado un gran bebedor en fiestas y actos sociales. Todas sus lesiones y sintomatología son cubiertas por la buena alimentación, buen cuidado sanitario y una situación económica-laboral donde puede pasar inadvertida.

Si su nivel es más bajo, posiblemente sea el habitual cliente de los ambulatorios, de especialista en especialista, con exagerado consumo de fármacos para toda su variada sintomatología.

O en los niveles de franca situación de privación o socialmente bajos pronto aparece una de las muchas lesiones que más adelante estudiaremos, que ya los etiqueta como alcohólico con cirrosis o con demencia alcohólica u otro síntoma típico.

Pero insistimos que puede estar durante años diez, veinte o treinta años sin la clásica sintomatología del siglo pasado, del alcohólico crónico.

Siendo la resultante de la acción del alcohol, más las lesiones somáticas anteriores, el déficit nutricional, las enfermedades o infecciones

intercurrentes, la minusvalía metabólica, todo un abanico de factores que condicionarán el resultado.

Lo más frecuente es que, durante los diez, veinte o treinta años acuda al médico por alguno de los síntomas o signos que a continuación exponemos, y tanto él como la familia, y en gran número de casos el mismo médico, lo considere una enfermedad aislada sin conexión con el alcohol, y se da el caso paradójico de que si el médico lo asocia con el alcohol solo recibirá del paciente el desprecio o el insulto por tener la osadía de llamarle "alcohólico".

Por órganos y sistemas, las lesiones por las que se acude al médico son:

Aspecto general: telangiectasias, rinozima, rubicundez del rostro, acné, rosacea, conjuntivitis, ojos llorosos, temblor muscular, incoordinación motriz.

Sistema nervioso: polineuritis, neuropatía periférica pérdida de memoria, alucinaciones auditivas o visuales, celotipia, ataxia, temblor, encefalopatía confusional, demencia.

Aparato circulatorio: trastornos del ritmo cardíaco, anemias, anemia ferropénica, anemia hemolítica hiperlipémica, folicopenia, alteraciones del electrocardiograma, dilatación cardíaca.

Aparato respiratorio: laringitis con voz ronca, posible aparición de tuberculosis o agravamiento de una latente, faringitis.

Aparato digestivo: gastritis hipertrofica, lesión o molestia gástrica con anorexia, vómitos, vómitos matutinos al cepillarse los dientes, faringitis, esofagitis, alteraciones de la motilidad esofágicas por polineuritis.

Lesión hepática con hígado graso, anorexia y desnutrición, cirrosis hepática con arafas vasculares o sin ellas, varices esofágicas y eritema plantar.

Ulceración de las varices esofágicas con hematemesis y melenas.

Pancreatitis agudas y crónicas.

Aumento de tamaño de las parótidas.

Mala absorción intestinal.

Metabolismo: crisis hipoglucémicas con angustia y sudores vagotónicos, hipoadrenocorticismo addisoniano, con hipoglucemia.

Sistema renal: disminución de la eliminación de ácido úrico, con la consiguiente hiperuricemia.

Sistema óseo: falta de consolidación de las fracturas tras un tratamiento correcto.

Sistema muscular: falta de fuerza en las extremidades con dolor en ellas o sin él, miopatía aguda, subaguda o crónica.

Visión: dificultades visuales, en especial la adaptación a la luz.

Sueño: alteraciones del sueño, insomnio, despertar no lúcido, pesadillas.

Sexualidad: impotencia, manía celosa, déficit de testosterona.

Piel: pies ardientes, manos frías, sudoración intensa de manos.

Tras esta fase ocurrirán dos cosas:

Primero: la sintomatología anterior se agudiza, pero sin una típica enfermedad, con una mayor toma de alcohol, una degradación moral ante su problema, falta de energía y amor propio, una preocupación obsesiva por el alcohol y un enorme miedo a que le falta su dosis diaria de alcohol, con un embotamiento progresivo de sus facultades intelectuales, con una degradación psíquica continua, una pérdida del trabajo y muerte por una sobredosis o por un accidente concomitante.

O lo más frecuente: que es el pasar a la sintomatología del alcohólico crónico, que exponemos en el capítulo siguiente con una o varias de las enfermedades perfectamente tipificadas del alcoholismo.

Sistematizando todo lo anterior, nos puede dar el siguiente simple esquema:

### Periodo prodrómico

Tolerancia al alcohol.  
Huida de los problemas para encerrarse en el alcohol.  
Sentimiento de culpabilidad.  
Beber a escondidas.  
Pérdida de memoria o lapsus

### Alcoholización

Beber a horas inusuales.  
Alteraciones del comportamiento.  
Celos.  
Odios y alteraciones de los conceptos de la amistad.  
Conducta insocial.  
Primeros síntomas físicos de la enfermedad.

### Intoxicación crónica

Pérdida del control al beber.  
Conductas antisociales.  
Relaciones interpersonales desagradables o difíciles.  
Pérdida del autorrespeto

### Intoxicación crónica avanzada

Beber durante todo el día.  
Deterioración física.  
Síntomas de abstinencia.  
Degradación del comportamiento.  
Alteraciones de la construcción mental.  
Intenso deterioro físico y psíquico.

### Fases terminales

Derrumbamiento físico.  
Fallo del raciocinio.  
Alucinaciones y convulsiones.  
Hospitalización por síntomas físicos y psíquicos.  
Muerte.

## MEDIOS DE AYUDA Y APOYO

La Ley Seca o Ley Anstead, aplicada en Estados Unidos, fue una defensa contra los estragos del alcohol en el ambiente industrial y en las grandes aglomeraciones urbanas. El fracaso fue total, ya

que partieron del concepto del alcoholismo como en las tremendas novelas de Dickens o en los dibujos de Dore. El alcoholismo ya hemos visto que es otra cosa pero indudablemente tuvieron valor los legisladores para llevar hasta sus últimas consecuencias una ley de este tipo, y se dedujeron interesantes estudios de su aplicación.

### Alcohólicos Anónimos (A.A.)

Fundado en el año 1935 por el Dr. Bob y Bill W., en Akron (Ohio). Ambos eran unos alcohólicos que se rehabilitaron.

Estos grupos se encuentran actualmente en noventa y dos países, y hay formados veinticinco mil grupos de trabajo, con más de dos millones de alcohólicos recuperados.

No se tiene seguridad de la cifra exacta de personas en tratamiento en este momento, pero es la técnica o método de mayor auge. Su sistemática de trabajo ha ilusionado a doctores, pedagogos, psicólogos, sociólogos, etc.

A pesar de que hay enfermos que prefieren otros grupos o sistemas de recuperación es actualmente la que más confianza inspira. Son grupo apolíticos, sin entrar en religión, pero con gran énfasis en el concepto que de Dios tiene cada persona. Su anonimato es total; y se constituyen en grupos de autoayuda.

Poco a poco van adoptando un camino de vida más aceptable para la sociedad y menos destructiva para el enfermo.

Poseen una especie de decálogo o sugerencia en doce etapas:

1. Admitimos que éramos impotentes con respecto al alcohol, que nuestras vidas habían llegado a ser ingobernables.

2. Hemos llegado a creer que un poder más fuerte que nosotros puede devolvemos la salud.

3. Hemos tomado la decisión de entregar nuestra voluntad y

nuestra vida al cuidado de Dios, tal como nosotros lo entendemos.

4. Hemos hecho un estudio e inventario moral sin temor de nosotros mismos.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros y ante otros humanos la naturaleza exacta de nuestros errores.

6. Estamos completamente dispuestos a que Dios elimine todos estos efectos de carácter.

7. Humildemente le pedimos que elimine nuestras flaquezas.

8. Hemos hecho una relación de las personas a las que hemos dañado, y nos proponemos rectificar con todas ellas.

9. Hemos rectificado directamente con todos aquellos que nos ha sido posible, excepto cuando al hacerlo pudieramos dañar a ellos o a otros.

10. Hemos continuado haciendo inventario personal y cuando estábamos equivocados, rápidamente lo hemos admitido.

11. A través de la oración y la meditación, hemos intentado mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo entendemos, rogando solamente para conocer su voluntad hacia nosotros y la fuerza para llevarla a cabo.

12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estas etapas, intentamos transmitir este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todas nuestras actividades.

Con estos principios o etapas de base se constituyen los grupos psicoterapéuticos abiertos, sin directores de estos grupos, con total libertad y sin profesionales de la psicoterapia. El que quiere expone su vida y sus experiencias, con lo que los demás se ven reflejados en él, y se dan cuenta de su situación.

Uno de ellos hace de ayuda, apoyo y director del que comien-

zan por lo que tienen el respaldo de uno con mayor experiencia.

También disponen de un código o tradiciones de los A.A. en doce puntos:

1. Nuestro bienestar común debe ser lo primero; la recuperación personal depende de la unidad de los A.A.

2. Para los fines de nuestro grupo no existe sino una última autoridad, un Dios como él puede representarse en nuestra conciencia de grupo. Nuestros líderes no gobiernan, no son sino servidores de confianza.

3. El único requerimiento para un miembro de los A.A. es el deseo de dejar de beber.

4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en los asuntos que afectan a otros grupos o a los A.A. en conjunto.

5. Cada grupo no tiene sino un propósito fundamental, transmitir su mensaje al alcohólico que aún sufre.

6. Un grupo de los A.A. nunca endosa, financia o presta el nombre de los A.A. a ninguna instalación relacionada o empresa exterior a menos que dificultades económicas, de propiedad o prestigio nos aparten de nuestro propósito espiritual primario.

7. Todos los grupos de A.A. deben ser autosuficientes por completo, declinando las ayudas exteriores.

8. Los Alcohólicos Anónimos deben permanecer siempre no profesionales, pero nuestro Servicio puede contratar trabajadores especializados.

9. Los A.A., como tales, nunca deben estar organizados, pero podemos crear consejos o comités de servicios directamente responsables de aquellos a quienes sirven.

10. A.A. no tienen opinión sobre asuntos externos; de aquí que el nombre de A.A. nunca

deba ser llevado a controversia pública.

11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre el anonimato personal a nivel de prensa, radio y películas.

12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones siempre recordándonos la prioridad de los principios sobre las personalidades.

#### Ataleen Groups

Fue formado en el año 1957, en California, por un joven muchacho hijo de un alcohólico.

Su finalidad es ayudarse entre sí los hijos de los alcohólicos o los que lo padecen en sus familias. Hemos visto la enfermedad del alcohólico, pero no suelen verse las enfermedades que hacen padecer a sus familiares, máxime a los jóvenes.

Es una gran idea, pues ayuda a que los chicos con uno o varios familiares alcohólicos no caigan en el mismo problema y/o su vida se trunque por el alcohol o por los problemas que conlleva la situación marginal a la que les conduce sus padres. Actúan fundamentalmente entre los adolescentes.

#### Al Anon Groups

Estos grupos están formados por los padres, amigos y familiares de los alcohólicos. Tienden a ayudarlos en todas las facetas de sus vidas, no sólo ante el alcohol, sino sobre las causas que llevaron a él y tienden a integrarlos en la sociedad.

Ayudan a las esposas, madres y parientes del alcohólico tanto para que tengan paciencia como para ayudar al familiar en estas circunstancias.

Otros grupos o instituciones son:

Salvation Army Hotels.  
Ex Convicts Rehabilitation Services.

Synanon.

Association for the Prevention of Addiction.

National Children's Home.

### **Resultados**

De cien alcohólicos su evolución a través de los años es la siguiente:

El 30 por 100 siguen exactamente igual que después de su tratamiento u orientación o consejo de dejar de beber. No los cambia nada en absoluto. No hay nada que hacer.

El 30 por 100 siguen alcohólicos, como los anteriores, pero va agudizándose su problema, y cada vez beben más.

El 10 por 100 se estabilizan en la cantidad o tienden a beber menos. Al pasar los años están más equilibrados, y su daño físico no aumenta.

El 20 por 100 dejan de beber cuando aparece una enfermedad grave imputable al alcohol, cuando ven el peligro.

El 10 por 100 dejan de beber ante los consejos, o ante el problema, ante la realidad de su enfermedad.

Los mejores resultados se obtienen en las clases media-alta y alta, y en los ambientes estables.

El resultado es muy pobre cuando existe un fondo psicopático.

### **BIBLIOGRAFIA**

\* SANJUAN, Mario Alfonso  
IBÁÑEZ LOPEZ, Pilar  
*Alcohol y Alcoholismo*  
Editorial: Mezquita

\* CORMILLOT, Alberto  
LOMBARDINI, J. Carlos  
*Beber o no Beber*  
Editorial: Paidós



# PROTOCOLO DE REDACCION

Los trabajos que se envíen para ser publicados en *NOS* deberán sujetarse a unas mínimas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y por tanto la edición de la revista, convirtiéndola así en una publicación con el máximo rigor.

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- Los originales deberán presentados en formato DIN A4 en una plana, mecanografiada a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas. No podrán exceder los diez folios.

- Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, fecha y lugar de publicación.
- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico (papel o diapositiva) que se considere oportuno como complemento al texto. Se evitará enviar fotocopia de los gráficos.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.



## BOLETIN DE SUSCRIPCION A NOS

### DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE .....

DIRECCION ..... POBLACION .....

PROVINCIA ..... C.P. .... TELEFONO ..... D.N.I. ....

### DATOS BANCARIOS (*Cumplimentar sólo no afiliados*)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo y, hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente el Sindicato de Auxiliares de Enfermería en concepto de suscripción a *NOS*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPUTOR .....

TITULAR DE LA CUENTA .....

BANCO ..... CAJA DE AHORROS .....

CODICO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)											
ENTIDAD			Sucursal			D.C.		N.º CUENTA			

DIRECCION .....

POBLACION ..... PROVINCIA ..... C.P. ....

..... a ..... de ..... 199 ..... Firma

Tarifa suscripción, dos números. (Incluidos gastos de envío)

AFILIADOS 700 ptas., NO AFILIADOS 1.100 ptas.

\*Indicar si es afiliado a S.A.E. y en su caso el n.º de afiliación .....

NOS C/Alcántara, 5, 6.º Izda. 28006 Madrid

NO AFILIADOS

AFILIADOS



# ALGO MAS QUE

## LA GINECOLOGÍA PRESCINDE DE PSIQUE FEMENINA

“Las mujeres españolas reciben una atención médica y ginecológica incompleta y parcial porque se prescinde de su psique a pesar de que un 70% de los trastornos ginecológicos de la mujer tienen ahí su origen”. Quien así se expresa es el doctor Juan Manuel Llorente Burgueño, ginecólogo y psiquiatra, que afirma igualmente que “ el ginecólogo actual está preparado para atender sólo entre un 30 y un 40% de los procesos de la mujer. El resto, es una laguna que no atiende nadie. Sin embargo, lo más grave es creer que se puede atender al 100% con los medios de que se dispone para atender al 30% de la población. De hecho el programa oficial de la especialidad de ginecología, realizado por la Comisión Nacional de Ginecología y aprobado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, no incluye ninguno de los trastornos o enfermedades obstétricas y ginecológicas cuando cuyo origen es emocional”.

**P**ara el doctor Burgueño el problema radica en la parcelación en la que se divide al cuerpo humano para estructurar las especialidades médicas pero que no puede llevarse a cabo con la psique: “es evidente que la parcelación es necesaria para sistematizar los amplios saberes del campo médico pero si con la psique hacemos lo mismo es fácil deducir que todos los médicos, no psiquiatras verían trozos de cuerpos inanimados sin espíritu ni alma, absolutamente igual que hace el veteri-

### *Llorente Burgueño*

Se formó académicamente y curso la especialidad de ginecología en Alemania donde igualmente se especializó en otras parcelas médicas como la histopatología, endocrinología y psiquiatría al considerar que su formación era absolutamente parcial por prescindir del aspecto psicológico de las personas.

Es autor de numerosos estudios y libros que avalan sus teorías , entre otros “La mujer en cuerpo y alma” del que los críticos han afirmado que era un libro obligado para las mujeres y que sin embargo tan sólo ha llegado a un público minoritario y selecto desprovisto de prejuicios.

Tiene cubierto un ciclo de conferencias en Estados Unidos que le mantendrán allí durante un año.



# UN CUERPO

**MONTSE GARCIA**

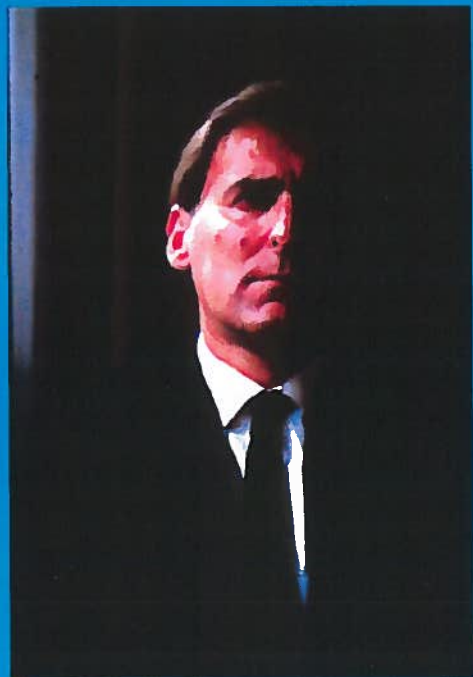
nario. Desde el punto de vista conceptual es lo que hace un veterinario cuando se enfrenta a un mamífero, que prescinde de su vida emocional.”

Las consecuencias de que se prescinda del aspecto emocional de las mujeres y por ejemplo, no se trate de forma adecuada la ansiedad durante el embarazo provoca, entre otros, vómitos, abortos, partos disto-

cicos, niños prematuros, mayor morbilidad o partos que terminan en cesarea a pesar de que ésta hubiera podido evitarse. Asimismo la mayor parte de los trastornos sexuales en la mujer tienen su origen en un aspecto emocional que no es tratado lo que puede degenerar en distintos trastornos del tipo de la anorgasmia o la frigidez

“Es responsabilidad del médico no provocar sufrimiento y en muchas ocasiones se lleva a la mujer a él por la incapacidad de tratarla emocionalmente.”, afirma el ginecólogo Llorente Burgueño quien no tiene reparos en afirmar que o la falta de vocación o los intereses personales y económicos de muchos profesionales de la medicina les lleva a no mostrar el menor interés por evitar sufrimientos a la mujer.

Llorente critica ferozmente la actitud pasiva de algunos médicos que se vuelve más directa contra aquellos médicos que mantienen una actitud obstructiva en relación con el tratamiento integral y multidisciplinar de la mujer de quienes considera que “deberían contar con el escar-



nio público porque no es lícito que un médico provoque sufrimiento en sus pacientes”.

Por otro lado, manifiesta que muchas mujeres se hacen cómplices de estos médicos a quienes denomina “sus verdugos” por su negativa a descubrir su propio mundo interior y a entender que su aparato genital somatiza la mayor parte de su ansiedad y de sus emociones.

En definitiva, Juan Manuel Burgueño considera que existe una laguna en cuanto al tratamiento integral de la mujer. “Este vacío debería ocuparlo el Médico de la Mujer que entiende y trata a ésta como un completo, en cuerpo y alma, que evidentemente tendrá que coexistir con los médicos convencionales que no tienen cualidades suficientes para tratar la psique femenina. En este caso, el ginecólogo actual llevaría a cabo los aspectos médicos estrictamente orgánicos. Es inadmisibles pretender resolver problemas de orden psicológico con las manos”.

Aunque parece que las cuestiones de índole psicológico están asumidas existe mucha confusión al respecto por ser un mundo complejo lo que permite que se introduzcan en él todo tipo de embaucadores que juegan con la gente permitiendo atrocidades de sobra conocidas porque aunque la psique es el origen de muchos trastornos y agrava otros es evidente y fundamental el papel de la



medicina y de los tratamientos específicos para combatir las enfermedades. “Parece que las falsedades revestidas de espectáculo son más ciertas que las verdades científicas desnudas, lo que lleva a cuestionarse profundamente la brutalidad de la sociedad en la que vivimos”.

Llorente Burgueño lleva doce años defendiendo en solitario estas teorías y para difundirlas y evitar los problemas que se están generando creó la Sociedad Española de Medicina de la Mujer de la que es presidente y que “está integrada por médicos, abogados y mujeres damnificadas empeñados en que en el menor plazo de tiempo posible se ofrezca a la mujer española una asistencia médica completa en la que se la considere persona y por tanto se le

trate en cuerpo y alma teniendo en cuenta el origen de todos los trastornos ginecológicos”.

“Sería una obligación que ningún médico pudiera dudar de la influencia de la psique en el organismo y que en caso contrario se le pueda presentar la correspondiente denuncia en el Comité Deontológico suspendiéndole para el ejercicio de su profesión”, afirma el presidente de la Sociedad Española de Medicina de la Mujer.

Juan Manuel Llorente aprovechó nuestra entrevista para transmitir un mensaje de concienciación al personal de enfermería al que considera que deberían hacer honor a su profesión demostrando el amor que ésta les exige no sólo a la actividad asistencial sino fundamentalmente hacia los pacientes.

# QUEMADURAS

FRANCISCO GARCIA BUENDIA

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos debido a la acción del calor, productos químicos (ácidos o álcalis), congelación, electricidad, radiaciones, etc. Existen una serie de factores en relación con las quemaduras que pueden condicionar el pronóstico de las mismas:

- La Edad.
- La Extensión
- La Profundidad.
- La Localización.
- El mecanismo o causa de la lesión.

-El tipo de accidente que produce la quemadura.

La **edad** condiciona mayores tiempos de cierre de la herida, apareciendo secuelas estéticas y psíquicas.

Existe una relación entre la **extensión** y la profundidad de las mismas, siendo el 75% de las quemaduras masivas (>70%) subdérmicas.

Otro factor importante es la **profundidad**, que condiciona el tiempo de cierre de la herida y agrava el pronóstico. Los pacientes con quemaduras

subdérmicas presentan una alta frecuencia de secuelas graves (tanto físicas como psíquicas).

Otro factor a tener en cuenta en las quemaduras es su **localización**, considerándose como graves aquellas quemaduras localizadas en cara, manos, cuello, axilas, pliegues, periné y pies, algunas debido al dolor intenso que producen (palmas de las manos y plantas de los pies, periné) y otras por las cicatrices retráctiles, a veces invalidantes (en pliegues de flexión, axilas).

## Clasificación de las quemaduras

A lo largo de los años se han realizado numerosas clasificaciones de las quemaduras en base a diferentes parámetros, como su extensión, su profundidad...

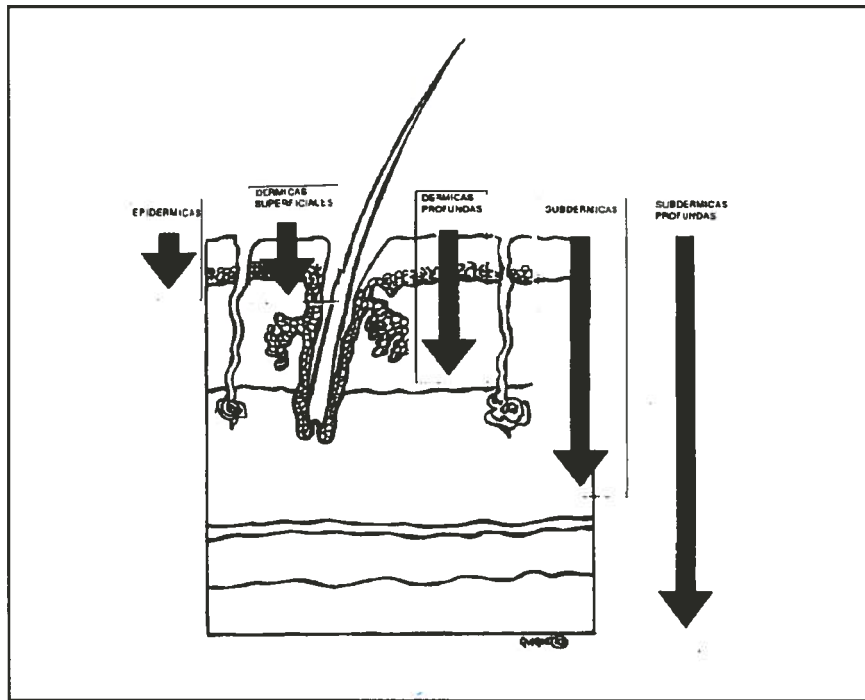
Las **quemaduras epidérmicas** se caracterizan por la aparición de un eritema (enrojecimiento) de la piel, dolor y ardor en la zona. Son las típicas quemaduras solares. Afectan exclusivamente a la epidermis y no hay flictena (ampolla). Suelen curar en 4-5 días.

Las **quemaduras dérmicas** afectan a la epidermis y la dermis. Se caracterizan por la aparición de un flictena (ampolla)

	DERMICAS SUPERFICIALES	DERMICAS PROFUNDAS	SUBDERMICAS
LEVES	10 - 15 %	5 - 10 %	> 3 %
MODERADAS	15 - 25 %	10 - 20 %	3 - 10 %
GRAVES	25 - 50 %	20 - 35 %	10 - 25 %
CRITICAS	> 50 %	> 35 %	> 25 %

Tomando de "QUEMADURAS. Tratamiento de urgencia". Vidal García Torres.

Clasificación según la profundidad
- Quemaduras epidérmicas (1 <sup>er</sup> grado)
- Quemaduras dérmicas (2 <sup>o</sup> grado)
- " Dérmica superficial (2 <sup>o</sup> grado superficial)
- " Dérmica profunda (2 <sup>o</sup> grado profundo)
- Quemaduras subdérmicas (3 <sup>er</sup> grado)
- " Subdérmicas superficiales (3 <sup>er</sup> grado superficial)
- " Subdérmicas profundas (3 <sup>er</sup> grado profundo)



**Gráfico 1** Representación esquemática de las distintas categorías de profundidad de las quemaduras. (Tomando de *Quemaduras. Tratamiento de urgencia*. Vidal García Torres)

con contenido seroso. A su vez se dividen en dérmicas superficiales y dérmicas profundas, según estén afectadas las capas superficiales o profundas de la dermis. No están afectados los folículos pilosos, curando en 8-10 días. No dejan cicatriz al curar.

Las **quemaduras subdérmicas** afectan a la hipodermis y a veces a los tejidos anexos, como tendones, músculos, huesos, etc. No son dolorosas pues están destruidas las terminaciones nerviosas nociceptivas (que captan el dolor), pero dejan importantes cicatrices estéticas y/o funcionales al curar. Su tratamiento siempre es quirúrgico.

El pronóstico de una quemadura depende de:

- El agente etimológico.
- La temperatura.
- La profundidad.
- La superficie corporal quemada.

A lo largo de los años han aparecido diversas reglas para cuantificar la extensión una quemadura, una de las más populares es la "Regla de los 9" o de Wallace, pero ha quedado ya en desuso, utilizándose actualmente por ser más rápido y práctico el método consistente en que "la mano del paciente corresponde al 1% de su superficie corporal".

### Tratamiento de las quemaduras

En primer lugar hay que interrumpir el proceso de la que-

madura retirando el objeto que la produce, cáustico, químico, etc. En caso de que la persona esté ardiendo, se la hará rodar sobre sí misma para apagar las llamas. No debe correr, pues se avivarían las llamas, pudiendo inhalar los gases tóxicos.

Valorar la vía aérea, la respiración y la circulación del accidentado. En caso necesario, realizar las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), dejando para después la atención de las lesiones quemadas.

Posteriormente se retiran las ropas o materiales que cubran la herida prestando la mayor atención para no quitar las ropas que estén pegadas, que se recortan, para no agravar las lesiones existentes o producir otras nuevas. Se realiza una limpieza de la zona con suero salino o agua corriente. La aplicación de agua o suero frío esta indicada en quemaduras menores (con poca superficie quemada), pero totalmente contraindicada en quemaduras extensas al existir el riesgo un cuadro de hipotermia.

Los flictenas (ampollas) no hay que pincharlos ni abrirlos, a no ser que sean de un tamaño superior a 5 cm. pues el líquido que contiene favorece la curación, siendo una vía abierta para futuras infecciones. Se protege para que no se rompa. En caso de tratarse de una quemadura de más de 5 cm. de

diámetro, se recorta bien toda la piel, pues se trata de tejido muerto, para prevenir así una infección por Tetanos y se trata como una herida.

Hay personas que recomiendan la utilización de pomadas, geles, etc. sobre las quemaduras, pero cuantas menos “cosas” lleve encima la quemadura, menos se hará sufrir posteriormente al accidentado al ingreso en un centro asistencial, donde habrá que retirar todo tipo de productos para valorar bien la lesión. Nunca se utilizaran **antisépticos coloreados** en las quemaduras pues enmascararían el aspecto de la lesión.

En caso de quemaduras graves, tranquilizar al accidentado diciéndole que la ayuda está en camino.

En caso de quemaduras graves, el traslado del accidentado se realizará al Centro de Quemados de referencia siempre que el tiempo de traslado no sea superior a una hora en ambulancia medicalizada. En caso contrario, se remitirá al accidentado al hospital más cercano. Una vez estabilizado, se remitirá a un Centro especializado.

## QUEMADURAS QUÍMICAS.

Una quemadura química ocurre cuando una sustancia cáustica entra en contacto con el organismo. La gravedad de



la quemadura depende del propio producto químico, su concentración y volumen, el tiempo que permanece en contacto con la piel.

Los productos químicos pueden ser ácidos o álcalis (bases). Los más frecuentes son:

- Ácidos fuertes: ácido clorhídrico, ácido sulfúrico, ácido nítrico.

- Bases fuertes: Hidróxido sódico (sosa), hipoclorito (lejía).

Las quemaduras por ácido son muy dolorosas. Las quemaduras por álcalis suelen ocurrir a nivel doméstico, donde abunda este tipo de sustancias como componentes de los limpiadores, quitagrasas y demás productos de limpieza. Producen menor daño inmediato que las quemaduras por ácidos, pero generan mayor destrucción de los tejidos.

La gravedad de las lesiones producidas por los agentes químicos viene determinada por una serie de factores, como son:

- El tipo de agente químico.
- La concentración del agente químico.

- La duración del contacto del agente químico.

- El tipo de reacción producida por el agente causal.

Hay que tener en cuenta que en las quemaduras químicas la lesión se produce mientras el agente causal esté en contacto con el organismo, siendo de primordial importancia la eliminación de dicho agente de la superficie corporal.

Tratamiento de las quemaduras químicas: es de vital importancia eliminar la sustancia cáustica de la superficie del cuerpo inmediatamente. Para ello se lavará la zona con agua abundante, durante un mínimo de 10 minutos. También se puede utilizar una solución de agua bicarbonatada en caso de quemaduras por agentes químicos. Si no se conoce su etimología, no hay que perder tiempo en buscar un antídoto.

Si el producto químico ha salpicado a la cara u ojos, lavar con agua abundante durante 20 minutos, teniendo cuidado de mantener el ojo afectado más bajo que el sano para evitar que se contamine éste con la sustancia cáustica. Tras lavar la cara y ojos, llevar al accidentado a un servicio de urgencias para la posterior valoración de las lesiones producidas por la quemadura, no cubriendo los ojos con parches, pues irritaría más la zona con el movimiento de los párpados.



# HUESOS QUE NO SUJETAN



**N**oticias  
breves

## EL PLACER de BOSTEZAR

**L**as fracturas de los huesos no siempre son la consecuencia de la caída sino de la pérdida de masa ósea en los huesos provocada por la osteoporosis. La que ha sido considerada como epidemia silenciosa, al carecer de síntomas que delaten su padecimiento -hasta la eventualidad de una caída y la consiguiente fractura del hueso- afecta a más de tres millones y medio de españoles y entre ellos uno de cada tres son mujeres.

Una encuesta realizada entre seis mil mujeres de más de 40 años de 17 países europeos señaló que el 39% de las españolas que habían oído hablar de la enfermedad consideraban erróneamente que la osteoporosis causa inflamación de los huesos y sólo el 29% conocía realmente la enfermedad.

El estudio señala igualmente que más del 30% de las mujeres mayores de 50 años padecen osteoporosis pero sólo el 13 por ciento se ha sometido alguna vez a una prueba diagnóstica. Asimismo, el 41 por ciento reconoció no estar preocupado por esta enfermedad.

La Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Oseas precisa que la osteoporosis causa anualmente en España unas 170.000 fracturas, fundamentalmente de columna, cadera y muñeca. Del 30 al 50% con mujeres postmenopáusicas y casi la mitad de las personas con más de 76 años de edad se ven afectadas por esta enfermedad.

La prevención posible para la enfermedad consiste en modificar los factores de riesgo: un aporte suficiente de calcio y vitamina D en la dieta, el ejercicio físico adecuado y la disminución del consumo de alcohol y tabaco, constituyen medidas importantes.

**A**nafranil es el nombre comercial de un antidepresivo que contiene clomipramina y que en algunos de los pacientes a los que se ha



# LA FELICIDAD DEL ESPAÑOL

suministrado ha conseguido un evidente efecto de mejoría en su depresión, sobre todo cuando bostezaban puesto que este componente les producía un orgasmo.

En 1983 apareció un informe sobre estos efectos secundarios de la clomipramina en el *Canadian Journal of Psychiatry* pero fue este verano cuando la revista británica *New Scientist* reprodujo aquel antiguo informe y a raíz de ello se desencadenó un caudal de información en los medios de comunicación que hicieron popular al *Anafrnil*.

Sin embargo, en las pruebas clínicas el 42 por cientos de los hombres que recibían un tratamiento con este fármaco lo que conseguían era precisamente el efecto contrario al orgasmo, traducido en incapacidad de eyaculación y un 20% sufrió impotencia.

La explicación de los científicos para tan lujuriosos efectos es que bostezar espolea la actividad mental inyectando en el cerebro una riada de sangre oxigenada que estimula a los neurotransmisores de las células y que la hormona pituitaria ACTH (estimuladora de la producción de esteroides) induce erecciones y eyaculaciones espontáneas, así como bostezos cuando se inyecta en el fluido cerebroespinal de los mamíferos.

**E**l 73% de los españoles se considera actualmente feliz frente al 6% que confiesa sentirse insatisfecho con sus actuales circunstancias vitales y el 21% que vive en un estado de indefinición. No obstante, las opciones no son tan claras en relación a si la gente es más o menos feliz que antes y las opiniones se dividen casi al 50% entre optimistas y nostálgicos.

Estos son los resultados de un estudio realizado entre 1000 españoles representativos de la población española de más de 15 años en una entrevista de tipo personal realizada por el Centro de Investigación de Mercados Españoles e Internacionales, Cimei, entre el 7 y el 21 de agosto del 1995.

Las causas del grado de infelicidad son fundamentalmente vivir solo, estar separado de la pareja, estar en paro y tener bajos ingresos. Ni la edad, el sexo, el nivel de estudios o el rol en el hogar parecen influir significativamente en el grado de felicidad.

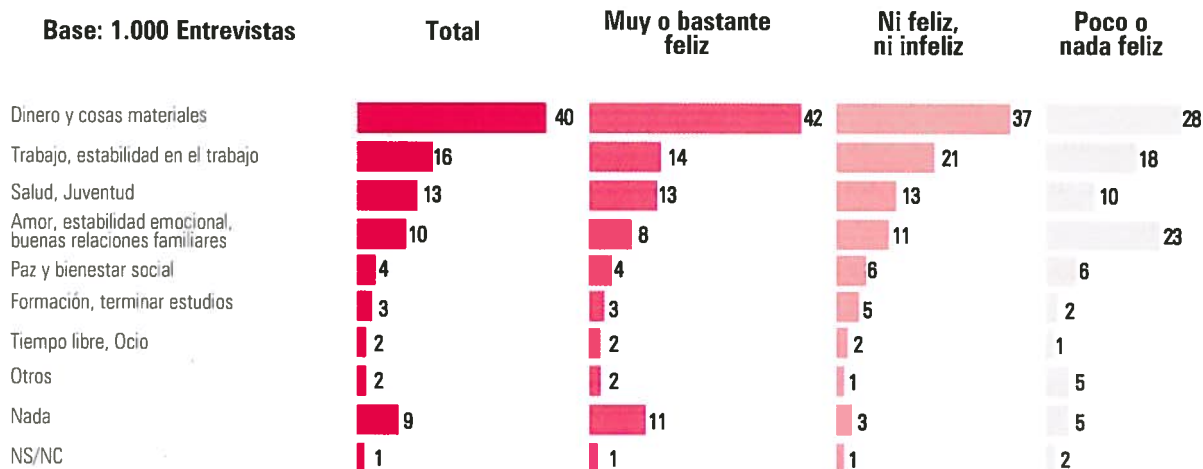
En relación a la mejoría del estado de felicidad, el 40% de los encuestados necesita dinero y cosas materiales, el trabajo y la estabilidad en el mismo es importante para el 16% de la población y tras éste se sitúan la salud, 13%, y el amor y las buenas relaciones (10%).

A medida que disminuye el grado de felicidad disminuye el interés por lo material como forma de mejorar el actual grado de felicidad: el 42% de quienes son ahora felices quisieran más dinero y más cosas materiales para ser aún más felices. Este porcentaje se reduce al 28% entre quienes se declaran infelices, los cuales, por su parte desearían muy especialmente el poder conseguir amor, estabilidad emocional y buenas relaciones ( un 23% de mención frente al 8% de los más felices).

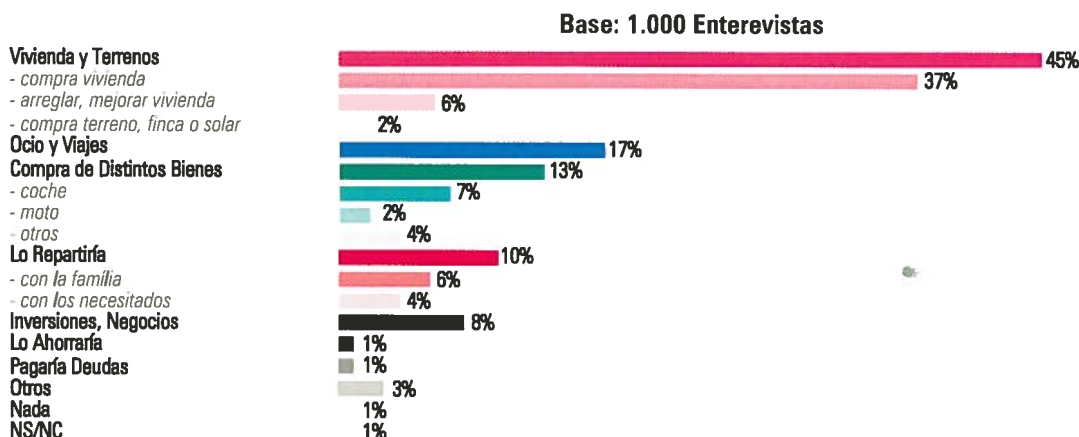
La vivienda y los terrenos son los bienes más preciados para los españoles en caso de disponer de dinero y el 45% de los encuestados invertiría de esta manera. El 17% viajaría pero tan sólo un 10% repartiría el dinero con otras personas.

Por zonas geográficas son los madrileños quienes en comparación con la media componen la población más infeliz - obtiene una media de 6,2 puntos en una escala de 0 a 10, frente a 7,2 puntos obtenidos por el conjunto de la población. Por su parte, la población andaluza destaca por su optimismo al evaluar la situación actual en comparación al pasado: el 56% de la población piensa que ahora la gente es más feliz que antes frente a un 35% que opina lo contrario.

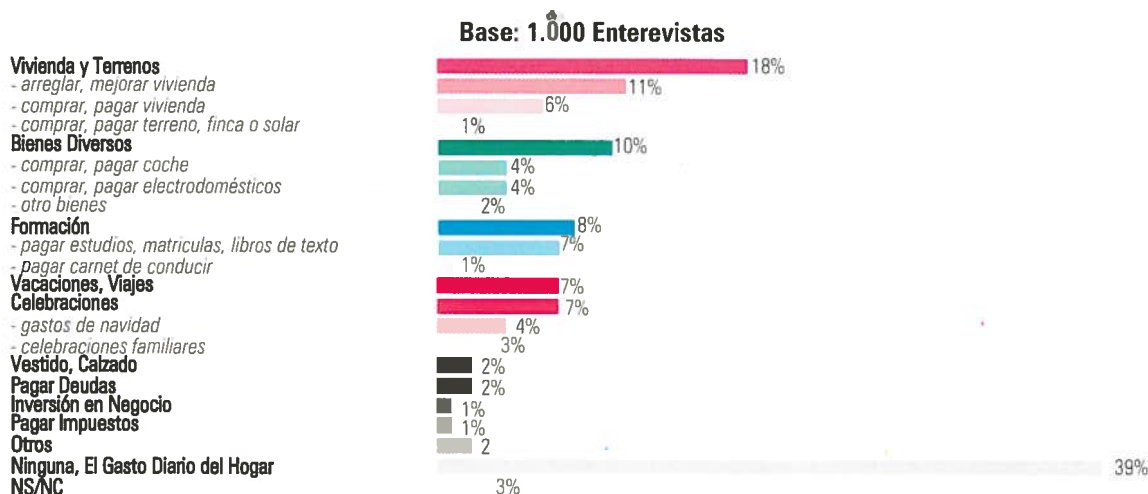
**¿Qué necesitaría Ud. actualmente para ser más feliz?**  
(una sola respuesta, lo más importante)



**Si en este momento dispusiera Ud. de dinero para hacer cualquier gasto, compra o inversión, ¿en qué lo gastaría?**



**Centrándonos en la realidad y concretamente pensando en lo que queda de año ¿cuál es el mayor gasto, compra o inversión que tiene previsto realizar (invidualmente o junto con otros miembros de su familia)?**







CONSULTENOS  
PRESUPUESTO  
SIN COMPROMISO

CIVA LES OFRECE  
SUS SERVICIOS CON  
LA GARANTIA DE  
PROFESIONALES AL  
SERVICIO DE SU  
HOGAR

## REFORMAS EN GENERAL

- ✓ ALBAÑILERIA
- ✓ PINTURA EN GENERAL
- ✓ CARPINTERIA  
(MADERA Y ALUMINIO)
- ✓ FONTANERIA
- ✓ ELECTRICIDAD
- ✓ CALEFACCION
- ✓ PARQUET Y TARIMAS  
FLOTANTES
- ✓ LIJADO Y BARNIZADO
- ✓ AZULEJOS Y PAVIMENTOS
- ✓ GRIFERIAS
- ✓ MAMPARAS DE BAÑO
- ✓ ACCESORIOS DE BAÑO
- ✓ MUEBLES DE COCINA;  
LACADOS, MADERA Y  
FORMICA
- ✓ TODA CLASE DE TRABAJO  
EN MARMOL Y GRANITO:  
SOLADOS, ALICATADOS  
ESCALERAS, FACHADAS

## INSTALACION Y VENTA DE TODOS NUESTROS PRODUCTOS

C/ Molins de Rey, 1  
Fuencarral - 28034  
Madrid  
Tlf . 734 98 28

C/ Real Vieja ,3  
Alcobendas - 28100  
Madrid  
Tlf. 663 82 99



**El próximo 31 de diciembre 3 hospitales militares cerrarán definitivamente sus puertas**

## ESPERANDO

El próximo 31 de diciembre puede ser el último día en que los hospitales militares de Valladolid y Barcelona tengan abiertas sus puertas. Como en espera de un agónico final que nadie parece querer, salvo el ministerio de Defensa y las administraciones sanitarias implicadas, desde hace meses en ninguno de ellos ingresa un paciente y sólo se detecta una mínima actividad asistencial. De hecho, utilizando el argot militar, “están esperando su pase a la reserva” a pesar de que los dos están asentados en ciudades con centros asistenciales sobresaturados y cuentan con instalaciones recientemente remodeladas y con tecnología sanitaria de última generación.

**E**l día de San Silvestre puede pasar a la historia de la Sanidad militar por el cierre conjunto de dos grandes hospitales militares que desde hace tiempo ya no cumplen con la misión que hace décadas algún alto mando militar les asignó: sanar las enfermedades de militares y familiares del estamento militar. Hoy vegetan esperando que el día 31 de diciembre llegue y cierran definitivamente unas puertas que han costado al erario público varios miles de millones en los últimos años. Barcelona y Valladolid cuentan hoy con hospitales militares modélicos, remodelados recientemente y que han visto como en los últimos años como inversiones millonarias adecuaban sus viejas estructuras a las necesidades de una sanidad militar moderna, más acorde con los tiempos actuales.

A pesar de todo los tiempos cambian y Defensa hace tiempo que anunció que deseaba desprenderse de alguno de sus “viejos” hospitales y junto a los que cerrarán el 31 de diciembre (a los dos ya señalados hay que

añadir el de Santa Cruz de Tenerife aunque sea más una clínica militar y en el que las reformas que se han realizado han sido más de conservación que de adaptación) ya han pasado “a la reserva” varios centros militares diseminados por toda la Península. El fin de Defensa no es otro, según manifiestan fuentes del propio ministerio, que rediseñar el actual mapa de centros asistenciales potenciando algún hospital militar (Gómez Ulla en Madrid o el Hospital Militar de Burgos) en detrimento de otros como los de Valladolid, Bar-



LABORALES DEL  
 OS C I E R  
 AS D I C T A D U R  
 OLOCACION I N M  
 A B A J A D O R  
 USO - CAMD - CGT

# EL PASE A LA RESERVA

celona o la Clínica Naval de Madrid, por citar sólo algunos ejemplos.

Mientras los planes del ministerio de Defensa siguen su curso, en las ciudades implicadas se han movilizado todos los estamentos sanitarios, implicados o no en el cierre, en defensa de sus hospitales militares. Así en Valladolid, provincia que cuenta con sólo 1.300 camas, cantidad insuficiente para atender la demanda interna a la que hay que sumar la derivada de otras provincias de la Comunidad Castellano Leonesa que tienen en los hos-

pitales pucelanos sus centros de referencia para multitud de patologías, las manifestaciones y declaraciones contrarias al cierre se suceden.

## Valladolid necesita un nuevo hospital

En este caso el Insalud, prestador de la asistencia sanitaria, no se muestra a favor de hacerse con los servicios del Hospital Militar a pesar de que públicamente la administración sanitaria, entre ellas la propia ministra de Sanidad, ha reconocido la necesidad de dotar a la

ciudad del Pisuerga de otro centro asistencial que sirva de apoyo al Río Hortega, con 50 años a sus espaldas. A pesar de todo, la política del ministerio de Sanidad es construir un nuevo hospital antes que hacerse con los servicios del Hospital Militar que tiene a su favor el hecho de ocupar una zona privilegiada, en pleno centro de Valladolid, y estar dotado con los más modernos medios tecnológicos del momento.

Por si esto no fuera suficiente el Hospital Militar de Valladolid ha sufrido en los últimos años varias reformas que han transformado el viejo hospital en uno modélico al estar dotado de habitaciones con una cama (en el Río Hortega lo habitual son las camas cruzadas -tres camas en habitaciones concebidas para dos-), unas consultas externas nuevas y una UVI completamente remodelada. A estas ventajas habría que unir una no menos importante, el hecho de disponer de una amplia zona verde que rodea prácticamente el centro hospitalario por lo que podría ser usado bien para cirugía ambulatoria o como hos-



pital de crónicos, de lo que Valladolid, y prácticamente toda la Comunidad Castellano Leonesa carece.

En otra ciudad hermana con Valladolid, La Coruña, el Sergas ha adquirido finalmente el Hospital Militar.

La estrategia de los trabajadores de este centro gallego fue el encierro (iniciado el 23 de septiembre pasado), además de mostrar su desacuerdo con la decisión de la clausura del centro a través de la distribución de lazos entre la población de la comarca o buscando el apoyo político de las diversas fuerzas sindicales.

Cartas de Manuel Fraga, presidente de la Comunidad Gallega, a la ministra de Sanidad y al presidente del Gobierno, Felipe González, solicitando su mediación para alcanzar un acuerdo que finalmente llegó el pasado mes de octubre fueron otras medidas de presión.

## **Alquiler en vez de compra**

Esta ha sido la idea lanzada por la Generalitat de Cataluña al Ministerio de Defensa para hacerse con los servicios de un centro hospitalario que por su cercanía al Vall d'Hebrón podría servir para aliviar la crónica saturación que el hospital barcelonés padece sobre todo en los meses de invierno cuando sus Urgencias se colapsan.



La razón de la falta de acuerdo en el caso catalán es la pretensión del ministerio que dirige Suárez Pertierra de percibir, por los 65.000 metros cuadrados que ocupa el Hospital Militar de Barcelona, al menos 5.900 millones de pesetas y, siempre y cuando, los 356 profesionales que trabajan en él pasen a depender del Servicio Catalán de Salud.

Los responsables de la Generalitat afirman que es necesario llegar a un acuerdo "cuanto antes" dado que en fechas próximas, y coincidiendo con el descenso de temperaturas, el Servicio de Urgencias del Vall d'Hebrón se saturará mientras que el hospital militar, situado a escasa distancia del centro barcelonés, permanecerá casi vacío. Sus 122 camas, que

podrían transformarse en 314 en caso de necesidad o urgencia, podrían aligerar considerablemente la saturación del Vall d'Hebrón que ha tenido, en los últimos años, que alquilar camas al hospital municipal de La Esperanza y en la Clínica Salud, de carácter privado, como única solución para aligerar su excesiva sobresaturación asistencial. El alquiler de camas, no de personal, ha obligado a que el hospital Vall d'Hebrón haya tenido que desplazar esporádicamente a parte de su plantilla para atender a los pacientes allí ingresados, que junto con el dinero desembolsado en ambulancias, ha supuesto una importante merma en el presupuesto, ya por sí escaso, del hospital barcelonés.

# ESTOS LIBROS TE INTERESAN...

- MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA
- CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA
- ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

EDITA



Enviar cupón de pedido a:  
c/ Alcántara, 5. 6º Izq. 28006 Madrid  
o a las sedes provinciales de S.A.E.

Ruego me envíen contra reembolso  
los siguientes títulos:

**MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA**

P.V.P. 4.990 pts. (afiliados 3.990 pts.)

**CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA**

P.V.P. 3.690 pts. (afiliados 2.990 pts.)

**ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD** (Marque su Comunidad)

P.V.P. 590 pts.

(afiliados 490 pts.)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andalucía     | <input type="checkbox"/> Galicia    |
| <input type="checkbox"/> Canarias      | <input type="checkbox"/> Madrid     |
| <input type="checkbox"/> Cataluña      | <input type="checkbox"/> País Vasco |
| <input type="checkbox"/> C. Valenciana | <input type="checkbox"/> Otros..... |

**OBRA COMPLETA (los tres volúmenes)**

P.V.P. 6.500 pts.

(afiliados 5.300 pts.)\*

(Marque su Comunidad)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andalucía     | <input type="checkbox"/> Galicia    |
| <input type="checkbox"/> Canarias      | <input type="checkbox"/> Madrid     |
| <input type="checkbox"/> Cataluña      | <input type="checkbox"/> País Vasco |
| <input type="checkbox"/> C. Valenciana | <input type="checkbox"/> Otros..... |

Nombre y apellidos.....

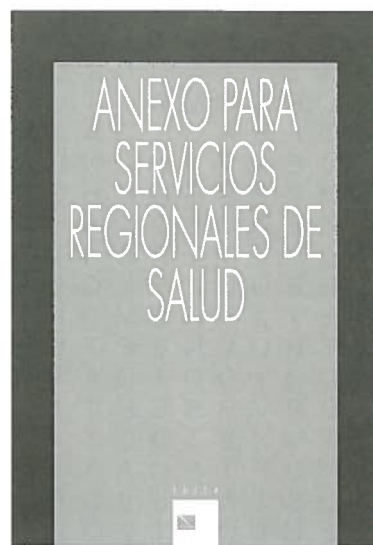
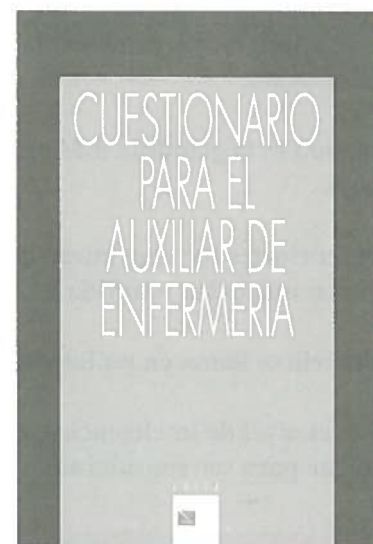
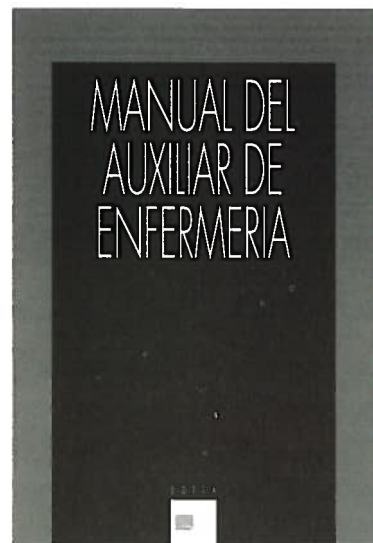
Afiliado a SAE Sí  No  N° de afiliación .....

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P. ....

Teléfono.....

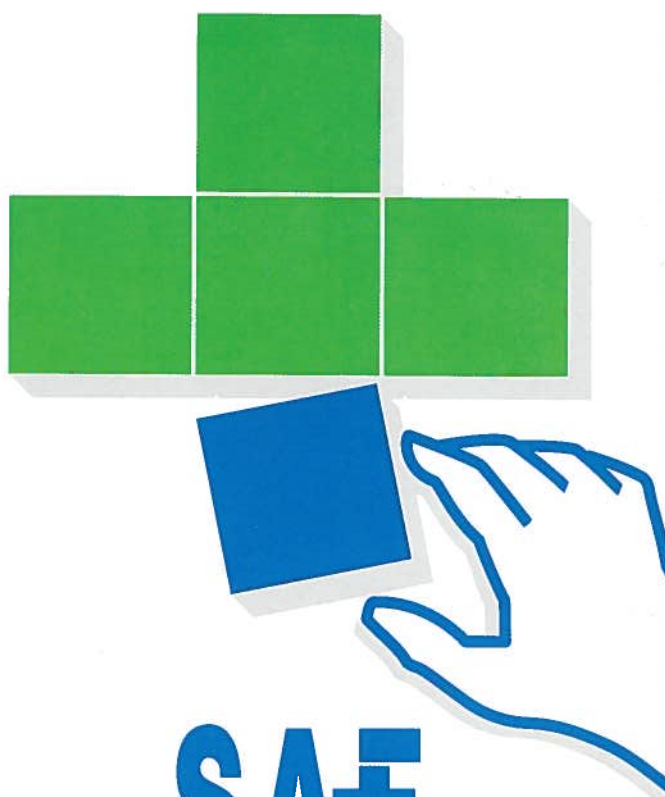


\* Todos los precios incluyen I.V.A.





**Con el SAE,  
los Auxiliares de  
Enfermería  
también cuentan.**



**S.A.E.**

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:  
La Base de la Sanidad**