

nº 16 • Revista de Auxiliares de Enfermería

REPORTAJES

- **Asistencia sanitaria en viajes**
- **El yogur, la esencia de la vida eterna**

ACTUALIDAD

- **II Certamen FAE**

AUTISMO

encerrados en su mundo

SEPARATA: informes profesionales elaborados por Auxiliares de Enfermería

A todos los

Auxiliares de
Enfermería

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



CAUDAL

**PREGUNTE A
SU DELEGADO
ÉL LE INFORMARÁ**

**Exclusivo para afiliados S.A.E.
y sus FAMILIARES:**

Las tarifas más competitivas, con precios aún más bajos.

Avalados con la garantía y solvencia de pertenecer al GRUPO ZURICH.

**Y ahora, por el mismo precio,
Coberturas más amplias...**



**Su coche más
seguro durante los
dos primeros años**

Indemnización del 100% de valor de nuevo durante los dos primeros años de matriculación en caso de Siniestro Total o Robo.

**Ampliación del
Servicio de Grúa**

Dentro de la garantía de Asistencia en Viaje, en caso de avería o accidente, podrá elegir el taller o concesionario oficial donde reparar su vehículo, dentro de su provincia o provincias limítrofes en que se encuentre el mismo.

Agilidad

- Rapidez y agilidad en la recepción de declaraciones de accidentes a través de teléfono, fax o correo.
- Una extensa red de oficinas por todo el territorio nacional.
- Peritación inmediata en el taller que usted elija o en nuestras oficinas.

Comodidad

- El Departamento de Atención al Cliente podrá atenderle de cuantas consultas desee realizar con línea gratuita de teléfono:

900 - 13 14 15

**AHORA, si solicita una
oferta (sin compromiso)
para el seguro
de su coche**



**En el caso de
Ampliación a un
Segundo Conductor**

Si tiene un hijo menor de 25 años y con menos de 2 años de carnet y ocasionalmente conduce su vehículo, le incluiremos como Segundo Conductor en su póliza, con un mínimo coste, siempre pensando en su seguridad.



**Insolvencia del
contrario**

Insolvencia del contrario (declarada en sentencia firme), cobertura de hasta 200.000 ptas. cuando nuestro conductor no sea responsable del siniestro



**Nuestro
Departamento
de Atención al
Cliente podrá
informarle de
cuantas consultas
desea realizar**

CAUDAL le

regala

este práctico

MAPA DE

CARRETERAS

de España y

Portugal

OFERTA VALIDA HASTA FIN DE EXISTENCIAS



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

Directora
Dolores Martínez

Redactora Jefe
Montse García

Redacción
Sonia Rodríguez

Asesores Laborales
Juan José Pulido
Isabel Uribe

Colaboradores
Cecilia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Soledad Belvis
Pilar Gutiérrez
Miguel Angel Aristu
Pilar Lozano
María José Ruiz
Carmen Padilla
Celia Mora

Colaborador fotográfico
Gaby Moya

Edita
FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la Enfermería)

**Administración,
redacción y
servicios comerciales**
Alcántara, 5, 6.º izqda.
28006 Madrid
Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 12 05

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

EN ESTE NÚMERO

3

FAE ENTREGA LOS PREMIOS DEL II CERTAMEN

EL PREMIO FAE ESTIMULA LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y SUPONE UN INNEGABLE COMPLEMENTO A LA FORMACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA.



6



ASISTENCIA SANITARIA EN VIAJES

ANTES DE EMPRENDER UN VIAJE CONVIENE TOMAR PRECAUCIONES EN MATERIA DE SALUD: PRESTACIONES SANITARIAS, VACUNACIONES NECESARIAS.

AUTISMO

ALTERACIÓN SEVERA DEL DESARROLLO Y LA COMUNICACIÓN QUE APARECE ANTES DE LOS 30 MESES. LOS AUTISTAS CUENTAN CON TERAPIAS EDUCATIVAS QUE LES PERMITEN ENFRENTARSE A UN MUNDO QUE NO ENTIENDEN.

12



YOGUR: SANO, NATURAL Y SABROSO

SEGÚN LA TRADICIÓN UN ÁNGEL REVELÓ AL PROFETA ABRAHAM EL MÉTODO PARA PREPARAR YOGUR.

37

42

FLORENCE NIGHTINGALE: HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

NIGHTINGALE CONTRIBUYÓ A AUMENTAR EL RESPETO HACIA LA ENFERMERÍA.



IX CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEBATIRÁN LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES.



45



GEOTERAPIA

LA UTILIZACIÓN DE LA ARCILLA COMO RECURSO TERAPÉUTICO ES CONOCIDA DESDE LOS ALBORES DE LA HUMANIDAD.

50



Editorial

E



n 1974 el Consejo Internacional de Enfermería instituyó la celebración del Día Internacional de la Enfermería el 12 de mayo. En España la enfermería la integran dos colectivos profesionales con distintos niveles académicos y laborales, pero que trabajan con un objetivo común: mejorar la asistencia al enfermo. Estos colectivos, Auxiliares de Enfermería y Diplomados Universitarios en Enfermería, forman parte de un equipo de enfermería en el que ambos están perfectamente integrados.

Sin embargo, a pesar de esta plena integración, algunas entidades con mayor o menor implantación entre los diplomados universitarios, han aplicado con tanta insistencia y en exclusividad la palabra enfermería para referirse al colectivo que pasó por la facultad, que han terminado considerando que únicamente ellos pertenecen a este ámbito de actuación. Finalmente, hay quien ha llegado a apropiarse de tal manera del término que utiliza la enfermería como sinónimo incuestionable de Diplomado Universitario en Enfermería.

Y, sin embargo, la enfermería la integramos igualmente los Auxiliares de Enfermería. Trabajamos codo con codo por mejorar la asistencia sanitaria, por ofrecer una mejor atención y una adecuada educación para la salud.

La inapropiada utilización del lenguaje se traduce en un intento de negar esta realidad pretendiendo que esta integración no sea tal. Pero, además, sobre esta base surgen conflictos en los centros por funciones que consideran usurpadas, a pesar de que no exista demostración de tal situación, la consideración de que el Auxiliar de Enfermería es su auxiliar y no un integrante más de un equipo estructurado en dos niveles de una misma profesión: la enfermería.

Sólo una apropiada utilización del lenguaje permite un adecuado entendimiento.

UN TRABAJO SOBRE EL ALZHEIMER GALARDONADO EN EL II PREMIO FAE

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) hizo entrega el pasado 12 de mayo, Día Internacional de la Enfermería, de los premios del II Certamen FAE en un acto celebrado en Madrid y al que, entre otros, acudieron los patronos de FAE, docentes de la fundación, docentes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y los miembros del comité científico: José Ángel Peña, docente de FAE, Ignacio Matías, director de Caudal, Lucía Turienzo, secretaria de FAE y María Ángeles Gómez, Auxiliar de Enfermería



El Primer Premio de este II Certamen, dotado con 200.000 pesetas subvencionadas por Seguros Caudal, se concedió al trabajo *La Enfermedad de Alzheimer*, elaborado por Helena Trejo, Auxiliar de Enfermería del Principado de Asturias. Asimismo, se concedió un accésit al trabajo *Evaluación de un protocolo de intervención frente a úlceras por decúbito en pacientes institucionalizados*, elaborado por Silvia Susana Marcelino, Delia Alicia Marcelino y Manuela Pérez, Auxiliares de Enfermería salmantinas. El accésit de este II Certamen consistió en una invitación al IX Congreso Nacional de Auxiliares que se celebrará en Cáceres el próximo mes de octubre.

En el acto de entrega estuvieron presentes representantes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, con quien la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería mantiene un convenio de colaboración para la formación de los profesionales de enfermería. Enrique Sandoval, coordinador de la UNED, reconoció la importante labor asistencial de los Auxiliares de Enfermería

y confió en la posibilidad de una colaboración más estrecha entre los profesionales Auxiliares de Enfermería y la UNED. En este sentido, Enrique Sandoval considera que “la colaboración entre la UNED y la FAE debe extenderse más allá de los cursos de formación. Hay que buscar una ampliación de los convenios buscando las fórmulas para una participación más estrecha de FAE y UNED”.

Enrique Sandoval afirmó que la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería está realizando una labor muy buena en el desarrollo profesional y docente del colectivo de Auxiliares de Enfermería y en cuanto al Certamen FAE considera que “es muy válido porque demuestra que dentro del colectivo de Auxiliares de Enfermería hay profesionales con una gran cualificación, incluso mayor de lo que desde otros ámbitos se considera. La prueba de esta afirmación es la calidad de los trabajos presentados”.

Por su parte, José Ángel Peña, miembro del comité científico, manifiesta respecto al Certamen FAE que “es un buen estímulo para avanzar en la profesionalización, para desarrollar técnicas de investigación y como complemento de la formación. Para que se



De izquierda a derecha: Helena Trejo, Primer Premio del Certamen, Lucía Turienzo, secretaria de FAE, Enrique Sandoval, coordinador de la UNED, Dolores Martínez, secretaria general de SAE, José Ángel Peña, miembro del Comité Científico, e Ignacio Matías, gerente de cuentas de Seguros Caudal.

utilicen las técnicas de investigación es necesaria la incentivación profesional y económica. Por ello el Certamen FAE es una idea positiva, que además es pionera en cuanto a la incentivación de estas técnicas de investigación.”

En cuanto a los trabajos presentados José Ángel Peña reconoce que “ha sido muy difícil la selección final, habida cuenta de la gran cantidad de trabajos presentados y de la gran calidad de todos ellos. Asimismo, hay que destacar la amplitud de los temas tratados que han versado sobre cuestiones muy diversas pero todos ellos basados en el rigor y la exhaustividad”.

Por su parte, Ignacio Matías, gerente de cuentas de Seguros Caudal y patrocinador del Certamen FAE, afirma que “estas iniciativas son muy valiosas porque fomentan el desarrollo de inquietudes personales de los integrantes del colectivo de Auxiliares y por otra parte, son enriquecedoras para el propio colectivo en su conjunto. Además es, sin duda, una forma extraordinaria de dar a conocer a la sociedad las inquietudes de los Auxiliares”.

“Personalmente, continúa, ha sido una experiencia muy gratificante ya que ha supuesto la oportunidad de participar en un evento importante para el colectivo, gracias al cual he podido conocer mejor las inquietudes tanto del colectivo como de la propia Fundación. Además, para mí es una oportunidad de acercarme, aunque sea absolutamente profano en la materia, a temas que sin duda

son de gran relevancia social. Por otra parte, entiendo que para Seguros Caudal es muy importante participar de algún modo en este tipo de iniciativas, ya que nos ayudan a conocer al colectivo con el que estamos colaborando”.

Por último, Dolores Martínez, presidenta de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, considera que “esta



Dolores Martínez haciendo entrega del accésit a los ganadores del segundo premio.



Helena Trajo agradeciendo la entrega del premio.



Silvia Susana Marcelino ganadora del accésit del Certamen FAE.

segunda edición del Certamen FAE supone la consolidación innegable de este premio que surge como aliciente para los Auxiliares de Enfermería que, hasta el momento, no contaban con ningún apoyo para la realización de investigaciones dentro de su campo de actuación profesional”.

Este premio valora y busca la incentivación de los Auxiliares de Enfermería, colectivo de enfermería que, dentro de su ámbito sanitario, realiza investigaciones y traslada éstas a trabajos científicos.

El trabajo galardonado, *La Enfermedad de Alzheimer*, marca el origen de la enfermedad exponiendo los antecedentes históricos de ésta hasta que se define como tal a principios de siglo, las causas de riesgo establecidas, la distintas fases por las que atraviesan los pacientes afectados de Enfermedad de Alzheimer y los distin-

tos tratamientos farmacológicos existentes hasta el momento. En este sentido, la autora del trabajo considera que “es preciso valorar el estado de la persona enferma y su respuesta física, ya que algunos fármacos pueden tener efectos negativos en el aparato digestivo. Por ello, antes de comenzar un tratamiento es preciso conocer el historial detalladamente, tener un informe de los fármacos consumidos por la persona y proponer alternativas no farmacológicas (...) El tratamiento irá enfocado a los síntomas más relevantes y a suavizar las situaciones propias de la enfermedad en ocasiones insopportables para los familiares. Asimismo, una estabilidad emocional, una armonía real en el hogar y una muestra de afecto auténtico ofrecida por los familiares, son tres puntales que harán menos pesada la carga para todos”.

Helena Trejo manifiesta que sus motivaciones para la realización de este trabajo han sido “una inquietud personal, profesional, social y humana recogiendo en este trabajo la teoría, información, consejos y propuestas aportadas por reconocidos profesionales de la neuropsiquiatría y psicología y en el aspecto sociofamiliar por personas anónimas que sobrellevan esta situación”.

Asimismo, afirma que lo que más le sorprende es cómo una neurona, que aparentemente es algo tan pequeño, puede acabar con algo tan grande como es una persona, su cerebro, incluso su vida. Le preocupan aquellos pacientes en el inicio de su enfermedad que van comparando su caso con lo que han leído y escuchado sobre el tema y empiezan a relacionar sus pérdidas de memoria con el Alzheimer. Si se les confirman sus sospechas caen en la más absoluta desolación e incluso puede provocar pensamientos suicidas.

En el acto de entrega la galardonada reconoció sus sentimientos ante la comunicación del premio a la que daba dos lecturas: “una evidente alegría personal por la obtención del mismo y por extensión hacia todos los Auxiliares de Enfermería que cuentan con una institución que reconoce nuestra labor investigadora”.

En cuanto al accésit de este II Certamen *Evaluación de un protocolo de actuación frente a úlceras por decúbito en pacientes institucionalizados*, es uno de los problemas más frecuentes en los ancianos que tienen limitada su movilidad: aumentan su sufrimiento, agravan su pronóstico y en ocasiones las complicaciones de las mismas, provocan su muerte. La prevención de su aparición es responsabilidad del equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, Auxiliares de Enfermería...) pero es básica la labor de enfermería y Auxiliares de Enfermería, ya que es la que, al estar en contacto más directo con el paciente, pueden valorar mejor el riesgo de aparición de las mismas, así como tratarlas cuando hacen aparición. El cuidado de pacientes que presentan úlceras por presión es una importante actividad que implica una gran cantidad de tiempo y esfuerzo, además de generar una importante carga económica por lo que es imprescindible un plan de profilaxis y tratamiento lo más efectivo posible.

El objetivo del trabajo era la valoración de un programa de prevención y tratamiento, elaborado tras una revisión bibliográfica realizada con la base de datos MEDLINE, cuya efectividad será evaluada mediante la monitorización de la tasa de pacientes ulcerados y la tasa de úlceras por paciente, de manera previa y posterior a la realización de dicho estudio.



Una correcta planificación de sus vacaciones incluye tomar precauciones en materia de salud.

Conocer qué prestaciones sanitarias puede recibir en el país que visite, si existen acuerdos internacionales suscritos por España o quién debe hacerse cargo de la factura en el caso de necesitar asistencia sanitaria urgente, son asuntos que debe conocer antes de lanzarse a disfrutar de esas merecidas vacaciones que lleva esperando tanto tiempo. Además, si su intención es visitar un país exótico ha de tener en cuenta que tal vez deba vacunarse de una o varias enfermedades, ya que determinados países exigen a los turistas que presenten, previamente a la entrada en sus fronteras, las cartillas de vacunación relativas a fiebre amarilla, cólera o meningitis meningocócica, por citar sólo tres de ellas

VIAJES SIN SOBRESALTOS

M. García

España, al igual que todos los países miembros de la Unión Europea, ha refrendado la directiva europea por la cual cualquier ciudadano español tiene derecho a asistencia urgente en los países miembros de la Unión Europea, aunque previamente debe haber cumplimentado

el impreso E-111, que le será facilitado en las oficinas de la Seguridad Social.

De igual forma, ha de conocer que la directiva europea indica que la prestación sanitaria se regirá por la normativa que impere en el país donde se encuentre. Esto es, si usted visita Suecia debe

tener en cuenta que los medicamentos son abonados en su totalidad por el usuario, corriendo sólo por cuenta de la sanidad sueca cuando se sobrepasa una determinada cantidad (unas 10.000 pesetas). En otros países, cuando se visita al médico de cabecera, es necesario abonar una

pequeña suma de dinero en concepto de copago, que puede verse incrementada si es necesario realizar alguna prueba diagnóstica.

Por tal motivo es aconsejable, si tiene la necesidad de solicitar asistencia sanitaria durante sus vacaciones en algún país de la Unión Europea, que pida la factura de los servicios prestados para que, a su regreso a España, pueda solicitar el correspondiente abono a cargo de la Seguridad Social.

Además de los convenios suscritos por España con los miembros de la Unión Europea, nuestro país ha firmado convenios que regulan desplazamientos por motivo de trabajo o vacaciones con derecho a asistencia sanitaria con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay y Perú.

Si por el contrario usted ha decidido realizar un viaje organizado, debe interesarse si el mayorista, la empresa que organiza el viaje (no la agencia de viajes a donde usted se ha dirigido), tiene suscrito o no acuerdos con alguna compañía de seguros. En caso de ser así debe conocer qué prestaciones cubre, hasta qué cantidad está dispuesta a abonar en caso de que se produzca una urgencia sanitaria y si sus familiares más cercanos tienen derecho a indemnización en caso de ocurrir un accidente fatal.

En la mayoría de los casos, las empresas que organizan estos viajes disponen de seguros privados que cubren tanto la asistencia sanitaria hospitalaria como la prescripción de medicamentos por parte de un facultativo, que pueden ser abonados bien directamente por los propios representantes de las compañías en esos países o por el afectado, en cuyo caso deberá exigir la factura del tratamiento recibido para que le



sea reintegrada una vez regrese a España.

Al igual que en la totalidad de los transportes públicos españoles, en la mayoría de los países de la Unión Europea, los servicios públicos (tren, transporte por carretera, aviones, etc.) están obligados a suscribir seguros para sus pasajeros (el sanitario incluido) por lo que han de ser ellos los que se hagan cargo de la asistencia sanitaria en caso de accidente.

PREVENIR MEJOR QUE CURAR

Si, por el contrario, ha decidido visitar durante sus vacaciones un país de los denominados exóticos, conviene que sepa que en la mayoría de los casos tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las autoridades españolas y, en algunos casos, los propios países, exigen unas medidas de profilaxis específicas. En los viajes a África y América del Sur, tanto si son organizados por agencias de viajes o no, es necesario que los visitantes estén vacunados contra la fiebre amarilla.

Esta enfermedad que procede de los monos puede transmitirse a través de los mosquitos y las personas enfermas sufren ictericia y hemorragias. La vacuna contra la fiebre amarilla es válida a partir de los 10 días de la primovacuna y desde el día siguiente de la revacunación. Se administra por vía subcutánea y tiene una duración de 10 años.

En países como Tanzania y Mozambique, con alto riesgo de cólera, la OMS no exige la vacunación obligatoria pero sí las autoridades de ambos países, por lo que es necesaria su administración antes de iniciar las vacaciones. Otros, como Arabia Saudí, África Subsahariana, Tanzania, Mauritania, India o Nepal, son zonas con una alta tasa de meningitis meningocócica y en donde, a pesar de no ser obligatoria su vacunación por la OMS, sí es necesaria si se quiere entrar en alguno de estos países. La administración de esta vacuna es por vía intramuscular y protege entre tres y cinco años.

Además de este tipo de vacunas, que podrían denominarse

universales, es necesario conocer que tal vez sean necesarias otro tipo de vacunas como la de la hepatitis A y B en su desplazamiento. La primera enfermedad es endémica en la mayoría de los países tropicales y que constituye la infección más frecuente en viajeros que no estén inmunizados. La transmisión de virus se produce a través de alimentos, bebidas, baños en aguas contaminadas, etc. En cuanto a la hepatitis B se transmite principalmente a través del contacto sexual, transfusiones sanguíneas o de fluidos, material sanitario mal esterilizado, tatuajes, etc., y está muy extendida tanto en el trópico como en países en vías de desarrollo.

Tétanos-difteria es otra vacuna que debemos administrarnos en el caso de que nuestras vacaciones se desarrollen en países del sudeste asiático (Tailandia, India, etc.) o a ciertos países del este europeo, así como a países de la antigua URSS, donde existen brotes periódicos debido a las migraciones y a las últimas guerras. Por el contrario, la vacuna contra la fiebre tifoidea se recomienda a todos aquéllos que viajen a zonas tropicales o en los desplazamientos fuera de las rutas habituales en países como India, Egipto, Libia, Argelia, Marruecos o Senegal. La infección de la fiebre tifoidea se produce por una bacteria, la salmonella, a través del agua, leche o alimentos contaminados, por lo que es conveniente mantener una correcta higiene alimentaria y acudir al médico ante sus primeros síntomas: fiebre, diarrea y erupción cutánea.

A pesar de ello, es necesario conocer que existen enfermedades para las cuales no existen vacunas disponibles, como la malaria o paludismo, que están



muy extendidas en la mayoría de los países de África, Asia, América Central y del Sur e India. Ante la falta de vacuna eficaz hay que tomar medidas para protegerse de los mosquitos, sobre todo al amanecer y al atardecer,

mediante el uso de pantalones largos y camisas con mangas, la aplicación de repelentes de insectos tanto sobre la piel como sobre la ropa que se usa y la utilización de malla protectora en las ventanas y red antimosquitos en la cama.

Además, en numerosos casos es aconsejable la utilización de fármacos que prevengan la enfermedad, como en el caso del paludismo, iniciando el tratamiento una semana antes del viaje y cuatro después de haber regresado. Expertos en enfermedades tropicales indican que es un error muy frecuente que se abandone la medicación una vez que se ha regresado a casa, ya que el efecto fundamental de los fármacos anti-malaria, por ejemplo, es evitar el desarrollo del parásito en sangre, y éstos se desarrollan en el hígado del huésped entre la primera y la cuarta semana después de haber pasado a sangre.

DECÁLOGO DEL VIAJERO A UN PAÍS TROPICAL

- 1.- Planificar con tiempo el viaje.
- 2.- Preparar el equipaje cuidadosamente. En él debe ir un botiquín, ropa y calzado adecuado, protectores solares y, si toma alguna medicación, cantidad suficiente para todo el tiempo que se vaya a estar fuera.
- 3.- Protección anti-mosquitos.
- 4.- Beber agua de forma abundante si ofrece las suficientes garantías higiénico-sanitarias. Si es preciso hiérvala durante 10 minutos o utilice cloro, yodo o lejía (5-10 gotas por litro de agua) para potabilizarla. Déjala reposar 30 minutos antes de beberla.
- 5.- Los alimentos deben estar bien cocidos. Absténgase de comer verduras crudas o ensaladas y la fruta debe pelarla.
- 6.- Tenga precaución con los animales, tanto domésticos como salvajes, ya que pueden ser portadores de la rabia.
- 7.- Extrema la precaución a la hora de bañarse en lagos y ríos de agua dulce, ya que pueden estar infectados con parásitos que penetran en la piel.
- 8.- Si practica alguna actividad sexual, recuerde que el preservativo es el medio más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- 9.- No olvide tomar la medicación antipalúdica durante las 4 semanas posteriores al regreso.
- 10.- Si se encuentra mal en casa, ya de vuelta, acuda al médico e informe que ha viajado al trópico o sobre los países que ha visitado.

(Fuente: Ayuntamiento de Madrid)



FORMA DE CONTAGIO

INCIDENCIA GEOGRÁFICA

VACUNACIÓN

HEPATITIS A

A través de alimentos, bebidas, baños en agua contaminados.

Endémica en la mayoría de los países tropicales y constituye la infección más frecuente en los viajeros no protegidos.

Protege al mes de la vacunación y, por lo menos, durante seis meses.

HEPATITIS B

Se transmite por contagio sexual, transfusiones, material médico mal esterilizado, tatuajes, etc.

En el trópico es muy alto el número de portadores, al igual que en países en desarrollo.

Protege al 75% de las personas.

TÉTANOS DIFTERIA

Ataca al sistema nervioso central, corazón, músculos y riñón.

Endémica en el Sudeste Asiático y hay cierto peligro en el Este de Europa y antigua URSS.

Esta pauta de vacunación se combina de forma habitual y tanto si viaja como si no, es importante estar al día en esta vacunación.

POLIOMELITIS

Se transmite a través del agua, alimentos y puede producir parálisis e incluso muerte.

Todavía es frecuente en el Tercer Mundo.

Se recomienda a todos los viajeros (inmune o no inmunizado) que se desplacen a zonas de alto riesgo.

FIEBRE TIFOIDEA

La infección se produce por una bacteria (la salmonella) a través del agua, leche y alimentos contaminados. Sus síntomas son fiebre, diarrea y erupción cutánea.

Zonas tropicales, India, Egipto, Libia, Argelia, Marruecos, Senegal.

La vacuna tiene eficacia entre el 50-75% a partir de la cuarta semana de la última dosis. No se debe administrar junto con la de la poliomeilitis, ni con profilaxis antipalúdica a menores de 2 años, inmuno deprimidos y embarazadas.

RABIA

Es una enfermedad vírica mortal, transmitida por el mordisco de un animal. Afecta al Sistema Nervioso Central y sin tratamiento es mortal en el 100%.

Existen animales infectados en casi todos los países.

Se recomienda la vacuna después de haber sufrido una mordedura, aunque se acepta la inmunización preexposición si se viaja a zonas endémicas y aquellas con riesgo ocupacional de exposición.

ENCEFALITIS JAPONESA

Picaduras de mosquitos, aunque es una infección poco frecuente.

Zonas rurales de Países Asiáticos, Noreste y Este de la India.

Vacunación recomendada en viajes con alta exposición a picaduras de mosquitos, época de monzones y cuando la estancia es superior a un mes.

LOS PROBLEMAS DE PIEL YA SON HISTORIA



El popular láser —ampliación de la luz por emisión estimulada de radiaciones— se ha convertido en una excelente ayuda para la ciencia médica. Las nuevas aplicaciones que se han encontrado en las técnicas de láser pueden ser la solución tan esperada para todas aquellas personas que, por razones exclusivamente estéticas, quieren desacerse de lunares, manchas que se forman en la piel, e incluso los tatuajes más profundos. Todas las manchas cutáneas pueden ser eliminadas con total garantía gracias al láser, sin necesidad de someterse a una intervención quirúrgica y, lo que es más importante, sin necesidad de anestesia. La mayoría de las manchas que aparecen en la piel no suelen tener importancia patológica, pero son muy antiestéticas y por eso muchas personas acuden a los dermatólogos.

El tratamiento depende de la extensión y características de las manchas a eliminar. Lo normal es que se apliquen dos o tres sesiones, con periodicidad mensual, y en ningún caso más de 100 impactos en cada ocasión. Además, estos tratamientos no resultan especialmente caros, rondando, por término medio, las 30.000 pesetas.

LA TOS COMO DEFENSA

N

oticias
del Mundo
Médico

Nuestro cuerpo está dotado de un mecanismo de defensa para mantener libres de cuerpos extraños y exceso de secreciones las vías aéreas. Este inmejorable mecanismo es la tos. En condiciones normales ninguna persona suele toser, ya que las mucosidades que se originan en los bronquios son fácilmente eliminadas por los cilios que tapijan la mucosa respiratoria y al llegar a la faringe son deglutidas hacia el aparato digestivo.

La tos puede ser un acto reflejo o provocarse de forma voluntaria. Las principales zonas tusígenas son las estructuras del aparato respiratorio y son más numerosas y sensibles cuanto más próximas están a la garganta, disminuyendo en número y sensibilidad en las zonas más distantes del aparato respiratorio.

Una vez que son estimuladas las zonas tusígenas, el reflejo se transmite por vía nerviosa hacia el centro tusígeno situado en el cerebro, que interpreta y aprueba la orden, mandando un reflejo por vía nerviosa hacia el árbol traqueo-bronquial, donde se produce una profunda inspiración de aire.

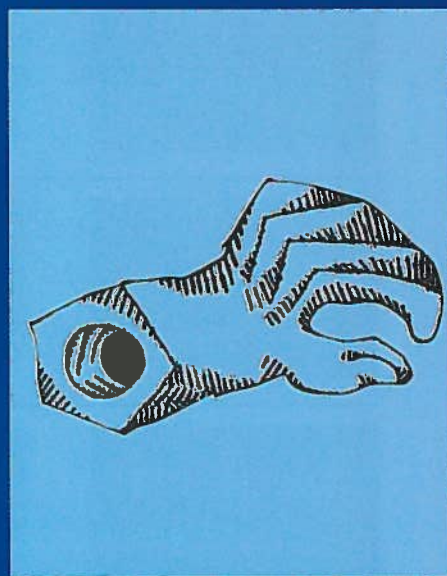
La tos se puede clasificar en varios tipos dependiendo de sus características clínicas: tos irritativa o seca si no se acompaña de expectoración, típica de los procesos pleurales; tos blanda o productiva, que va acompañada de expectoración; la tos espasmódica se desarrolla en varios episodios seguidos

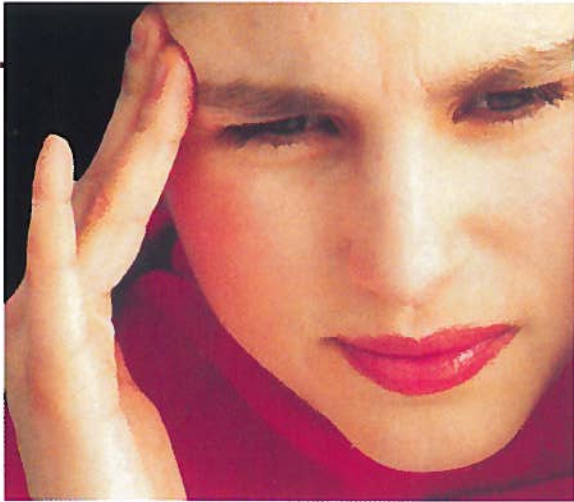


imposibles de evitar y es característica de la bronquitis crónica; y la tos perruna es de sonido ronco y apagado, característica de los procesos en las vías respiratorias altas.

Con arreglo a su duración, la tos se clasifica en aguda y crónica. Es aguda cuando su duración es inferior a tres semanas. Si sobrepasa este tiempo es crónica.

PIEZAS DE





CIRUGÍA PARA CORREGIR EL DOLOR CRÓNICO

El dolor físico se designa por la palabra científica "algia". Se produce cuando un nervio sensitivo es afectado en un punto cualquiera de su trayecto y para notar una sensación de dolor, el estímulo doloroso debe llegar al cerebro.

El dolor crónico, que en la actualidad padece más del 1% de la población española, puede dejar de ser un problema gracias a la cirugía, según el

doctor Vicente Vanaclocha, neurocirujano del departamento de Neurología de la Universidad de Navarra.

La técnica "Drez", inventada por el doctor Blaine Nashold, profesor de neurocirugía de la Universidad de Duke (Estados Unidos), es la que se aplica a las personas que padecen esta enfermedad y consiste en la destrucción del asta posterior de la médula espinal. Es una técnica

que bien empleada tiene unas enormes aplicaciones y, lo que es más importante, puede suponer la solución definitiva para la persona aquejada por el dolor.

Los resultados que se obtienen con esta técnica en España son muy satisfactorios y según los expertos en la materia, el 100% de los pacientes tienen alivio del dolor y la curación es total en un alto porcentaje.

RECAMBIO PARA EL CUERPO HUMANO

Gail Naughton y otros científicos de la Universidad de San Diego (California) son los responsables de un revolucionario descubrimiento de ingeniería genética que permite reproducir cualquier parte del cuerpo a partir de células humanas.

La técnica, bautizada como "Ingeniería de Tejidos", será empleada para la creación de huesos, cartílagos, ligamentos y, en un futuro cercano, podría servir para la fabricación de hígados y músculos cardíacos.

Según los científicos de la compañía estadounidense "Advanced Tissue Science", artífices del hallazgo, esta nueva técnica "no tiene límites a sus aplicaciones". Además manifiestan que "en cuestión de nueve meses comenzarán las primeras pruebas en Estados Unidos y Gran Bretaña sobre trasplante de articulación de rodilla".

La "Ingeniería de Tejidos" se basa en reproducir los efectos de una incubadora recreando las condiciones de

un útero humano, de forma que las células humanas puedan crecer naturalmente en cualquier forma y tamaño sobre un amazón construido de fibras biodegradables.

El primer producto surgido de esta nueva tecnología ha sido la piel. Otro uso potencial podrá ser en el área de reconstrucción de rostros tras un accidente de tráfico, ya que los tejidos óseos cortados en la forma correcta podrán crecer y desarrollarse hasta formar la mandíbula o los pómulos exactos a los originales del paciente. Asimismo, esta técnica supondría enormes ventajas para los deportistas, cuyas lesiones tendrían una recuperación mucho más rápida.

La Ingeniería de Tejidos es, en definitiva, un gran descubrimiento, ya que reduce el número de amputaciones, el tiempo de hospitalización, rebaja el riesgo de contraer infecciones y crea los tejidos necesarios con la plena certeza de que son seguros para los pacientes.

En 1943 Leo Kanner definió el autismo como “un trastorno raro”. Desde entonces se han hecho algunos avances en esta enfermedad, aunque todavía se desconocen las causas que lo generan y no tiene cura. Los autistas únicamente cuentan con terapias educativas que les permiten enfrentarse, con distinto resultado, a un mundo que no entienden como funciona y a una realidad que no pueden prever, y el incondicional apoyo de sus familias y los profesionales que luchan a diario por encontrar vías que les permitan comunicarse con ellos. Muchas de estas familias y profesionales asistieron recientemente al II Simposium Internacional sobre Autismo que la APNA, Asociación de Padres de Niños Autistas, celebró en Madrid con el planteamiento general de *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*

AUTISTAS

ENCERRADOS EN SU MUNDO



Montse García

Este II Simposium conmemoraba, igualmente, el primero celebrado en 1978 y que fue calificado como uno de los mayores acontecimientos científicos de aquel año. Asimismo, en fechas recientes la Fundación Once editó el libro *La esperanza es un sueño* que recoge las actas del V Congreso Internacional Autismo-Europa, celebrado en Barcelona en mayo de 1996, y en el que participaron expertos de reconocido prestigio internacional planteando las distintas cuestiones del autismo: diagnóstico, epidemiología, profesionales, familia, etc.

El autismo, descrito y bautizado por el psiquiatra austríaco Leo Kanner, es una de las alteraciones más graves del desarrollo, la conducta y la comunicación y que persiste a lo largo

de toda la vida. Este síndrome se hace evidente durante los primeros treinta meses de vida y da lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje y la comunicación, de las competencias sociales y de la imaginación. Con frecuencia, estos síntomas se acompañan de comportamientos anormales, tales como actividades e intereses de carácter repetitivo y estereotipado, de movimientos de balanceo y de obsesiones insólitas hacia ciertos objetos o acontecimientos.

El nivel de inteligencia y la gama de capacidades de las personas con autismo son muy variables, aunque la inmensa mayoría presentan una deficiencia mental asociada. En algunos casos, sin embargo, pueden ser normales en ciertos aspectos



o incluso estar por encima de la media. Por otro lado, algunas personas pueden ser agresivas hacia sí mismas o hacia los demás. Hay muy pocas personas con autismo que tengan capacidades suficientes para vivir con un grado importante de autonomía y la mayoría requieren una gran ayuda durante toda la vida.

Cuando se definió por primera vez en 1943, el autismo se describió como “un trastorno raro”. Como la disponibilidad de procedimientos de diagnóstico adecuados no es siempre la misma y como, en cualquier caso, no contamos con registros estadísticos completos, no podemos establecer una estimación exacta de la prevalencia del autismo. Se acepta generalmente la cifra de 4 de cada 10.000 nacimientos. Esta estimación indica que el autismo, aún siendo bastante infrecuente, es más común que la ceguera o que la sordera profunda. Además, si añadimos a los niños con síndrome completo a aquellos otros que sólo tienen algunos rasgos autistas, la prevalencia puede alcanzar los 15-20 de cada 10.000 niños.

Con independencia de la forma que adopte, el tratamiento del autismo, depende en gran parte del diagnóstico y, sobre todo, de una valoración precisa de las capacidades, posibilidades y alteraciones de cada persona autista en particular. Por otra parte, los enfoques de tratamiento están muy influidos por los conceptos acerca del autismo.

Así, la idea de que el autismo era una alteración psicogénica, ligada a un trastorno de la relación entre padres e hijos en la infancia, que es actualmente una

teoría abandonada por la mayoría de los profesionales, dio lugar a procedimientos ineficaces de tratamiento.

La mayoría de los profesionales, aunque no todos, aceptan actualmente que el autismo

depende de causas orgánicas o biológicas y ese enfoque ha permitido desarrollar procedimientos de atención y educación más adecuados.

Estos sistemas no pueden lograr la curación total del autismo, pero pueden hacer que el niño o el adulto desarrollen sus potenciales y que sean más felices. Hay tratamientos biomédicos de carácter dietético o farmacológico que pueden mejorar algunos síntomas, pero tampoco en este caso suelen producirse resultados espectaculares.

“El tratamiento del autismo implica un conjunto de intervenciones educativas y psicológicas sobre el medio externo y, frecuentemente, de intervenciones biomédicas sobre el medio interno, con el objetivo de producir una experiencia más humana y satisfactoria en las personas autistas”. Ángel Rivière, catedrático de Psicología Cognitiva en la Universidad Autónoma de Madrid y asesor técnico de la Asociación de Padres de Niños Autistas, inauguró el II Simposium con su ponencia *Principios generales de tratamiento del autismo*, en la que afirmó que “el fundamento esencial de esas intervenciones se deriva de una consideración del autismo como trastorno del desarrollo y de una definición precisa de las dimensiones y grados en que afecta a ese desarrollo. Como trastorno del desarrollo, el autismo afecta especialmente a la construcción de ciertas funciones mentales, extraordinariamente importantes, que tienen características comunes: son funciones universales, que humanizan al niño y que éste adquiere en

El autismo es una alteración severa del desarrollo y la comunicación que aparece antes de los 30 meses





interacciones naturales con personas. Constituyen el punto de unión entre la biología y la cultura, y se constituyen en una fase crítica del desarrollo (de los 18 meses a los 5 años), que es también la fase más crítica del autismo”.

“Todas esas funciones (lenguaje, ficción, funciones comunicativas, etc.) dependen de que el niño posea “intersubjetividad secundaria”. Tomando como fundamento un amplio conjunto de investigaciones sobre desarrollo normal y autista, se propone la hipótesis de que el autismo se explica, en gran parte, por la ausencia o limitación de competencias de intersubjetividad secundaria. El objetivo esencial del tratamiento es el de enseñar intencionadamente esas funciones que no pueden adquirirse de forma natural. Incluyen el lenguaje, capacidades simbólicas, destrezas comunicativas, competencias de atribución de mente, etc. Estas capacidades y otras varias, específicamente alteradas en el autismo, definen en función de su grado de alteración doce dimensiones de espectro autista. Los objetivos y procedimientos del tratamiento dependen de la situación de las personas con E.A. en dichas dimensiones, que se pueden valorar objetivamente con una escala de espectro autista. Dicha escala, permite puntuar el grado de E.A. (de 0 a 96 puntos), definir objetivos específicos de tratamiento y valorar la eficacia de éste a medio y largo plazo.

Theo Peeters, catedrático de la Universidad de Lovaina y neurolingüista de la Universidad de

Bruselas expuso, “El autismo y los problemas para utilizar los símbolos”. Para Theo Peeters, la esencia del problema es que las personas autistas se manejan difícilmente con los símbolos. Es

Todos los autistas se caracterizan por un desarrollo disarmónico en las distintas áreas de funcionamiento psicológico

por eso que tienen dificultades con la vista o el oído.

En la actualidad, el hecho es que la sociedad humana en su

conjunto depende de los símbolos. El lenguaje es un ejemplo de ello: los sonidos representan y simbolizan cosas, acciones, pensamientos y sentimientos. Es ampliamente conocido que las personas autistas tienen especiales dificultades con el lenguaje. Además del lenguaje, en la interacción social se usan símbolos continuamente, como saludos, sonrisas, estrecharse las manos, etc. Son también ampliamente conocidas las enormes dificultades que tienen las personas autistas con la comunicación normal.

Los autistas, por tanto, viven en un mundo que no comprenden o comprenden sólo con dificultad, un mundo en el que son incapaces de hacerse comprender. No es sorprendente, por tanto, que aparentemente se aislen de este mundo y que ocasionalmente expresen su frustración golpeándose la cabeza contra la pared o muestren mal genio.

En ese sentido, Rosa Ventoso e Isabel Osorio, psicólogas y terapeutas del centro Leo Kanner,



demonstraron la conveniencia del empleo de materiales analógicos como organizadores del sentido en personas autistas y que vienen utilizando desde 1980. La utilización de fotografías, dibujos y viñetas que representan la realidad ayuda a las personas autistas en varios aspectos: anticipa los acontecimientos venideros, ayuda a plantear los pasos que hay que realizar para llegar a una meta, haciendo explícita ésta, señala los acontecimientos socialmente importantes y ofrece alternativas comportamentales y mentales a planteamientos rígidos.

Para estas terapeutas, “conocer lo que va a ocurrir y saber qué pasos hay que dar para llegar al fin de una actividad, además de organizar la experiencia, la carga de sentido. Por otra parte, uno de los retos fundamentales con los que se encuentra la persona autista es comprender y compartir con los otros lo socialmente relevante. A través de los dibujos en viñetas se intenta acercar a la comprensión los acontecimientos importantes, así como señalar, de forma visual, que pueden existir distintas vías tanto en el ámbito de la acción como en de las hipótesis mentales”.

La cuestión de la familia del niño con autismo contiene aspectos que están relacionados directamente con el trastorno autista — familia y etiología del autismo— y aspectos que lo están de forma indirecta —el efecto del hijo afectado en la familia, el papel de la familia en el tratamiento del autismo y el apoyo terapéutico a las familias—.

Para Francesc Cuxart, doctor en psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona, “el principal efecto del hijo con autismo es, sin lugar a dudas, el estrés que provoca en el ámbito

**El autismo
puede manifestarse
desde el comienzo de
la vida o después de una
evolución normal en
el periodo de 0 a
30 meses**

familiar. La opinión actual de los profesionales respecto del papel que deben desempeñar las familias afectadas en el tratamiento del autismo no es unívoca, sino que hallamos diferencias relativas a la debida implantación de las madres y padres en los programas terapéuticos de sus hijos. Pero, con independencia de estas diferencias, es evidente que la función que deben desempeñar las familias en este aspecto ha de ser fruto de un consenso entre éstas y los profesionales que atienden a sus hijos.

Por su parte, Hipólito Vega Hernández, psicólogo y miembro del Proyecto Débora, programa de formación de terapeutas, considera que “detrás de los conocimientos que sobre el autismo

existen, detrás de los programas educativos que para ellos se van configurando, detrás de las metodologías específicas que estos solicitan siempre está la figura del terapeuta. Al autista no lo saca adelante sólo y únicamente la tecnología fría, antes bien, los objetivos terapéuticos y las metodologías que la ciencia va aportando alrededor del autismo no son más que formas y contenidos que, de una manera natural, el terapeuta es capaz de mostrar en su encuentro con el autista, potenciando con ellos los procesos de socialización y cognitivos de éstos”.

Vega Hernández, considera que “los prerequisites del candidato a terapeuta de autistas son, junto al conjunto de conocimientos que debe de adquirir antes de enfrentarse al autista, la utilización consciente de sus propios mecanismos y procesos de socialización para empatizar con el autista y así interaccionar con él dentro de un esquema interactivo estructurado y dinámicamente armonizante, y llevar de forma inteligente y eficaz la sesión terapéutica”.

Tras una correcta intervención del prototipo de terapeuta se observan los siguientes efectos generales: despertar y poner en funcionamiento sus estructuras y procesos sociales, así como sus procesos cognitivos y flexibilización de sus procesos sociales y cognitivos, tan rígidos en el autismo, disminución y erradicación de conductas autoagresivas, heteroagresivas y otras conductas disruptivas y acelerar el aprendizaje de objetivos educativos.



PROTOCOLO DE REDACCIÓN

Los trabajos que se envíen para ser publicados en *NOSOCOMIO* 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 presentarse 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 expongan 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.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A *NOSOCOMIO*

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE
DIRECCIÓN POBLACIÓN
PROVINCIA C.P. TELÉFONO 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 la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería en concepto de suscripción a *NOSOCOMIO*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR
TITULAR DE LA CUENTA
BANCO CAJA DE AHORROS

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)											
ENTIDAD			Sucursal			D.C.		N.º CUENTA			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIRECCIÓN
POBLACIÓN 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

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

Tarifa de afiliados para bibliotecas, empresas e instituciones podrán hacer efectiva la tarifa mediante

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto n.º Banco/Caja
NOSOCOMIO C/ Alcántara, 5. 6º Izda. 28006 Madrid.

- NO AFILIADOS
 AFILIADOS

ALZHEIMER

¿UN MAL A CURAR EN LA PRÓXIMA DÉCADA?

Helena Trejo Fombella

Auxiliar de Enfermería. Ganadora del 1º Premio del II Certamen FAE

FASES Y TIPOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Tipo I

- Comienza a manifestarse en personas ya adultas.
- Tiene un curso gradual e insidioso.

Tipo II

- Se presenta en personas jóvenes.
- El desarrollo de la enfermedad es más rápido que en el tipo I.

Fase I

- Fallos en la memoria, ligera desorientación.
- Dificultad para nombrar objetos.

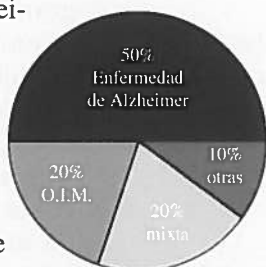
Fase II

- Retardo de los movimientos.
- Pérdida de la autonomía.

Fase III

- Pérdida total de autonomía y encamamiento.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia. Aparece sola o junto con la Demencia con Infarto Múltiple en cerca del 70% de las personas de edad avanzada que padecen demencia.



FÁRMACOS RECOMENDADOS

Síntomas	Fármacos	Dosis diaria	Rango
Ideación delirante	Haloperidol	1 mg	0,5-3
	Tioradizina	75 mg	30-150
	Tiapríde	200 mg	100-400
	Haloperidol	1 mg	0,5-3
Síntomas depresivos	Tioradizina	75 mg	30-150
	Tiapríde	200 mg	100-400
	Nortriptilina	75 mg	50-150
	Desipramina	75 mg	50-150
Ansiedad	Fluoxetina	20 mg	20-40
	Fluvoxamina	100 mg	50-150
	Trazodone	150 mg	100-300
	Oxacepán	20 mg	10-30
Insomnio	Loracepán	1 mg	0,5-4
	Clorometiazol	380 mg	190-570
	Loracepán	1 mg	0,2-4
	Tioridazina	25 mg	25-75
Agitación y agresividad	Tiapríde	200 mg	100-400
	Tioridazina	75 mg	30-150
	Haloperidol	1 mg	0,5-3
	Propanolol	120 mg	80-240
	Cabamacepina	1.000 mg	800-1.200

Fuente: Vídeo U.C.M. (Programas de formación continuada: Psiquiatría en medicina).

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL TRABAJO

El motivo de mi interés al realizar un trabajo en relación con esta demencia viene dado por mi preocupación en este campo.

Puede afirmarse que nos hallamos en los inicios de la investigación, hay muchas lagunas y sobre todo la hipotética posibilidad de sustituir esas neuronas irremisiblemente dañadas, responsables de la pérdida de lo que fue esa persona antes.

Por ello, por una inquietud personal, profesional, social y humana, me decidí, dentro de las lógicas limitaciones, a desarrollar un ensayo que recogiera teoría, información, consejos y propuestas, aportado todo ello por reconocidos profesionales de la neuropsiquiatría y psicología, pero también, en el aspecto sociofamiliar, por personas anónimas, sencillas, que saben sobrellevar con entereza y cariño una situación triste, ingrata, dura y poco reconocida.

ORDEN ESTABLECIDO

Antecedentes históricos; origen, aspectos científicos; diagnósticos: pruebas; tratamiento farmacológico y no farmacológico; propuestas para una convivencia soportable; referencias y comentarios relativos a las últimas investigaciones aparecidas en diversas publicaciones.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La lectura de la Historia evidencia hechos relevantes en las épocas finiseculares y comienzos de siglo. Así, la fecha de 1907 marca un antes y un después en la investigación neurológica, ya que es en ese año cuando Alois

Alzheimer descubre en una paciente, al serle realizada la autopsia, las características de la demencia que más adelante llevaría su apellido: placas seniles y ovillos neurofibrilares.

Grecia

Solón, reformador ateniense, escribió bastantes textos respecto al deterioro cognitivo y pérdida de facultades causadas por la edad. También Platón, además de dejarnos sus propuestas y pensamientos filosóficos sobre ideas y alma, describió un cuadro clínico semejante al que presentan actualmente las demencias.

Roma

En el siglo I a.C., la demencia alcanza rango de entidad clínica a partir de Aurelius Cornelius Celsus en su tratado *De medicina*.

El siglo II d.C., Arateo de Capodicia clasifica las demencias en agudas o crónicas siendo el primero en hacerlo, responsabilizando la edad avanzada como causa de pérdida de facultades y deterioro.

EE.UU. 1793

Benjamín Rush, fundador de la psiquiatría americana, publicó un caso clínico de la demencia posteriormente denominada Alzheimer.

Francia 1795

Baille afirma que en las personas afectadas de demencia aparece una dilatación de los ventrículos del cerebro.

Alemania 1907

El neurólogo Alois Alzheimer recibe el encargo, por parte del

director del psiquiátrico de Frankfurt, de observar el SNC de una enferma cuyo comportamiento no encajaba en los rasgos comunes de la demencia.

Lo más relevante era su desorientación temporoespacial y su deterioro de memoria; además de ello, la edad, 51 años, aun en aquella época, era demasiado prematura para ofrecer esa actitud.

Unas veces deliraba, gritaba, manifestaba recibir amenazas de muerte; en ocasiones no reconocía al médico, utilizaba paráfrasis, se perdía en la lectura y la escritura era deficiente, deshilachada, saltándose frases o suprimiendo sílabas. Tampoco reconocía determinados objetos y a veces se escondía porque alguien intentaba ofenderla. Físicamente respondía mejor, sin problemas en la deambulación, usando bien las manos y reaccionando las pupilas.

Después de cuatro años y medio, con un avance progresivo y rápido, quedó confinada en cama, adoptando la posición fetal y falleciendo, posteriormente.

La autopsia reveló atrofia total del cerebro, sin tumores. Utilizando el método de plata se observó un cambio en las "neurofibrillas". En la primera investigación aparecieron unas cuantas fibrillas destacando por su espesor. Después, profundizando en otra investigación, surgió una cantidad superior de fibrillas con las mismas características. Al unirse entre ellas ascendían a la superficie de la célula desintegrando ésta y el núcleo. Posteriormente, esas fibrillas convertidas en ovillo, ocupaban el espacio que antes perteneció a la célula.

Esas fibrillas eran susceptibles de ser coloreadas como una fibrilla normal, evidenciando que habían sufrido una transformación química originada en el

interior de los ganglios celulares a partir de una sustancia transformada patológicamente y nunca examinada de cerca. Aproximadamente un tercio de la corteza cerebral estaba dañada y en toda su superficie aparecían focos patógenos. No había riego sanguíneo.

El doctor Alzheimer fue el propulsor de las investigaciones que, desde hace 90 años, vienen realizándose en el mundo occidental.

ORIGEN

Aunque la etimología es desconocida, puede afirmarse que la herencia predomina en un 10%, transmitiéndose de forma autosómica. Se localiza en los cromosomas 1-14-19-21. Inicialmente se demostró que el gen de la enfermedad estaba en el brazo largo del cromosoma 21. Tiene gran importancia al coincidir con pacientes con trisomía 21 (síndrome de down) ya que éstos son susceptibles de verse afectados por la enfermedad de Alzheimer, puesto que el gen de proteína precursora de amiloide —PPA— también se encuentra en el cromosoma 21. En familias sujetas a alteraciones del cromosoma 14q pueden iniciarse los síntomas a partir de los 50 años, mientras que el comienzo no ocurre antes de los 60 en personas con una mutación de la ppa, siendo menos grave el fenotipo causado por ésta que el de la mutación del cromosoma 14q. La apolipoproteína E está presente en las placas seniles, los haces neurofibrilares y en el amiloide vascular. Al unirse al amiloide beta podría formar parte del metabolismo intracelular y extracelular del amiloide. El genotipo APO=e 4/4 constituye un factor de riesgo para contraer esta enfermedad

que puede ser considerada genéticamente heterogénea, alcanzando entre un 50 y un 70% de las personas afectadas de demencia.

Las conexiones realizadas por el cerebro nacen a partir de la proteína betamiloide; por un trastorno genético esta proteína adquiere toxicidad dificultando la comunicación entre las neuronas y muriendo éstas, acumulándose en forma de ovillos o fibras negras y placas amiloides, las cuales van ocupando los espacios de asociación en los que se hallan la memoria, el cálculo, las facultades cognitivas y el aprendizaje.

CAUSAS DE RIESGO

Establecidas

- Edad senil.
- Síndrome down.
- Historia familiar de demencia.
- Genotipo APOE.

Probables

- Traumatismo craneal.
- Historia familiar de síndrome de Down.
- Problemas vasculares.
- HTA.
- IAM.

INICIO DE LA ENFERMEDAD

Es preciso distinguir entre pacientes mayores de 65 años y los llamados jóvenes; en los últimos, el avance es mucho más rápido que en los mayores, pero los fallos de memoria son similares. Los mayores no ven alterados sus movimientos hasta casi el final.

Primera Fase

Comienzo insidioso, fallos en la memoria reciente, cambios de

humor, apatía y abandono gradual de las aficiones.

Comienza el deterioro de la memoria, aparece una leve dificultad para nombrar objetos y la mirada adquiere una expresión de extravío.

Segunda Fase

Aquí ya se agrava la pérdida de memoria, la desorientación, dificultad en la lectura y escritura, descoordinación muscular y gestual, comienzan las deambulaciones sin rumbo (son los que en las residencias geriátricas se denominan "errantes"). Hay una gran confusión, se pierde autonomía, aparecen reacciones agresivas, en ocasiones desmesuradas en relación con la causa. Es casi imposible la comunicación, se descuida el aspecto físico, sencillamente porque no se dan cuenta. Aparecen miedos injustificados, hay pérdida de equilibrio y retraso en los movimientos.

Tercera Fase

En este estadio, la persona ya perdió sus facultades intelectuales, así como la memoria, la orientación; es incapaz de coordinar movimientos, no hay expresión verbal, o todo lo más, frases sin fundamento. Permanece en cama y de ésta a la silla de ruedas. Hay estupor y rigidez. Riesgo de contraer infecciones a causa de la pérdida de defensas.

DIFERENCIACIÓN ENTRE UN ALZHEIMER Y UNA DEMENCIA SENIL

Las primeras fases de la enfermedad son las más difíciles para distinguir una demencia de otra; no obstante, en el Alzheimer el deterioro es 10 veces más rápido

que en un deterioro causado por la edad; además, es relativamente fácil para los familiares observar sus bruscos cambios de humor, cómo se le olvidan cosas sencillas, etc.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

Hay síntomas semejantes al Alzheimer y para diferenciarlo es preciso conocer la historia clínica, ya que el hecho de consumir sustancias tóxicas durante la mayor parte de la vida causa un cuadro de delirium al final de ella. El inicio de la enfermedad es brusco, con espacios lúcidos mientras que en el Alzheimer es insidioso sin períodos de lucidez. En el delirium hay alucinaciones frecuentes y sueño muy alterado; en el Alzheimer pocas alucinaciones y sueño fragmentado. El delirium suele acompañarse de enfermedades físicas, en cambio en el Alzheimer no está presente esa patología.

PSEUDODEMENCIA O DEPRESIÓN

En esta afección existen síntomas que, en un principio, pueden confundirse con un Alzheimer, pero, mientras que en esta enfermedad, un antidepresivo no sirve para nada, sí tiene efectos positivos en una depresión. Otra característica es el aspecto descuidado que presentan los pacientes deprimidos porque no les apetece arreglarse, cuando las personas padeciendo Alzheimer no se acuerdan de hacerlo. La persona deprimida está continuamente quejándose y la afectada de Alzheimer oculta sus síntomas. La depresión tiene precedentes familiares, el Alzheimer prece-

dentes de demencias. Los pacientes deprimidos están peor por las mañanas, los de Alzheimer, de noche. La depresión es reversible, el Alzheimer, no.

DIAGNÓSTICO. PRIMEROS PASOS

Cuando este mal se presenta en una persona, por sus aparentes características comentadas anteriormente, puede crear confusión en la familia, ya que no sabe a qué achacar ese cambio de conducta en su esposa, madre, abuela, etc. o, también padre, marido, etc., aunque, al priorizar el sexo femenino en mis ejemplos lo hago basándome en el mayor porcentaje de éste.

En una primera fase, esa señora intentará ocultar sus síntomas para no alarmar a los seres que la quieren; después, cuando la situación va evidenciando que hay algo más que una causa senil en ese comportamiento, es cuando se debe acudir a un profesional de la salud mental, generalmente es el médico de cabecera quien lo aconseja.

HISTORIA CLÍNICA

Lleva mucho tiempo pero es imprescindible a la hora de hacer una evaluación correcta de la persona enferma. Comenzará con el relato de los síntomas detallado por el familiar observador, valorando la capacidad de las funciones cognitivas: memoria, orientación, pensamiento abstracto, juicio y razonamiento, si hay cambios grandes en la conducta. También cómo realiza las actividades de la vida diaria: higiene, alimentación, marcha, vestimenta...; las actividades instrumentales: cocina, compra, limpieza, uso del teléfono, transporte.

Exploración Física

Se realizará auscultación, palpación e inspección para detectar posibles anomalías que pudieran relacionarse con los síntomas. También una exploración neurológica completa, ya que la evaluación neuropsicológica es imprescindible para valorar la situación cognitiva de la persona.

Realización de test

Test de orientación, en los cuales se le pregunta dónde se encuentra, la estación del año, en que ciudad vive, etc.

Test de reconocimiento

La situación a la que llegan los enfermos de Alzheimer desespera a sus familiares, pues a veces no los reconocen, incluso les insultan creyendo que alguien desconocido se les ha metido en casa.

Se realiza este test mediante un cuadernillo que contiene dibujos de objetos comunes y fotografías de personajes famosos.

Test de pensamiento abstracto

Se utilizan refranes con la frase incompleta para que ellos la terminen. También grupos de animales o frutas estableciendo comparaciones.

Test medidor del lenguaje

Se le pide a la persona que lea un párrafo fácil y corto y que lo explique.

Test de cálculo

La persona afectada tiene grandes dificultades para realizar cálculos y ya en la segunda fase de la enfermedad será incapaz de

hacer ninguno por sencillo que resulte. En la prueba se le pedirá que cuente de siete en siete, a partir de 100 y si le parece complicado, a partir de 70, de 4 en 4.

Test medidores de movilidad

Para evaluar la coordinación de movimientos se le observa mientras se peina delante de un espejo, cómo realiza un sencillo dibujo geométrico valorando cuando aumenta la dificultad: de círculo a rombo, hexágono, etc.

Tasa de olvido Brown-Peterso

Utiliza Control, afectados por Korsakofs y Alzheimer, dando el resultado de: 16 palabras recordadas el control y el mismo número Alzheimer y Korsakofs. En los tests de recuerdos demostró tener problemas en el almacenamiento y la adquisición; una vez instalado el elemento no es tan difícil recordar. En las pruebas de la memoria explícita se asemeja a los amnésicos puros.

Técnicas de neuroimagen

TAC (Técnica Axial Computerizada): es una técnica que resulta asequible económicamente y bastante fiable para detectar atrofia cerebral, tumores, hidrocefalia. La atrofia es propia del envejecimiento, pero también puede estar presente en la enfermedad de Alzheimer.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

Detecta un ensanchamiento de los ventrículos cerebrales en afectados de Alzheimer. Es muy sensible a las patologías y a los ligeros cambios en envejecimientos normales. Es más cara que el TAC.

Tomografía Computerizada por Emisión Simple de Fotones (SPECT)

Informa del flujo sanguíneo cerebral; como la enfermedad de Alzheimer presenta disminución de flujo en las regiones parietales de ambos lados, es válido su uso pero no suficiente, además, resulta caro y no muy disponible.

Tomografía por Emisión de Positrones (PET)

Se utiliza para informar de los patrones de glucosa en el cerebro. Da mejor información anatómica que el SPECT aunque igualmente es caro.

Electroencefalograma Computerizado (EEGC)

Proporciona datos para interpretar el EEG en un mapa que muestra la localización de los ritmos de las ondas cerebrales.

Ventajas de la evaluación interdisciplinar

Utilizando técnicas de neuroimagen, examen neurogeriátrico, criterios de diagnóstico internacionales, cuidado examen físico, marcadores genéticos, puede llegarse a un diagnóstico con garantía de acierto en un 95%. Sólo con el examen clínico el margen de error puede alcanzar un 20 ó 30%.

La técnica de neuroimagen ofrece la posibilidad de observar la zona más afectada en la enfermedad de Alzheimer que es la frontoparieto-temporal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Partiendo de su irreversibilidad, no se puede dejar a la persona ni a quienes conviven con ella sufriendo aún más por no aplicar algún

medio paliativo; no es frecuente pero se dan algunos casos en los cuáles los profesionales de la salud subvaloran esa situación dando medicamentos que no siempre son los más recomendables. Es preciso valorar el estado de la persona enferma y también su respuesta física, ya que un fármaco como la Tacrina, muy aconsejado en la enfermedad de Alzheimer, tiene efectos negativos en el aparato digestivo. Antes de comenzar un tratamiento es preciso conocer el historial detalladamente, tener un informe de los fármacos consumidos por la persona; proponer alternativas no farmacológicas, seguir una pauta de administración ordenada por el médico que debe ser rigurosamente respetada por la persona encargada de cuidar al enfermo en lo relativo a dosis, horario, número de veces al día, etc.

El tratamiento irá enfocado a los síntomas más relevantes para suavizar esas situaciones en ocasiones insostenibles para los familiares. Las sustancias empleadas nunca podrán, desafortunadamente, hacer desaparecer ese mal, pero sí sobrellevarlo.

Los síntomas más frecuentes serían:

— *Agitación*. Conviene administrar Haloperidol, Triapride, Tioridazina.

— *Ansiedad*. Conviene administrar Oxacepán, Loracepán.

— *Ideas delirantes*. Conviene administrar Haloperidol, Tiapride, Tioradizina.

— *Insomnio*. Conviene administrar Clorometiazol, Loracepán.

— *Síntomas depresivos*. Conviene administrar Desipramina, Fluvoxamina, Trazodone.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La estabilidad emocional, la armonía real en el hogar, la muestra de

afecto auténtico ofrecida por los familiares, son tres puntales que harán menos pesada la carga para todos. Las pautas a seguir son variadas pero todas encaminadas a procurar evitar crispaciones y enfrentamientos.

En muchas familias se hace necesario establecer turnos para cuidar a la persona, ya que en muchas ocasiones suele ser la madre de familia, hija o esposa del enfermo o enferma quien soporta la mayor parte del día la situación. A veces se contrata a una persona cuidadora si las obligaciones profesionales no permiten permanecer todo el tiempo que se quisiera al lado del enfermo.

Ejercicio físico

Es una técnica aconsejable para que la persona conserve su agilidad física y tenga, al final de la jornada, la necesidad de descanso precisa para dormir; obviamente sería adecuado a su edad y no forzado. Puede realizarse algún ejercicio gimnástico.

Contacto social

Conviene que continúe viendo a personas amigas, familiares, incluso seguir acudiendo a las tiendas de costumbre, aunque esto es preferible hacerlo acompañado.

Actividades manuales, expresión artística

Entre los enfermos de Alzheimer hay una relativa cantidad de personas creativas, activas intelectualmente hasta que esta lesión sin vuelta atrás se centró en ellas; a pesar de su situación, en el primer estadio e incluso en el segundo, pueden aún realizar actividades de habilidad: encajes, puzzles, trabajar el barro, pintar piezas, etc., siempre controladas

si tienen que emplear alguna herramienta.

Expresar sus recuerdos

Estimularles a que cuenten cosas de su juventud, sus hijos, su boda, que comente cosas de sus nietos, sus nombres; si reside en otra ciudad distinta de su lugar de nacimiento, cómo era su pueblo, si era de mar o de monte, etc. No es cuestión de estar todos los días acuciándole a preguntas, pero sí ir manteniendo un ritmo de recuerdo. Es conveniente que conozca el nombre y número de la calle, sobre todo en la primera fase, ya que, como aún el deterioro no es muy significativo, puede salir sin compañía y perderse.

TV

No es conveniente que vean mucha televisión, por su estimulación que puede resultar negativa; podría distribuirse el tiempo en tres veces a lo largo del día y no más de 30 minutos cada vez. Esto va en función del grado de deterioro, la fase en la que se halla, la programación, etc.

Si se trata de una persona que amaba los conciertos, el baile, se le proporcionarán los medios para que pueda distraerse bailando con alguien de la familia, ponerle cintas o discos que siempre le agradaron, también vídeos de actuaciones, conciertos, recitales, etc.

Entrenamiento de la memoria

Realizar juegos sencillos de palabras, comenzando una frase y haciendo que la persona la acabe, diciéndole refranes que precisen respuesta, adivinanzas, etc.

Pautas de actuación

Hay que distinguir entre las tres fases. Esta variará en relación

con cada una de las fases de la enfermedad; en la primera, aparecerán reacciones desmesuradas ante lo inevitable, mucha rabia, enfado, también apatía, indiferencia ante los más cercanos, irritabilidad, mal humor; en ocasiones las personas enfermas hacen todo lo posible para ocultarlo, intentan no tener que depender de los demás. Poco a poco, ante la evidencia, la respuesta siempre tiene un componente de impotencia: ¿por qué a mí?, de frustración y aparece todo lo descrito anteriormente, pero también depende de caracteres y del apoyo familiar. Surge una situación nueva en la familia y es preciso afrontarla con entereza, amor y la información necesaria recabada de los profesionales de la medicina y los encuentros periódicos con otros familiares de enfermos, pues la unión en situaciones comunes y el intercambio de opiniones asesorados por psicólogos, es un estímulo para continuar esa tarea tan dura, tan poco reconocida, precisamente, por esa persona a quien se está sacrificando todo: ocio, vida social, dinero, lecturas, asistencia a espectáculos, etc.

Reacciones catastróficas. Pautas de intervención:

- Buscar desencadenante de la reacción.
- Cortar con situación desencadenante.
- Calmar.
- Evitar argumentar, no discutir, no quitar la razón.

Falsas atribuciones:

- Ideas de robo, perjuicio, persecución.

Pautas de intervención:

- Ahorrar energía y no seguir discutiendo.
- Calmar angustia.

Desaparición y/o pérdida de objetos. En ocasiones la persona abandona las cosas y lógicamente no se acuerda, culpabilizando a la familia.

Pautas de intervención:

- Vigilarle sin que lo note, para saber dónde esconde las cosas.
- Controlar qué objetos son.

Conductas repetitivas. A veces no paran de preguntar algo, de querer interrumpir una conversación, se ponen muy nerviosos si no se les presta atención; mientras se hallen en la primera fase y si son todavía capaces en la segunda, es positivo dejarles que participen en diálogos y reuniones; hay que hablarles despacio y utilizando frases sencillas diciéndoles directamente la hora que es y relacionándola con la de la comida, la de levantarse, la de acostarse: Son las dos, vamos a comer. Son las ocho, hay que levantarse. Se le muestra por la ventana que es de noche: ¿Ves? Hay que ir para la cama.

Deambulación errante y extra-víos:

- Deambulación errante sin motivo aparente.
- Encontrarse perdido y desorientado.
- Búsqueda de algo familiar.
- Dirigirse a un lugar concreto.

Pautas de intervención: Dotar de elementos identificadores (tarjeta, pulsera, medalla, que llevarán el nombre, apellidos, dirección y teléfono de la persona, así como una frase informando que padece la enfermedad de Alzheimer, pues si en la primera fase puede realizar pequeñas salidas a la tienda, al parque cercano, etc., a veces, al regresar, no reconoce su calle y así es fácil que los vecinos la reorienten. Conviene que las personas que viven cerca, los tenderos, etc., conozcan la situación para que colaboren si llega el caso...

Señalar su habitación, el cuarto de baño, la cocina, la nevera.

Trastorno del sueño:

- Deambulación nocturna.
- Cabezadas diurnas.
- Edad.
- Falta de ejercicio.

Pautas de intervención:

- Evitar dormir de día o si lo hace, lo menos posible.
- Crearle un ejercicio moderado.
- Actividad relajante antes de dormir.
- Si se le sorprende errando por la casa, hay que tratarlo con suavidad, aunque cueste mucho, encaminarle a su habitación, señalarle que es de noche, etc.
- Darle abundantes líquidos durante el día, pero suprimirlos poco antes de acostarse para evitar, en lo posible, que necesite ir al baño durante la noche.

Atención en aseo. Hay que tener en cuenta que una persona enferma de Alzheimer se olvida de su higiene y aspecto físico, por esto la familia debe reconducirla en los hábitos diarios pero no obligando a más, así se evitarán peleas.

Poner tiras antideslizantes en bañera. Si se puede, también barras para sujetarse. Quitar la alfombrilla, causa de caídas por resbalones. Reducir los útiles de aseo a lo más esencial, para no agobiar con muchos objetos distintos: Jabón, esponja, peine, cepillo y pasta de dientes.

Revisar con frecuencia las uñas de manos y pies, se le pueden cortar aprovechando el baño. Es preferible ducharles, pero si quieren baño, no llenar demasiado la bañera, pues les puede causar pánico mucho agua.

Alimentación. Muchos pacientes se olvidan si realizaron las comidas y son capaces de responder que aún no han almorzado, cenado, etc.

a una visita cuando ya lo hicieron y también a la inversa, por ello debe haber una coordinación entre las distintas personas responsables de la persona enferma.

Pautas de intervención:

- Horario fijo.
- Comida fácil de tomar, ya que suelen tener problemas en la deglución; es preferible purés o alimentos que se puedan cortar en trozos pequeños.
- Cubiertos. En el caso de que sea capaz de utilizarlos solo, la persona que le atiende le ayudaría a llevarlos a la boca; con los vasos puede hacerse lo mismo, aunque también depende de reacciones inesperadas.
- Evitar la distracción, por lo que encima de la mesa no debe haber nada más que el plato y vaso.
- Poner solamente el primer plato, ya que si hay varios a la vez puede comenzar por el postre.
- Utilizar platos y cubiertos irrompibles.
- Temperatura media.
- Comprobar condiciones de la dentadura y/o prótesis.
- Ofrecerles, de cuando en cuando, su plato favorito.

Ropa. Algo que nos parece tan sencillo y habitual como vestirse, se convierte en una tarea complicada para una persona enferma de Alzheimer; por ello es preciso seguir algunos pasos.

Pautas de intervención:

- Tener la ropa en el orden en que se le va a poner, ya que muchas veces son capaces de ponerse la ropa interior encima de los pantalones.
- Usar frases como: Mete la mano en este agujero, el pie aquí (señalando el calzado), en el caso de que ya la persona no pueda vestirse por sí misma.
- Preferiblemente cremalleras o velcro que botones o cordones

porque lo primero requiere más tiempo y dificultad, creando en ocasiones tensiones y ansiedad tanto en el paciente como en la persona cuidadora.

— Ropa adecuada a la estación y comprobar por la temperatura de la piel si el paciente tiene calor, frío, ya que él posiblemente no lo note.

CONSIDERACIONES GENERALES

Hasta aquí, todo lo expuesto se refiere más bien a la enfermedad en sí y a las situaciones domésticas que se plantean en el día a día, pero la parte humana, familiar, social e incluso económica tienen una importancia vital que no puede ser obviada.

Cuando una señora comenta, quizás ya resignada, que su marido, con quien compartió más de cincuenta años de felicidad, se ha convertido en un muerto viviente, que no la reconoce, le grita, le amenaza, o cae en una apatía total, la impotencia es el sentimiento más frecuente, porque ni la rabia tiene ya cabida.

Otras veces es un hombre quien no reconoce a su esposa en esa enferma a la que no puede dejar sola en la cocina, por mucho que se empeñe en cocinar aquel plato que tanto le gusta a él, porque la última vez que lo hizo provocó un incendio; una profesora que ahora, en lugar de entregarse a su pasión favorita: leer, investigar, utiliza las tijeras para ir haciendo recortes de las páginas...

Cuando en una familia aparece esta enfermedad sería positivo realizar una reunión en la que se planteara cómo solucionar esta situación inesperada y que no quede todo el cargo en una misma persona, ya que ésta acabaría enfermando de estrés y depresión; además, si es un hombre

el enfermo, suele ser la esposa o hija quien toma la responsabilidad e igualmente, si se trata de una enferma ya de edad, como el marido también es mayor, continúa siendo la hija quien carga con todo el peso.

Si los miembros de la familia trabajan tendrán que requerir la ayuda de una persona a tiempo parcial; si uno de ellos está en casa, será quien atienda a la persona enferma, acordando con la otra parte de la familia, hermanos, cuñados, etc., la colaboración en la tarea pero sin cambiarlo de casa, ya que los cambios de espacio físico le alteran y crean estados de agitación e incluso violencia. Actualmente en el Estado español están comenzando a aparecer centros de día, donde llevar al paciente durante unas cuantas horas diarias, realizando allí también la comida central y teniendo la posibilidad de compartir actividades y juegos con otros enfermos; continuar desarrollando, en la medida de que sea capaz, habilidades que antes de enfermar le agradaban: jardinería, cerámica, ayudar en la cocina en cosas sencillas: limpiar verduras, pelar, aunque es preciso vigilar los cuchillos.

Es misión de la Administración Central y las Comunidades Autónomas articular un servicio de atención y cuidados de enfermos de Alzheimer; la situación es relativamente nueva pero está limitándose al cuidado domiciliario y las residencias geriátricas, que aún no están muy preparadas para este tipo de demencias. Los Centros de día son una solución bastante positiva, pero el paciente no puede ir y volver solo desde su casa; el modelo a ofertar tiene que ser adecuado para responder a las necesidades integrales: interdisciplinar, eficaz y eficiente.

Teleasistencia

Es una ayuda bastante válida para personas que están mucho tiempo solas o que viven sin compañía; de todas formas, cuando la enfermedad avanza, la persona tendrá que ser ingresada ya que es totalmente imposible que pueda cuidarse sola.

Soledad

Si la enfermedad ataca cuando la pareja tiene una edad no muy avanzada, llevan poco tiempo jubilados y proyectaban hacer muchas cosas que no pudieron realizar de jóvenes, el mundo se les viene encima a él o ella al ver a su compañero o compañera de toda la vida así y todavía más si la persona enferma ya tenía una información previa, precisamente por sus inquietudes intelectuales de los síntomas del Alzheimer y empieza a comparar lo que le pasa con lo leído, visto en documentales, escuchado en charlas, etc. Se da cuenta de que esas pérdidas de memoria, esos olvidos, esa agnosia, se parecen mucho a lo que se diagnostica a los enfermos de Alzheimer. ¿Qué hacer? Si se le confirman sus sospechas puede caer en la más absoluta desolación e incluso provocar que piense en el suicidio o que reclame del médico una eutanasia. Si se le disfraza el diagnóstico a la larga se dará cuenta de que se le engañó por compasión, aunque también depende de las características personales y del grado avanzado o no de la enfermedad, porque tal vez le queda poco para entrar en la fase de inconsciencia irreversible.

Entonces esa persona reclama de sus hijos e hijas la colaboración para poder sobrellevar esa tarea; generalmente responden, pero, cuando se queda a solas con ese ser, que unas veces parece no enterarse de nada y otras se

rie sin parar después de, en un descuido, vaciar un armario o ponerse a comer cuando acaba de levantarse de la mesa, revolviendo toda la nevera, o entonces el desánimo es capaz de quebrantar a la persona más entera.

Afortunadamente, como parece que las desgracias unen más que la fortuna, hace algunos años aparecieron las Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer; ellas posibilitan el intercambio, entre familiares, de experiencias, de resultados, como prestar servicios que incidan directamente en las condiciones de vida de los afectados por el problema, etc. Se parte de que la enfermedad no es privativa de determinadas personas sino que le puede tocar a cualquier ser humano.

En las Asociaciones se valoran las repercusiones de la enfermedad en la familia, tanto personales como económicas, siendo ellas las que, a través de su comité jurídico y científico integrado por profesionales de la neurología y el derecho, proporcionan medios a los familiares para buscar soluciones a situaciones de soledad, de problemas de herencia. Realizan charlas y cursos para profundizar en el conocimiento de la enfermedad. Publican revistas. Hacen una labor continuada de implicación de los poderes públicos para que éstos se responsabilicen ante una enfermedad que afecta a gran parte de la ciudadanía y amplíen la oferta de servicios, etc.

EXPERIENCIAS PERSONALES

En la residencia de asistidos y válidos, C y X son dos enfermas de Alzheimer; aunque las dos están entrando en la segunda fase, la primera, C, es más pacífica, X en

cambio, puede agredir, apropiarse del bastón de otra residente o lanzar los alimentos. Por la mañana, C está levantada pero ausente; pese a tener su habitación frente al baño, cuando debe volver no reconoce la puerta aunque ostenta su nombre con grandes letras. Pero la foto de su numerosa familia (12 hermanos/as junto con los padres) es objeto de comentario todos los días, explicando detalladamente quienes son, sus nombres y ella misma muy pequeña en brazos de su madre. Todavía tiene algo de coquetería con su peinado pidiendo que le peinen bien, agradece que le traten con mimo y puede bajar al comedor de válidos acompañada de una señora residente válida. Expresa su cariño a veces de manera un tanto atrevida, acariciando las nalgas de manera repentina y cosas parecidas, pero ya sabemos que las conductas de los afectados de Alzheimer en el aspecto sexual deben interpretarse de manera distinta y sin segundas intenciones.

X es completamente distinta. Pertenece a la categoría de "errantes" y es una lucha diaria que haga la comida del mediodía de una manera, digamos, medianamente normal, aunque sí el desayuno. Hay que vigilar para que no se lleve alimentos a su cuarto y el armario se convierta en un almacén de materia orgánica en descomposición. En ocasiones rechaza tomar la medicación y otras la acepta de buen grado, tanto, que se la puede tener media hora de escolta. Alguna vez defecó en medio de la sala, de repente, antes de que se pudiera hacer nada. Es imposible ponerle ropa interior, de todas formas se trata de una residencia muy confortable donde no pasa ni frío ni calor. Se comunica verbalmente mucho menos que C.

Esto es un pequeño ejemplo de las distintas maneras que tiene la enfermedad de manifestarse en las personas.

UN AÑO PRODUCTIVO PARA LA INVESTIGACIÓN DEL ALZHEIMER

Avances en la investigación del Alzheimer. Primavera 97

Cada año los científicos aprenden más y más acerca de la enfermedad de Alzheimer y 1996 fue un año excepcional. Actualmente sabemos más que nunca de su proceso. Los descubrimientos informan que las posibles intervenciones y su eventual prevención han generado nuevas, diversas y excitantes instrucciones para la investigación en 1997 y años posteriores.

Comienzo del Alzheimer

Cuanto más la enfermedad de Alzheimer afecta comúnmente a los individuos de 65 años y edades superiores, más la gente asume que el proceso tiene un comienzo tardío. Esta asunción cambió en 1996. Varios estudios hallaron que los cambios en el cerebro empiezan mucho antes que la aparición de los signos de la enfermedad, posiblemente 40 años antes que el comienzo de los síntomas. Eric Reiman, MD y colegas en la Universidad de Arizona (Tucson) y el Centro Médico Buen Samaritano en Phoenix, Arizona, usaron una combinación de técnicas de imágenes cerebrales y procedimientos de pruebas genéticas para determinar si los cambios en el cerebro, similares a los contemplados en los individuos con EA, pueden ser detectados en personas con alto riesgo para desarrollar la enfermedad. La tomografía de

Emisión de Positrones (PET), registra las manifestaciones de los diferentes trazos anormales en individuos con el gen APOE ϵ 4, pareciéndose a los contemplados en un cerebro con Alzheimer. Este gen parece ser más responsable de la enfermedad que el gen APOE ϵ 2 o APOE ϵ 3.

Aunque no está garantizado que el APOE ϵ 4 desarrolle posteriormente el Alzheimer, esta investigación es significativa porque demuestra que se puede detectar el comienzo de la enfermedad mucho antes que las células nerviosas sean dañadas.

Los científicos creen que es posible descubrir el modo de interferir en el proceso de la enfermedad e interrumpirlo antes de la aparición del deterioro cognitivo y la pérdida de la memoria. Son necesarios estudios a largo plazo para determinar si los individuos con alto riesgo de padecer Alzheimer pueden eventualmente desarrollar síntomas posteriores.

David Snowdon, Ph. D., y colegas en la University of Kentucky's Sanders-Brown Center on Aging, publicaron también resultados apoyando esta teoría. En una extensión de su estudio sobre las monjas, se descubrió una posible conexión entre una pobre habilidad lingüística en los años jóvenes y la función cognitiva de los últimos años.

Las monjas, que demostraron una escasa técnica en la escritura de sus autobiografías que fueron escritas unos 60 años antes, parecen tener un riesgo más alto para desarrollar los síntomas de Alzheimer tales como la pérdida de memoria y disminución de funciones cognitivas y en aquellas que fallecieron antes del estudio, se encontraron, al realizar la autopsia, anomalías características de un cerebro con Alzheimer: placas y ovillos.

Las religiosas que ofrecieron habilidades superiores en sus autobiografías semejaban tener menor riesgo para desarrollar la enfermedad en una etapa posterior.

“Los resultados de la investigación pueden conducir, eventualmente, al desarrollo de nuevos caminos en el diagnóstico de Alzheimer en una época temprana de la vida”, dijo Zaven Khachaturian, Ph. D., director del Instituto de investigación del Alzheimer de la Asociación Ronald y Nancy Reagan: “Ahora es cuando puede ser prevenido o aplazado y antes que las células esenciales comiencen a morir.” Actualmente la enfermedad sólo puede ser detectada cuando los síntomas de enfermedad empiezan a aparecer.

El futuro de la prevención

Mientras algunos investigadores buscan la manera de detectar más pronto el Alzheimer, otros se preocupan de prevenir el inicio de la enfermedad encontrando modos para proteger las células de individuos que podrían, probablemente, convertirse en víctimas.

Durante el pasado año se realizaron informes relativos a la posible capacidad de los estrógenos para proteger las células nerviosas de los efectos dañinos del Alzheimer. En un estudio financiado por la Alzheimer's Association Richard Mayeux, MD, MSE, y colegas de la Universidad de Columbia, encontraron que las mujeres menopáusicas que tomaban estrógenos como terapia sustitutiva mostraban un riesgo menor para desarrollar la enfermedad que las mujeres que no tomaban dichos estrógenos. Actualmente, muchos investigadores opinan que esos estrógenos pueden, de alguna manera, proteger las células cerebrales de la degeneración y de este modo disminuir los efectos del Alzheimer.

Con objeto de investigar más profundamente esta conexión, el Women's Health Initiative emprendió una Memoria de 6 años que comprobará los posibles efectos protectores del estrógeno en las mujeres postmenopáusicas que pueden tener riesgo de Alzheimer, pero que aún no mostraron síntomas. A las mujeres sanas que participan en el estudio se les evaluará su memoria y capacidad de juicio durante el período del estudio. Si el estrógeno prueba ser más efectivo que el placebo en la protección de las células cerebrales podría convertirse en una útil terapia de prevención.

Juntamente con el estrógeno, los no esteroides y antiinflamatorios (NSAIDs), usados comúnmente como analgésicos, han sido también considerados como una posible medida protectora contra la muerte de las células nerviosas. Un estudio dirigido por Claudia Kawas, MD, en Johns Hopkins School of Medicine, encontró que cuando se comparaban las usuarias de NSAIDs con las de otros analgésicos, como una aspirina o acetaminofeno, parecía que aquéllas tenían un riesgo menor de padecer Alzheimer.

Como esta investigación está basada mayoritariamente en la información estadística, más que en la evaluación directa de las personas afectadas por la enfermedad, la eficacia de NSAIDs no se conocerá hasta que no se completen ensayos clínicos a gran escala.

“Incluso es más alentador que haya un número de investigaciones muy prometedoras respecto a los fármacos para el Alzheimer, incluidos estrógenos y antiinflamatorios, lo que indica que podría ser posible retrasar los síntomas de la enfermedad mediante tratamientos que estarán

disponibles en poco tiempo”, dijo Khachaturian.

Nosotros esperamos superar la actual generación de medicamentos cuyos componentes van dirigidos simplemente a los síntomas de la enfermedad para llegar a los medicamentos que pueden, incluso, ralentizar o parar esta progresión o postergar el inicio.

Postergar el avance, retrasar los síntomas

Hasta que la investigación pueda detectar el Alzheimer años antes de que ocurra la degeneración cerebral y encuentre algún modo de prevenirlo, las terapias que retrasan el inicio continuarán siendo exploradas. Durante el pasado año se realizaron varios progresos de gran relevancia en el desarrollo de los tratamientos para las personas afectadas.

Estudios recientes demuestran que el estrógeno también puede ser efectivo en individuos ya afectados por el Alzheimer. Con la financiación de Alzheimer's Association, Sanjay Asthana, MD, of the US Department of Veterans Affairs and colleagues at the University of Washington, encontró que el estrógeno mejoraba la memoria y atención en un grupo de seis mujeres afectadas de Alzheimer cuando se comparó con otro grupo de seis mujeres igualmente enfermas a quienes se les estuvo suministrando placebo. Cuando se suspendió la terapia, se notó una disminución de la mejoría en las mujeres a las que se les había proporcionado estrógeno. Muchos expertos coinciden en que esos resultados prometedores son aún preliminares; pero ellos demuestran que el estrógeno puede ser igualmente efectivo en el tratamiento de Alzheimer después del inicio.

Poco antes de final de año 1996, un nuevo medicamento-donepezil

hydrochloride (a.k.a. Aricept, o E2020) fue aprobado por el Food and Drug Administration. Donepezil, al igual que el otro fármaco aprobado federalmente, la Tacrina (a.k.a. CognexR), está indicado específicamente en el tratamiento de síntomas asociados comúnmente con el Alzheimer moderado.

Con la administración de donepezil otros fármacos están comenzando a ser considerados como potenciales tratamientos en el Alzheimer. Nuevos componentes y muchos estados de estudios clínicos están continuamente siendo descubiertos. En un futuro próximo se dispondrá de opciones variadas disponibles para los enfermos de Alzheimer.

Hacia dónde avanza la investigación

Respecto a la garantía en el avance de las continuas investigaciones, el Ronald and Nancy Reagan Reserch Institute está trabajando para incrementar el proceso de descubrimiento de nuevos tratamientos para la enfermedad de Alzheimer.

Establecido por la Alzheimer Association el 1 de noviembre de 1995, el Instituto trabaja para reducir el número de afectados de Alzheimer como una extensión de su programa de investigación; mínima duración del sufrimiento en las víctimas de la enfermedad y reducir los costes financieros, psicológicos y emocionales. El Instituto reúne científicos de todo el mundo para apresurarse en el intercambio de información y tecnología.

Para conseguir un buen comienzo de 1997, el Reagan Institute financió recientemente 20 nuevos proyectos de investigación y uno adicional de 40 concesiones fue adjudicado durante los pasados meses.

El cerebro dañado por el Alzheimer puede ser reversible

La destrucción de importantes células cerebrales que ocurre como resultado del Alzheimer puede ser reversible, hecho demostrado en unos nuevos estudios.

El Alzheimer mata poco a poco las células cerebrales implicadas en las funciones cognitivas y el aprendizaje. Hasta ahora, los científicos han creído que el cambio de un cerebro enfermo era irreversible. Pero los investigadores de Genentech, una compañía biotecnológica de San Francisco, están empezando a sospechar lo contrario.

Los investigadores de Genentech dirigen experimentos en ratones cuyos cerebros han sido alterados genéticamente reproduciendo los efectos del Alzheimer. Entonces los investigadores inyectan una sustancia llamada aumento de factor nervioso (NGF), directamente en sus cerebros. A pesar de perder pronto el tercio de las células nerviosas responsables de la memoria y el aprendizaje, los ratones recuperan pronto su función cognitiva.

“Las terapias de apoyo halladas se basan en el principio de incrementar las funciones de las células cerebrales que permanecen sanas”, dijo la directora de las investigaciones, Heidi Philips.

NGF también está siendo estudiado como tratamiento potencial en trastornos nerviosos asociados con la diabetes y las infecciones HIV.

ÚLTIMOS COMENTARIOS

Como dice el eminente neurólogo Martínez Lage, con un poso de amargura, lo más terrible de esta enfermedad es “la pérdida de lo que la persona fue”, añadiendo

también que es urgente controlarlo antes de la próxima década y que, además, es el mal más investigado y que en ningún caso se debe utilizar la biopsia, estamos actualmente en una situación expectante, de ir descubriendo fármacos y abriendo caminos para lentificar la enfermedad, pero, sobre todo, aunque todavía pasará tiempo, prevenir esa tremenda oscuridad en la que cae la mente afectada.

El hecho de que en el Estado español haya unos 400.000 casos y que en Asturias se sitúe el número entre 12.000 ó 15.000, hace que la ciencia se planteé totalmente la absoluta necesidad de evitar que la enfermedad se instale. A partir de los experimentos que se realizan en EE.UU. con estrógenos y que

parecen responder positivamente, las mujeres estaríamos a salvo de un riesgo que, demostrado estadísticamente, nos alcanza en mayor número a nosotras. Pero seguramente ellos no son la panacea o, al menos, no solamente. Porque no se trata de existir más sino de llenar la existencia de vida y el Alzheimer se parece mucho a una muerte viviente, amargando, deprimiendo, crispando y, en consecuencia, anulando a las personas cercanas a la que lo padece.

Es preciso aunar esfuerzos para hallar preventivos; por supuesto hay otras enfermedades igualmente avasalladoras, a veces impredecibles, como ocurre en algunas neoplasias las cuáles, una vez descubiertas, están tan avanzadas que ya

resultan imposibles de curar, pero la tarea debe de diversificarse; hay un buen planten de científicos con una gran misión que cumplir. Ojalá sea pronto realidad esa posibilidad que apunta el doctor Bermejo (*El País*), referente a la aparición de nuevos fármacos en unos tres años —aparte de la tacrina y el donepilo, ya usado en EE.UU.—. Cuando una persona comience a perder memoria se le dará una pastilla y disminuirá el Alzheimer, aunque la curación quedará para dentro de una década. Quien hace esta afirmación es el doctor Zarranz, el cual también valora que es más fácil mejorar la memoria que el movimiento, volviendo nuevamente al referencial de una década para tratar las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- F.L. OCHOA, Elena: *La Enfermedad de Alzheimer*. Ed. Santillana. Madrid, 1996.
- WOODS, Robert T.: *La Enfermedad de Alzheimer*. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1992.
- *El País Semanal*: “Contra las cuerdas”. Reportaje de Malén Álvarez. Núm, 1.102, 9 de noviembre de 1997, Madrid.
- [Http://www.alz.org/medical/ainar/new/lads 97.htm](http://www.alz.org/medical/ainar/new/lads 97.htm). *A productive Year for Alzheimer Research*.
- *Journal of Neuroscience*: “Alzheimer's Brain Damage May Be Reversible”. 11 de noviembre de 1997.
- BERCIANO BLANCO, J.: “Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central”, *Medicina Integral*, 1996.
- *Mnemósine*. Revista de la Asociación democrática asturiana de familias con Alzheimer. Núm 0, Xixón, Asturias.

INTRODUCCIÓN

El enfermo oncológico no es un diagnóstico, ni una referencia identificadora, ni sólo un número asignado en una sala y una cama de hospital cualquiera, es una realidad viva que sugiere, con mucho, los límites más o menos escuetos de un proceso patológico, de una enfermedad. El enfermo es un hombre embarcado en la empresa de seguir viviendo su propia enfermedad con todos los interrogantes inherentes.

Las cosas se complican por las connotaciones de muy diversa índole que acompañan al diagnóstico o que surgen y se suscitan ante la simple mención de la palabra cáncer y, de modo particular, por el hecho de que, con bastante frecuencia, el enfermo se ve abocado al aniquilamiento existencial y a la muerte física.

La palabra cáncer tiene en la sociedad un concepto de invasión, dolor, muerte, abandono, invalidez, de cronicidad.

Es una palabra de gran impacto emocional. Por tanto, es necesario no sólo luchar contra su enfermedad, sino también con la repercusión social.

DEFINIREMOS LO QUE ES EL ENFERMO ONCOLÓGICO

Es una persona afectada de un proceso neoplásico activo, que implica un elevado riesgo de mortalidad y que es subsidiario de un tratamiento específico oncológico que lleva consigo una toxicidad con gran impacto psicológico y físico.

Por tanto la actuación del Auxiliar de Enfermería irá dirigida a proporcionar cuidado al paciente destinado a cubrir sus necesidades biológicas y psicosociales, colaborando con otros profesionales para conseguir mejorar la calidad de vida y lograr un nivel óptimo de integridad y seguridad, teniendo en cuenta:

TRATO HUMANO AL ENFERMO ONCOLÓGICO

Dolores Revilla Temiño

Auxiliar de Enfermería del Servicio de Oncología
del Hospital General Yagüe de Burgos

Las características que definen al enfermo oncológico:

- Portador de una enfermedad grave.
- Portador de una enfermedad crónica.
- Recibe tratamientos muy tóxicos.
- Producen un impacto socio-familiar importante.

La enfermedad en el paciente oncológico tiene repercusiones:

- En su yo físico: padece una enfermedad permanente, sometido a tratamientos y a sus complicaciones.
- En su yo psicosocial: se enfrenta a la información de un diagnóstico y de un pronóstico, pues padece una enfermedad de gran repercusión familiar, social, laboral, económica y que le influye en aspectos psicológicos, sociales, religiosos y laborales.

El paciente que llega por primera vez a una U.O.M., tiene una sospecha diagnóstica pero no tiene información, está en una fase de expectativa diagnóstica, de inquietud, y es necesario una preparación de cara a un futuro diag-

nóstico explicándole las pruebas que se le irán realizando: cuáles son, por qué se le hacen y cuál es el fin. Siempre en un clima de confianza y de seguridad.

La información se dará:

- De una forma gradual, confiando en los recursos de la persona.
- En un ambiente que genere confianza.
- Que el paciente comprenda que se le intenta curar.
- Que se trabaja por él, porque se vaya integrando la enfermedad en su vida.
- Que sea un ambiente de verdad, que él vea que no se le engaña, decir la verdad dignifica al paciente.
- Facilitando el diálogo y los interlocutores, el paciente elige con quién hablar y de qué hacerlo.
- Nosotros aunque no damos la primera información sí que reforzamos ésta, sabemos que el correcto uso de la información es terapéutico.
- Tenemos que tener presente que estamos en un área mediterránea y que la familia es el centro de referencia. Por lo tanto hay que tenerla en cuenta cuando se

da la información, pero dársela siempre delante del enfermo, que sea coordinada y clara, evitando complicaciones y tutoría.

— La familia puede tener una gran importancia psicoterapéutica si colabora bien con el equipo que atiende al paciente.

FASES DE REACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO ANTE LA INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Primera fase: Negación e incredulidad. No y no, no puede ser verdad. No puede comprender por qué le ha pasado a él y por eso lo niega.

La negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

Segunda fase: Ira y angustia por el impacto emocional de la información y lo que ello supone.

Puede mostrarse agresivo, exigente, descarga su ira hacia sí mismo, hacia la familia, hacia quienes le atienden, hacia su Dios.

Tercera fase: Negociación-pacto: Esta fase es menos conocida, dura poco y es una tregua pasajera en la que el enfermo parece estar más tranquilo, pero en realidad está negociando su curación con su Dios.

Cuarta fase: Depresión.

Quinta fase: Aceptación de una forma serena de la enfermedad, no hay que entender que tiene que ser una fase feliz.

Debemos de indicar que según nuestra experiencia, no todos los pacientes pasan por todas las fases ni alcanzan la última.

Conocer en qué fase se encuentra el enfermo nos permitirá adecuar mejor la ayuda que podamos proporcionarle.

VALORACIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

El Auxiliar de Enfermería debe descubrir qué necesidades fundamentales del enfermo están satisfechas y cuáles no. Para ello es preciso reunir toda la información posible: la observación y la comunicación.

La disponibilidad del Auxiliar de Enfermería es también importante para no dar sensación de prisa, lo que podría ser interpretado como falta de interés por lo que nos dice el enfermo.

La actitud del Auxiliar de Enfermería es el aspecto más importante

— Primeramente se presentará al enfermo dirigiéndose a él por su nombre.

— Adoptará una actitud de aceptación y respeto hacia el enfermo, sin juzgarlo, escuchándolo, dejándole acabar las frases sin interrumpirlo y dándole a entender que seguimos lo que nos dice.

— Mantendremos el contacto visual, mirándolo.

— Ofreceremos una expresión abierta.

— Mantendremos una postura y distancia adecuadas.

— Observaremos el lenguaje corporal, y la expresión facial del enfermo, así como su postura.

El lenguaje no verbal puede ser a menudo más revelador que las palabras de nuestros sentimientos.

El objetivo a alcanzar por el enfermo en este plan de humanizar la asistencia nos lo planteamos como: que sea capaz de expresar sus sentimientos y emociones.

Para ello debemos:

— Responderle siempre con sinceridad.

— Ser más abiertos con él.

— Relatar anécdotas alentadoras de situaciones paralelas a las

que está viviendo él cuando esté desanimado.

— Empatizar con él, haciéndole saber que comprendemos la gravedad de su situación.

— No olvidar que a veces podemos, involuntariamente, frenar los intentos de comunicación del paciente.

El enfermo deberá ser capaz de expresar sus sentimientos y emociones

— Debemos dejarle expresar su indignación y hostilidad.

— Aceptaremos su cólera, sin interpretarlo como algo personal.

— No aumentaremos su sensación de soledad, huyendo de la habitación o no contestando a sus llamadas.

Es posible también, que los temores que tenga a morir, a sufrir y la angustia, sean tan intensos que el enfermo se encierre en sí mismo sin poder expresar sus sentimientos. En ese caso:

— No lo forzaremos a hablar.

— Estaremos alerta a los signos sugestivos de quererse comunicar y al captarles le daremos la oportunidad de que lo haga.

— Contactar con otros profesionales: psicólogo, psiquiatra, capellán, de persistir el enfermo en su actitud. Ésta no es, sin embargo, la práctica habitual en nuestro servicio.

El paciente debe ser capaz de disminuir su sensación de soledad y aislamiento:

Para ello conviene:

— Fomentar las visitas, siempre con el consentimiento del enfermo. El paciente no está solo y en su entorno siempre habrá un equipo asistencial, la familia y los amigos.

— Proporcionarle el máximo de intimidad posible.

— Buscar tiempo para hablar con él y escucharlo.

— Proporcionarle medios para que se comunique: teléfono, papel, TV, radio, etc.

— Animarlo a que realice cualquier actividad de que sea capaz.

En numerosas ocasiones los pacientes han manifestado que a veces valoraban más las conversaciones que teníamos con ellos que los medicamentos que les pudiéramos haber administrado.

De todo esto podemos deducir que el Auxiliar de Enfermería que trabaja en una UOM debe reunir unas características:

— Madurez.

— Optimismo, manteniendo una actitud natural y abierta frente al paciente.

— Debe saber desdramatizar, en lo posible, las situaciones que se producen por el conocimiento del diagnóstico y lo que ello conlleva.

— Discreción hasta el secreto profesional.

— Debe tener conocimientos básicos oncológicos.

— Debe conocer el diagnóstico del paciente, así como saber en qué momento de la enfermedad se encuentra y cuál es su pronóstico.

— Conocer el tratamiento al cual se somete el enfermo, toxicidades y complicaciones que pueden surgir.

— No buscar protagonismo.

HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

— La hospitalización es ya en sí una experiencia que produce ansiedad y predispone al paciente a la depresión.

— Aparte de la ruptura que supone con su entorno, el hospital altera la dinámica de la familia de muchas maneras:

— Se les aparta de la tranquilidad física de su domicilio.

— El ritmo personal y familiar se altera en la dirección y exigen-

cia de los distintos horarios del Centro.

— Se exige un grado de sumisión en los cuidados que obliga al paciente y a su familia a renunciar a su autonomía.

Por ello, se procura realizar, siempre que sea posible, los tratamientos ambulatorios y cuando se recurre a la hospitalización, reducirla al máximo.

Esto determina que la familia del paciente debe asumir una serie de responsabilidades para lograr el bienestar físico y moral del enfermo.

La mayoría de las familias, al principio, no están bien preparadas para enfrentarse con estas responsabilidades nuevas, pero normalmente están predispuestas a hacerlo lo mejor posible.

En nuestro Centro, muchos de los pacientes con el diagnóstico de cáncer son atendidos en el HDO.

HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

Se podría definir como el espacio físico dentro del recinto hospitalario destinado a la asistencia ambulatoria del enfermo oncológico.

Este concepto de asistencia ambulatoria es relativamente nuevo, ya que la creación de los Hospitales de Día es reciente.

Nuestro centro vino condicionado al tipo de pacientes a los que atendemos, ya que se vio la necesidad de disminuir el tiempo de hospitalización de los mismos, ayudándoles de ese modo a sobrellevar mejor su enfermedad, ya que una menor estancia en el hospital favorece una mayor aceptación del problema, es decir, evitar el hospitalismo.

El paciente que acude al HDO es recibido por el Auxiliar de Enfermería, que realiza una labor muy definida:

— Se dirige a él por su nombre.

— Le acompaña a la sala de tratamientos, lugar en el que a

primera hora se realizan las extracciones de sangre de todos los pacientes que van a ser tratados en el día o que requieran ingreso hospitalario.

— Colabora con la enfermera en las extracciones, rotulado y cumplimiento de las muestras.

— Una vez finalizadas las extracciones son cursadas al Servicio de Laboratorio.

— Cuando son recepcionados los resultados, el médico responsable los valora e indica qué pacientes pueden recibir tratamiento de QT.

— Una vez están los tratamientos en la Unidad: indica a los pacientes que vayan ocupando los puestos de tratamiento y colabora con la enfermera en su administración.

— Para amenizar la estancia y distraer a los pacientes durante el período de tratamiento disponemos de medios audiovisuales, así como prensa diaria.

— Igualmente se ofrece a los pacientes: zumos, leche, yogures o flanes. También nos aseguramos de que los pacientes con infusiones IV de varias horas puedan comer, solicitando aquello que les apetezca y sea posible a la unidad de Dietética del hospital.

— Con esto conseguimos, en parte hacer, más llevaderas las horas de permanencia en el Hospital de Día.

Dentro de este pequeño hábitat nos damos cuenta del gran compañerismo que existe entre estos pacientes y del gran respeto que se tienen entre ellos, ya que si uno de ellos, debido a su estado o a la reacción de los citostáticos, no se siente bien y pide que se baje el volumen o se apague el televisor el resto lo acepta sin ningún tipo de protesta, ya que son conscientes del mal rato que está pasando la persona de al lado.

El Hospital de Día Oncológico en nuestro centro incluye además

del área de tratamientos, dos consultas externas, y es igualmente el Auxiliar de Enfermería quien recibe a los pacientes y selecciona la Hª Clínica del mismo para que tenga acceso a ella el médico.

Igualmente indica a los pacientes que ya han sido visitados por el médico, dónde tienen que acudir en virtud de las pruebas solicitadas, comprueba la cumplimentación de los volantes y facilita una nueva cita a los pacientes si es necesario.

Esta relación paciente-HDO no queda encuadrada dentro de un horario, ya que si algún paciente presenta algún tipo de problema disponen del teléfono de la Unidad de Hospitalización, donde se les indica lo que deben hacer.

HOSPITALIZACIÓN

Los cuidados deberán adecuarse a la situación y al pronóstico del enfermo: paciente en tratamiento activo o en tratamiento sintomático, estableciéndose la atención a las necesidades fundamentales.

Una necesidad fundamental: se define como una necesidad vital para mantenerse con vida y asegurar su bienestar.

La actuación del Auxiliar de Enfermería irá encaminada a cubrir estas necesidades básicas.

Acogida:

— El Auxiliar de Enfermería recibe al paciente a su ingreso y le acompaña a su habitación, mostrándole su ubicación en la Unidad.

NECESIDADES BÁSICAS

Los cuidados de la piel y mucosas

Esta necesidad fundamental puede ser alterada por los tratamientos de QT o por la evolución de la enfermedad.

Los tratamientos de QT inciden sobre la integridad de la piel y las mucosas.

Los cambios en la textura y resistencia de la piel, debido a la caquexia, deshidratación, encamamiento, etc. hacen que el riesgo de aparición de problemas dermatológicos sean muy importantes, pudiendo ir desde prurito, producido por una piel seca, hasta la aparición de úlceras por presión.

Haciendo una buena higiene diaria de la piel podemos prevenir cualquier alteración de la misma.

La boca es una fuente de malestar frecuente e intensa en estos pacientes, no sólo por los problemas locales que produce (mucositis), sino por la afectación que tiene sobre otras funciones como la comunicación o la alimentación.

El cuidado de la boca constituye una intervención esencial en el bienestar global.

Es importante indicar al paciente que realice una buena higiene bucal mediante un cepillado diario y, a ser posible, después de cada comida con cepillo de cerdas suaves y dentífrico no irritante. Igualmente indicaremos al paciente en tratamiento con QT, que no debe utilizar la seda dental por el riesgo de sangrado.

Si el paciente se encuentra en fase terminal: será necesario limpiar la boca con torunda y antisépticos.

Los labios deben conservarse perfectamente hidratados ya sea con cremas labiales o cremas hidratantes.

Cuidados de la alimentación y de la hidratación

El acto de comer y beber se considera como un símbolo de salud y actividad.

Cuando esto no es posible, constituye un motivo de angustia y malestar para el paciente y su familia, ya que se asocia a una idea de que si uno no come se muere.

La alteración de la necesidad de comer y beber la encontramos en numerosos momentos de la evolu-

ción de la enfermedad cancerosa. Se debe a los tratamientos y a la enfermedad.

Sabemos que la hospitalización representa un factor negativo para el apetito, debido al cambio de horario, tipo de dietas, presentación de los platos, factores ambientales como los olores, el comer solo y posiciones inadecuadas.

La alteración del gusto la tienen un gran número de pacientes. Padecen una disminución significativa de la apreciación del sabor.

La pérdida del gusto puede afectar a un número elevado de pacientes, irradiados en la región de cabeza y cuello.

Dificultad en la deglución, úlceras en boca y tubo digestivo, garganta seca o irritada después de tratamientos con la QT y la RT si ésta se ha dado sobre el Tórax o cabeza y cuello.

Las náuseas y vómitos anticipatorios aparecen entre los efectos secundarios de la QT más difíciles de soportar y constituyen un factor importante de estrés.

Aconsejamos a la familia que les facilite en el domicilio una dieta que apetezca al paciente, fácil de masticar, que cuiden con detalle la presentación de los platos, inclusive la dieta triturada (las mangas de repostería pueden hacer milagros con los purés).

Servir las comidas en pequeñas cantidades, platos pequeños, varias veces al día.

No se debe olvidar que en algunas circunstancias como en la situación agónica, los cuidados de la boca pueden mejorar y aliviar la sensación de sed, no siendo oportuno forzar la ingesta en estos momentos.

Cuidados en la eliminación

La alteración de esta necesidad puede ser una consecuencia de la enfermedad o su tratamiento.

La localización del tumor puede ser origen de esta alteración (ej.: Ca de próstata: retención urinaria. Ca colon: diarrea o estreñimiento).

El tratamiento por sí mismo puede alterar la necesidad de la eliminación:

— *Ciertos citostáticos:*

— 5Fu: diarrea.

— Alcoloides de Vinca: estreñimiento.

— La RT sobre región abdominal puede ocasionar diarrea y dolores rectales.

En la fase avanzada: la extrema debilidad que se acompaña con disminución de la movilidad y aumento del encamamiento, junto con la utilización de ciertos fármacos para control de otros síntomas (dolor), favorecen la aparición de estos problemas.

En cuanto a la eliminación fecal, es importante conocer el hábito deposicional previo, para poder ofrecer unos cuidados que se ajusten lo más posible a la normalidad de cada enfermo.

Es importante a la hora de valorar la eliminación el favorecer la intimidad del enfermo, así como el responder rápidamente en ayuda a este paciente cuando manifieste el deseo de evacuar.

Aconsejaremos a los pacientes con estreñimiento:

— Aumento de ingesta de líquidos.

— Dieta rica en fibra.

— Que anote cuando hace deposición.

Si el paciente presenta diarrea aconsejaremos dieta astringente y limonada alcalina o zumo de limón.

— Deberá anotar el número de DPS/día.

En la incontinencia urinaria o rectal hay que tener siempre presente las medidas generales de higiene y protección de la piel, valorándola individualmente.

Cuidados de la actividad física

En el paciente canceroso pueden ser numerosas las causas de inmovilidad.

La localización del tumor puede ser el primer obstáculo en la necesidad de movilización, por ejemplo: un tumor a nivel de extremidades inferiores. En la mayor parte de los casos el dolor va unido a la presencia de metástasis óseas y a una incidencia sobre la movilización de los pacientes.

En la fase avanzada la fatiga, la astenia generalizada, y el dolor, convierten cualquier esfuerzo físico en insoportable, provocando dificultades en la movilización.

El Auxiliar de Enfermería debe dirigir sus cuidados a mantener el mayor tiempo posible la autonomía tanto física como mental del paciente.

Para ello es necesario que el paciente participe en sus cuidados, estimulándole a realizar aquellas actividades que pueda llevar a cabo según referencias y posibilidades.

Cuidados del reposo y sueño

— El reposo y el sueño es necesario para la recuperación del cansancio que se produce durante el día.

— La alteración de esta necesidad aparece sobre todo durante el tratamiento, bajo la forma de dificultad para descansar, agotamiento y a veces insomnio.

— En el paciente terminal, las causas que lo provocan son de lo más diverso, desde un mal control de síntomas, hasta los miedos más insospechados.

— La actuación del Auxiliar de Enfermería debe ir encaminada a facilitar el descanso a estos pacientes; hablando con el enfermo podremos averiguar cuál es la causa.

— En cualquier caso, hay que tener en cuenta una serie de factores ambientales que son favorecedores del sueño:

— Ambiente tranquilo y sin ruidos.

— Iluminación adecuada.

— Compañía tranquilizadora (presencia de familiares o amigos) o en su defecto el compromiso de "supervisar" el sueño del paciente, de manera que tenga la seguridad de que siempre y en cualquier momento habrá alguien a quien recurrir cuando lo precise.

— Algunas medidas sencillas, como ofrecer bebidas calientes (leche, tisanas, etc.) antes de dormirse pueden facilitar el descanso.

— Estas medidas, además de ser efectivas por sí mismas, pueden favorecer la expresión de sentimientos y preocupaciones, con el beneficio terapéutico inherente a una comunicación efectiva y empática.

CONCLUSIÓN

1.— Cuidar a pacientes oncológicos forja una conexión íntima entre el personal que los atiende y los miembros de la familia.

2.— Es importante no olvidar a lo largo de todo el proceso sus necesidades emocionales y de comunicación.

3.— Nos deberemos anticipar a sus preguntas y preocupaciones, permitiéndoles sentirse apoyados en una circunstancia en la que se encuentran especialmente estresados, ansiosos y confusos.

4.— La comunicación sirve para romper esa estructura acorazada de la personalidad del enfermo, dominada por la tensión emocional, la angustia, la tristeza, la desesperanza y la soledad, por ello, siempre que sea posible una nota de buen humor está perfectamente indicada para romper esta estructura rígida.

PLANES DE CUIDADOS GENERALES DEL ENFERMO PSIQUIÁTRICO

Flor de Pedro García
Gloria Vallés Angulo

Auxiliares de Enfermería del Servicio de
Psiquiatría del Hospital General Yagüe de Burgos

Los planes de cuidados que voy a intentar explicaros y que espero que comprendáis definen el trabajo que ejercemos con el enfermo mental.

PROPÓSITOS FUNDAMENTALES

1) La enfermería le brinda al paciente el cuidado que él mismo no puede proporcionarse.

2) La enfermería debe abordar al paciente como una persona en su totalidad, que tiene unas determinadas conductas o problemas, no hay que tratarle como alguien carente de identidad, psiquiátricamente etiquetada que puede ser manipulado.

3) El paciente no es un receptor pasivo de cuidados, tanto él como el personal de enfermería deberían trabajar juntos hacia ciertas metas que sean convenientes y deseables. La participación del paciente deberá ser activa, dentro de los límites que representa el nivel de funcionamiento del enfermo.

4) El foco predominante de trabajo con el paciente es su salud, no simplemente la desaparición o disminución de un estado patológico. Esto significa, además, que uno de los objetivos de la terapéutica es que el paciente con el tiempo se independice del hospital. Si no es del todo posible cada paciente deberá alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento e independencia.

5) La salud física y la emocional están interrelacionadas, por tanto, la salud física es una meta conveniente y deseable al tratar problemas emocionales.

El personal de enfermería deberá vigilar que el paciente obtenga nutrición, reposo y ejercicios adecuados.

AMBIENTE TERAPEÚTICO

- Definición.
- Conservación de un ambiente de seguridad.
- La relación de confianza.
- Ambiente terapéutico.
- Formación de la autoestima.

- Fijación de límites.
- Técnicas de la comunicación.
- Expresión de sentimientos.
- Sexualidad.

DEFINICIÓN

El ambiente terapéutico es aquél que está construido y conservado como un marco ideal y dinámico en el cual se trabaja con los pacientes. En este ambiente el entorno físico tiene que ser seguro, tanto para los pacientes como para nosotros mismos. También se debe reducir el estrés ambiental, como el que produce el ruido y la confusión y el estrés físico provocado por abusos de sustancias o falta de sueño.

Desplazar al paciente de un ambiente estresante a un ambiente terapéutico es una oportunidad para el reposo y el refortalecimiento de su individualidad. Esto permite a los pacientes compartir sentimientos, experiencias y gozar de la integración social.

Un ambiente terapéutico es un espacio de seguridad, una atmósfera no punitiva en la cual se prodigan cuidados.

El personal del equipo de trabajo debe tener conciencia de su propia participación y reducir al mínimo las posturas autoritarias.

CONSERVACIÓN DE UN AMBIENTE DE SEGURIDAD

Un aspecto importante es la exclusión de objetos o la eliminación de circunstancias que el paciente puede utilizar para dañarse asimismo o a los demás.

El personal de enfermería deberá prevenir los peligros usuales en el trabajo cotidiano:

- Desechar todas las agujas para que no queden al alcance del paciente.
- No permitir el uso de cerillas o mecheros.
- No permitir que el paciente fume en las habitaciones (puede estar somnoliento, cuando se le ha administrado medicación psicotrópica.)
- Substraer enjuagues bucales, colonias, lociones, cuando se sospeche de abuso de sustancias.
- No usar recipientes de vidrio (ceniceros, vasos, flores, etc.).
- Asegurarse que los espejos del baño, si son de cristal estén fijos, pegados a la pared.
- Mantener objetos punzo cortantes (tijeras, agujas de tejer, etc.) fuera del alcance de los pacientes y permitir su uso bajo supervisión.
- Usar mientras se pueda rasuradoras eléctricas.
- Buscar posibles armas y equipos peligrosos (cables de electricidad.)
- No dejar olvidados objetos de limpieza (líquidos limpiadores, blanqueadores, etc.) a los que el paciente pueda tener acceso.

— No dejar medicación al descuido, tenerlo bajo llave y no perderlas, ni olvidar cerrar el botiquín.

Estas medidas se llevan a cabo desde el momento en que el paciente ingresa en la unidad, se le registra todas sus pertenencias para eliminar todo lo que potencialmente sea peligroso.

También hay que informar a los familiares de todos los objetos que el paciente no puede disponer de ellos y si se sospecha que alguien pudiera traer algo se le explica brevemente las reglas y se le registran los paquetes.

LA RELACIÓN DE CONFIANZA

El propósito de la relación: se establecen y se definen los papeles que llevarán el personal de enfermería y el paciente.

El paciente puede tener una actitud manipuladora a fin de descubrir los límites de la relación.

La actitud y conducta del paciente pueden variar mucho, desde ser agradable y ansioso de agradar hasta cooperar poco y ser iracundo.

El paciente comienza a confiar en el personal y a enfocar su atención en los problemas o conductas que necesitan modificación.

Durante los momentos de frustración, el enfermo puede revestir esta situación y probar conductas.

Nosotros debemos anticiparnos a esto y evitar el desaliento o la renuncia a la relación.

A medida que el paciente comienza a confiar más en sí mismo, hace planes para su regreso a casa.

FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Así como un cuerpo físicamente sano puede soportar mejor el estrés, la persona que tiene la autoestima elevada o suficiente, estará mejor dotada para enfrentarse a las dificultades emocionales.

Así, una parte esencial del cuidado del paciente consiste en ayudarlo a lograr una suficiente autoestima, con tal fin serán necesarias unas estrategias que en forma individualizada aumenten la autoestima del enfermo.

He aquí algunas sugerencias generales:

- Lograr una relación de confianza con el enfermo.
- Fijar y mantener límites.
- Aceptar al paciente como persona.
- Premiarle por sus logros, aunque sean pequeños.
- Nunca humillar ni deshonrar al paciente.
- Dejar que el paciente tome sus propias decisiones siempre que sea posible.

FIJACION DE LÍMITES

Los límites efectivos pueden proporcionar estructura y un sentido del cuidado que la palabra en sí no puede alcanzar, y también se reducirá al mínimo la manipulación.

1) Establecer las expectativas o el límite lo más claro, directa y simplemente posible. Desde un principio deberán

enunciarse las consecuencias que tendrán los excesos del paciente sobre los límites, no ser indulgente y entregarse a discusiones prolongadas y dar atención indebida a las consecuencias de la transgresión de un límite.

2) Tener en mente que las consecuencias deben ser directas y simples, tener alguna carga sobre el límite, si es posible y convertirlo en algo que el paciente perciba como un desenlace negativo más, no como una recompensa o un factor que produce una ganancia secundaria.

3) La consecuencia deberá ocurrir inmediatamente después que se ha excedido el límite y debe ser consistente, tanto en tiempo (cada vez que se exceda el límite) como en la intervención del personal de enfermería.

4) El enfermo debe percibir la existencia de una razón positiva para que llene sus expectativas; debe haber una recompensa cuando se mantiene dentro de los límites fijados.

Conviene recordar también que un enfermo no necesita que nosotros nos convirtamos en sus amigos, o en personas que le brindan compasión o que son “agradables”.

TÉCNICAS DE LA COMUNICACIÓN

Hay muchas técnicas de la comunicación, a continuación nombraremos algunas:

1.— Hablar con el enfermo de sus sentimientos y no hablar de nosotros mismos, ni de otros pacientes o del resto del personal.

2.— Escuchar al paciente, poner atención a lo que está comunicando en forma verbal y no verbal.

3.— Animar al paciente a que exprese sus sentimientos.

4.— Ser sincero con el paciente.

5.— No emitir juicios.

6.— Usar el nombre del paciente y el de uno mismo.

7.— No tratar de manipular o hacerle parecer tonto.

8.— No discutir con el paciente ni convertirse en participante de una lucha de poderes.

9.— No darle nuestras opiniones, creencias o experiencias personales en relación a sus problemas.

10.— No emitir consejos o tomar decisiones por el paciente, si el consejo es “bueno” el paciente habrá perdido la oportunidad de resolver él solo el problema. Si el consejo es “malo” el paciente ha perdido la oportunidad de aprender el error cometido y que puede sobrevivir aunque tenga errores.

EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

Es importante que el enfermo nos exprese sus sentimientos y alentarle esas expresiones, por ejemplo: el llanto, aunque el enfermo pueda no sentirse cómodo. Nosotros podemos permitir que el paciente exprese sus emociones mediante apoyo verbal directo, o bien con el silencio, permitiéndole el tiempo suficiente para que los exprese o cortar el discurso con comentarios cariñosos.

Los sentimientos del paciente no deben de ser evitados, aunque sean dolorosos debemos animarle a que los exprese, los descargue, llegue a aceptarlos aunque sean negativos, como el odio, la desesperación y la ira.

Al aceptar los sentimientos del paciente, nosotros no necesitamos dar aprobación a todo lo que él dice.

SEXUALIDAD

Por ser básica para todos puede ser un factor que interviene en la vida del paciente de diferentes maneras.

Ciertos aspectos de la sexualidad pueden representar un problema para el paciente: puede ser impotente o estar en la menopausia, puede sentirse culpable por masturbación o relaciones extramaritales, puede estar descubriendo sentimientos de homosexualidad y se siente incómodo de aceptarlos, también se puede encontrar haciendo adaptaciones en sus hábitos o actividad sexual, como la primera relación, el matrimonio o la pérdida de la pareja sexual.

Puede que el enfermo no se percate de su enfermedad sexual.

Por último, puede haber actividad sexual o conversaciones dentro de la unidad y, por tanto, los pacientes intentan tener relaciones sexuales entre sí, o hacer exhibiciones, o bien ocurre que un paciente se masturbe en presencia de los demás.

Los problemas que causan tales actuaciones pueden manejarse fijando y conservando los límites.

PROCESO DE ENFERMERÍA

El primer paso en el proceso de enfermería, la evaluación, es crucial. Al evaluar la situación de un enfermo, a fin de planear su cuidado en el área de la enfermería de salud mental, son importantes los siguientes factores:

1.— Participación de la familia o de otras personas importantes para él ¿Cómo es la conducta o los problemas que le afectan?

2.— Consideraciones transculturales del enfermo. ¿Cuál es su nivel cultural? ¿En qué clase de ambiente cultural se mueve?

3.— El uso o abuso de sustancias. Considerar el uso de cafeína, tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

4.— Orientación a la realidad. Comprobar cómo se encuentra la memoria para hechos recientes y pasados, lo mismo que la orientación en persona, tiempo y lugar.

5.— Alergias. Es necesario preguntar al paciente o a otras personas allegadas los datos o, si es posible, comprobar en el historial antiguo si tiene antecedentes alérgicos.

6.— Exploración física completa: recordar que el enfermo puede reducir al mínimo, llevar al máximo o no percatarse de sus problemas físicos.

7.— Prótesis. ¿Necesita el paciente ayuda para deambular o para otras actividades cotidianas? ¿Usa el paciente dentadura postiza, y se le olvidó en casa?

8.— Medicamentos que toma el paciente habitualmente.

9.— Ideación suicida. ¿Ha tenido el paciente planes, intentos o actitudes suicidas, o tiene algún antecedente de este tipo?

10.— Síntomas psicóticos. Por ejemplo si está alucinando o delirando.

11.— Agresividad. ¿Tiene el paciente antecedentes o problemas actuales de agresión hacia los demás o hacia sí mismo?

12.— Antecedentes familiares. ¿Ha habido problemas de salud mental en los miembros de la familia del paciente?

13.— Sexualidad ¿Hay algunos aspectos de la sexualidad que estén causando problemas al paciente?

14.— Nivel de actividad. ¿Qué puede hacer el paciente por sí mismo? ¿Cuál es el nivel de actividad psicomotora?

15.— Afecto y talante. Describir el estado de ánimo en general, las expresiones faciales y su actitud.

16.— Capacidad de comunicación. Incluir la índole y el grado de la comunicación verbal o no verbal. ¿Habla en un discurso que sólo tenga importancia y significado para él?

17.— Temblores. Describir la índole, grado y frecuencia de movimientos repetitivos.

18.— Hábitos cotidianos. ¿Qué hace el paciente durante el día? ¿Cómo difieren sus hábitos de los que tenía antes de que comenzaran sus problemas?

19.— Intereses y aficiones. Incluir las aficiones que tenía el paciente antes de que se presentaran los problemas y los que continúan interesándole.

PAPEL PROFESIONAL

La conservación de un papel profesional es esencial para trabajar con los pacientes. Un paciente llega a un medio donde se atiende a la salud en busca de ayuda y no para integrarse en relaciones o interacciones de tipo social.

El paciente necesita de nosotros, no a unos amigos, y por ello no es conveniente simpatizar con él. Como el ambiente terapéutico no es de tipo social, nosotros no tenemos que ofrecer información sobre nuestra persona o los propósitos fundamentales a los pacientes, tampoco debe intentar llenar necesidades propias en la relación entablada.

Lo que importa señalar es que los pacientes deben sentir que nosotros les aceptamos como a unas personas junto con sus conductas y sus problemas.

Por otra parte, ya que la relación terapéutica no es de tipo social, no hay razón para que nosotros hablemos de nuestro estado civil, del domicilio, etc.

Si se diera el caso de que un paciente busque información de naturaleza personal, se responderá que tales informes no son necesarias para los fines terapéuticos.

Las informaciones de esta índole podrían alentar a que se siguiera una relación fuera del hospital, una dependencia del grupo de trabajo después de su alta hospitalaria o podrían poner en peligro al personal si el paciente es agresivo u hostil.



EL YOGUR

LA LECHE DE LA VIDA ETERNA

Sonia R. Casado

Es sano, natural, sabroso, fácilmente digerible y, por regla general, siempre tiene un hueco en nuestro frigorífico. Es el yogur, uno de los derivados de la leche que más éxito tiene entre los consumidores. Además, está recomendado en las dietas de adelgazamiento ya que, por su fácil digestión y su poco contenido en grasa, apenas aporta calorías. Según una antigua tradición, un ángel reveló al profeta Abraham el método para preparar el yogur. La receta se fue extendiendo poco a poco y se vuelve a tener constancia de ella gracias a los pueblos del Oriente Medio y los Balcanes, para los cuales el yogur preside un lugar honorífico en la mesa

El yogur o leche fermentada es, junto con el queso, la crema, la nata y la mantequilla, uno de los productos derivados de la leche. Ésta y los productos lácteos son alimentos ricos en calcio, fósforo, minerales, proteínas de alta calidad biológica y vitaminas A, D, B2 y B12; sin embargo son pobres en hierro, fibra alimentaria y vitamina C.

El yogur es un producto que se obtiene haciendo agriar la leche según un procedimiento originario de los países balcánicos y de la región caucásica. Por lo general, se prepara con leche de vaca, previamente pasteurizada y algo concentrada, para aumentar su extracto seco. Se puede utilizar también leche desnatada, semidesnatada o incluso concentrada para su elaboración y puede añadirse ingredientes como nata, leche en polvo, proteínas lácteas u otras sustancias procedentes de la leche.

El yogur es, pues, leche fermentada, pero no todas las leches fermentadas son yogur. Este producto es una leche acidificada por la acción de ciertas bacterias termofilas específicas que transforman la lactosa en ácido láctico; es decir, el azúcar de la leche se convierte en un ácido. En esta transformación en ácido láctico es cuando

desaparece la casi totalidad de la lactosa; hay personas a las que la leche les resulta indigerible por su contenido en lactosa y, en cambio, toleran muy bien el yogur.

El yogur se prepara reduciendo la leche a la mitad de su volumen y sometiéndola después a la acción de una serie de fermentos. La leche, además de azúcar, lleva grasa y caseína, que es una proteína; ésta cuaja al acidificarse en medio de unos coágulos muy pequeños que, por este hecho, resultan fácilmente atacables por las enzimas del estómago e intestino y por ello se digiere con mucha facilidad. Desde el punto de vista bacteriológico, el yogur se compone de gérmenes en forma de bastones (*lactobacillus bulgaricus*), y en ormas redondas o cocáceas (*streptococcus thermophilus* o *lacticus*) que deben ser simultáneamente puestas en cultivo y encontrarse vivas en el producto puesto a la venta a razón de, por lo menos, 100 millones de bacterias por gramo. Se provoca la fermentación de la leche sembrándola con los mencionados cultivos o gérmenes; a continuación se llenan los recipientes destinados a contenerla y se pasan a estufas de cultivo, en donde permanecen de 2,5 a 3 horas. Los efectos de la fermentación son



Una anécdota curiosa es la del rey Francisco I de Francia (1494-1547), que cuando cayó enfermo, ordenó a sus doctores que descubrieran la fórmula secreta de los Balcanes que gozaba de la reputación de prolongar la juventud y el vigor. Mandó traer inmediatamente un doctor de Constantinopla que llegó con la receta del yogur a palacio. El yogur transformó al rey de tal manera que lo denominó "leche de la vida eterna"



los que confieren el sabor y textura característicos del yogur. Cuando ya está elaborado se conserva en cámaras frigoríficas hasta el momento en que se distribuye a los expendedores. El yogur debe ofrecer un determinado grado de acidez, aroma agradable y una composición bacteriológica integrada por los gérmenes característicos del producto. Su consistencia ha de ser cremosa y espesa, ofreciendo al corte una contextura neta, parecida

a la del flan, brillante, de contornos lisos y sin que aparezca gran cantidad de suero en el fondo o bordes de la sección formada. Si se clava un palillo en la masa éste ha de salir limpio, sin ningún tipo de resto de yogur; la masa debe estar perfectamente adherida y compacta. La acidez debe oscilar entre los 80 y 90 grados Dormic, con un pH de 4,2 a 4,5. La superficie externa del yogur, es decir, lo que está en contacto con el medio ambiente,

debe estar desprovista de moho y de cualquier coloración anómala que contraste con la tonalidad blanquecina o algo amarillenta del producto.

LA LECHE DE LA VIDA ETERNA

Se ha demostrado que el yogur puede hacernos mucho bien en nuestra dieta diaria, ya que presenta una serie de cualidades nutriti-



vas excepcionales para nuestro organismo. El yogur es considerado por muchos especialistas en medicina interna un alimento muy recomendable como parte de una dieta equilibrada, que debe estar compuesta por productos de todos los grupos alimentarios.

Este tipo de leche fermentada tiene una historia muy interesante. Según una antigua tradición, un ángel reveló al profeta Abraham el método para preparar el yogur. La receta se fue extendiendo poco a poco y se vuelve a tener constancia de ella gracias a los pueblos del Oriente Medio y los Balcanes, para los cuales el yogur preside un lugar honorífico en la mesa.

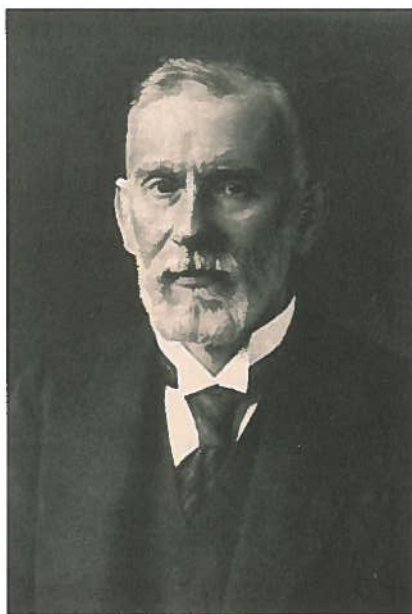
El catedrático ruso en bacteriología y zoología Elie Metchnikoff (1845-1916), que recibió junto a Paul Ehrlich el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, observó que los búlgaros y otros pueblos de los Balcanes que comían yogur a diario vivían más tiempo y eran más vigorosos. Le cautivaron especialmente los campesinos búlgaros quienes, aparte de su yogur diario, llevaban una alimentación bastante pobre y, sin embargo, llegaban a disfrutar de longevidades sorprendentes. "Son fuertes como árboles", escribió.

El catedrático Metchnikoff publicó los resultados de sus investigaciones en su trabajo *The prolongation of Life* que suscitó por primera vez el interés médico por el yogur que ya nunca ha cesado. Las investigaciones de Metchnikoff le convencieron de que el yogur puede favorecer nuestra salud de cuatro modos principales. "No cabe duda", escribió, "de que el yogur posee una cualidad antibiótica natural; constituye un poderoso agente natural contra los gérmenes que puede matar microorganismos nocivos; puede favorecer las bacterias beneficiosas esenciales

y ayuda al organismo a sintetizar la vitamina B".

En la actualidad las investigaciones han corroborado las teorías del catedrático Metchnikoff. Efectivamente, el yogur es suave para la digestión y puede combinarse con alimentos ricos en proteínas, frutas ácidas y semiácidas y constituye un ingrediente principal del aliño para ensaladas. El fermento del yogur descompone el azúcar de la leche, haciendo que el producto sea fácilmente digerible, (de hecho, ya se encuentra parcialmente digerida) a diferencia de la propia leche. Por esta razón está especialmente recomendado para aquellas personas que padecen intolerancia a la lactosa.

La intolerancia a la lactosa contenida en la leche, también denominada hipolactasia primaria en los adultos, afecta a las tres cuartas partes de la población mundial. Alrededor del 20% de las personas con mala digestión de lactosa sufren síntomas gastrointestinales después de su consumo.



Elie Metchnikoff (1845-1916), Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908.

El yogur, sin embargo, hace que desaparezcan estas molestias digestivas. Esto se debe a diversos factores, principalmente a la bacteria ácido láctica del yogur que contiene enzimas capaces de hidrolizar la lactosa, así como a la consistencia espesa del yogur, que retarda el llenado gástrico y el tiempo del tránsito gastrointestinal. De hecho, existen estudios que demuestran una mejora de la intolerancia a la lactosa cuando se consume yogur en lugar de leche.

UN ANTIBIÓTICO NATURAL FRÁGIL

Ochenta años después de los descubrimientos de Metchnikoff, varios investigadores han utilizado la tecnología más avanzada en América para comprobar los beneficios del yogur. En 1988, en la Universidad de Nebraska, el Dr. Khem M. Shahani y sus colaboradores descubrieron que el yogur natural cultivado con *Lactobacillus acidophilus* y *Lactobacillus bulgaricus*, tanto en un caso como en el otro, tiene propiedades antibióticas naturales y antibacterianas notables. Descubrió que el cultivo de *Lactobacillus acidophilus* en el yogur era incluso tan potente que inhibía la acción de bacterias mortales como el estafilococo y el estreptococo. Se demostró, asimismo, que el yogur retardaba otras toxinas y las eliminaba del organismo.

Los *Lactobacillus acidophilus* son un tipo de gérmenes que se encuentran de forma natural en el tracto intestinal de los humanos y en algunas leches fermentadas tradicionales. Estos gérmenes son resistentes a los ácidos y a la bilis y, cuando son ingeridos, pueden ser capaces de sobrevivir a su paso a lo largo del tracto intestinal. Se les considera probióticos, ya que su consumo en ciertas cantidades

YOGUR NORMAL

Valor medio por 100 gramos

Valor energético: 88 kcal (372 KJ)
Proteínas: 3,4 gramos
Hidratos de carbono: 13,6 gramos
Grasas: 1,9 gramos
Calcio: 133 mg.

(21% por unidad. Cantidad diaria recomendada por la CE)

YOGUR DESNATADO

Valor medio por 100 gramos

Valor energético: 35,2 kcal (186 KJ)
Proteínas: 3,9 gramos
Hidratos de carbono: 4,0 gramos
Grasas: 0,1 gramos
Calcio: 133 mg

(21% por unidad. Cantidad diaria recomendada por la CE)

PETIT SUISE

Valor medio por 100 gramos

Valor energético: 128 kcal (186 KJ)
Proteínas: 7 gramos
Hidratos de carbono: 16,7 gramos
Grasas: 3,5 gramos
(2,1 grs. por porción)
Calcio: 120 mg (CDR)



puede proporcionar diversos beneficios para la salud.

A los lactobacillus acidophilus se les atribuyen primordialmente posibles efectos hipocolesterolémicos, antimicrobianos e inmunomodulantes. También desempeñan un importante papel en la prevención del cáncer de colon según estudios que se están realizando actualmente.

En Jerusalén, Israel, tres médicos pudieron comprobar cómo consumiendo yogur desaparecían las migrañas. Realizaron una serie de pruebas mediante unas cápsulas que contenían bacterias ácido lácteas, similares a las que encontramos en el yogur. Se tomó una muestra de 20 pacientes para realizar este experimento. Algunos pacientes padecían hasta 15 o 20 ataques de migraña por mes, según las descripciones aparecidas en *Medical Digest* en agosto de 1969.

Tras los éxitos cosechados por este experimento, otros muchos médicos comenzaron a emplear también la cura de yogur para combatir la migraña. Son muchas las personas que tienen la desgracia de padecer migrañas, sin embargo, el remedio aportado por estos médicos de Jerusalén no puede resultar más adecuado, sencillo y nutritivo a la vez.

Asimismo, los doctores F. Ferrer y L. J. Boyd dieron yogur de ciruelas (yogur natural con trocitos de ciruela cocida en su jugo) a pacientes ancianos con estreñi-

miento crónico. No sólo mejoraron en ese aspecto, sino que los doctores observaron una considerable mejoría general en la salud y el color de la tez de sus pacientes.

FAVORECE LA MICROFLORA BENEFICIOSA

Una de las capacidades más importantes y demostradas de este notable alimento es el modo en que ayuda a que se recuperen las bacterias beneficiosas o microflora, por lo que es un alimento recomendado en caso de diarreas, trastornos intestinales, después de la toma prolongada de antibióticos, etc. Además, parece que el calcio y las proteínas del yogur, por su especial naturaleza, se asimilan con gran facilidad. Incluso hay algunos estudios que demuestran que el yogur tiene efectos beneficiosos sobre los niveles de colesterol.

Estas bacterias beneficiosas son absolutamente esenciales para la salud. Pueden ser fácilmente alteradas o aniquiladas por factores como: agua del grifo, alcohol, estrés, antibióticos, todo tipo de cortisonas, anticonceptivos, etc.

El Dr. Shahani y otros médicos nutricionistas descubrieron que consumir diariamente una cantidad regular de yogur natural ayuda a mantener un entorno estable de protección para la flora intestinal beneficiosa, permitiendo que ésta se desarrolle.

El Dr. Séneca de la Universidad de Colombia llevó a cabo una serie de pruebas en un grupo de pacientes demostrando que, tras haber comido yogur con regularidad durante varios meses, únicamente aparecen bacterias beneficiosas en el tracto intestinal de éstos. De esta forma fueron ratificados los estudios que en su día realizó el catedrático Metchnikoff, en el laboratorio del Instituto Pasteur de París, en los que se obtuvieron exactamente los mismos resultados: la salud del organismo depende en gran medida de la salud de los intestinos.

EL YOGUR EN LA ACTUALIDAD

Actualmente, podemos adquirir yogures en cualquier establecimiento de productos alimenticios, pero hay que prestar atención especial a la calidad, ya que no todas las leches fermentadas que están a la venta son yogur. Muchos yogures comerciales no están preparados al estilo y mediante el fermento apropiados.

Para que el yogur se considere como tal debe contener una cierta cantidad de los microorganismos mencionados anteriormente, lactobacillus bulgaricus y streptococcus thermophilus, cuya acción hace fermentar la leche pasteurizada.

En opinión de Magda Carlas, médico nutricionista, "desde el punto de vista nutricional, 100 gramos de yogur entero aportan unos



3,5 gramos de grasas, 3 de proteínas, 4 de glúcidos, 92 de fósforo, 120 miligramos de calcio, 12 miligramos de magnesio y pequeñas dosis de vitaminas A, E y B, por lo que es bastante hipocalórico en sí. El aporte energético es moderado, sólo 63 kilocalorías. Según el tipo de yogur se le puede añadir además azúcar y aromas o frutas, con lo que su valor nutricional será distinto y su aporte calórico superior”.

“En los yogures desnatados, el aporte proteínico, de minerales o vitamina B es similar a los enteros, pero es inferior en cuanto a energía (35 kilocalorías por 100 gramos), grasas y vitaminas A y E. Están elaborados en parte con leche desnatada, pero conviene tener en cuenta que si llevan azúcares, natas añadidas, frutas y si son mousses o yogures al queso y variedades, su aporte de energía puede ser igual o superior a la del yogur natural entero”, continúa Carlas.

A pesar de que las diferencias son mínimas, debemos cerciorarnos de la clase de yogures, o productos en general, que vamos a consumir, ya que, algunos son sometidos a una serie de tratamientos para desnatarlos o convertirlos en productos *light* que alteran considerablemente las propiedades originales del compuesto y el resultado ya no se puede considerar yogur.

Los yogures normales y los yogures “bios” son leches fermentadas que poseen las mismas propiedades, pero su composición no es idéntica. Magda Carlas opina que “hay ciertos tipos de leche fermentada, como el bio y otros, a los que se les atribuye propiedades laxantes y anti-infecciosas; una serie de estudios al respecto lo corroboran, pero no son suficientes para afirmar dichas virtudes con seguridad. En cualquier caso, estos alimentos pueden ser beneficiosos pero no son medicamentos ni hacen milagros, y en comparación con los yogures normales tienen prácticamente el mismo aporte energético”.

“Los yogures ‘sin nevera’ son en realidad preparados lácteos. Un yogur, por sus características y composición, debe guardarse en el refrigerador”, matiza Magda Carlas.

Según la Doctora Leonor Bonet, especialista en Medicina Interna, “los yogures desuerados del tipo Petit Suisse y las *mousse* de yogur llevan un mayor contenido en grasa que los yogures normales, con lo cual son mucho más hipercalóricos que éstos. Por su composición, no presentan las mismas propiedades que los yogures normales en cuanto que éstos facilitan un adecuado desarrollo del proceso digestivo. Además, no se

les puede denominar yogures propiamente dichos, porque al someterles a tratamientos distintos a los que son sometidos los yogures normales para transformarlos en espuma, cambia su textura y pierden las propiedades peculiares del producto original”.

Según la doctora Bonet, “es conveniente aportar diariamente a nuestra dieta dos raciones de productos lácteos. Una ración equivale a dos yogures convencionales que nos sirven como excelentes antisépticos intestinales”.

“El aporte de productos lácteos a nuestro organismo debe realizarse sobre todo durante el periodo de la pubertad, para compensar la pérdida de matriz ósea que, lógicamente, se producirá durante la edad madura, especialmente en las mujeres. Los yogures y demás productos lácteos nos ayudan a equilibrar la balanza para que en nuestra madurez tengamos las reservas llenas y se compense la desmineralización o déficit hormonal de calcio, fósforo y otros componentes del hueso, que se produce en nuestro organismo”, finaliza Leonor Bonet.

Así pues, podemos considerar al yogur como un magnífico “alimento sano” de extraordinarios beneficios que contribuye, sin lugar a dudas, al restablecimiento del sentido común en nuestra dieta diaria.

COMPOSICIÓN DE LOS YOGURES SEGÚN LA MARCA (Cantidad neta 125 gr.)

Danone natural: leche parcialmente desnatada, leche en polvo desnatada, proteínas lácteas y fermentos lácteos.

Danone natural desnatado: leche totalmente desnatada, leche en polvo desnatada, proteínas lácteas y fermentos lácteos.

Danone griego: leche, nata, leche en polvo desnatada, proteínas de leche y fermentos lácteos.

Mi primer Danone: leche desnatada, nata, azúcar, maltodextrinas, aceites vegetales (*Lactobacillus casei* y otros fermentos lácteos), sales minerales de hierro y Cinc, vitaminas A, D y E.

Bio de Danone con bifidus activo: leche, leche parcialmente desnatada, nata, proteínas lácteas, bifido bacterias y otros fermentos lácteos activos.

Mousse de Danone: yogur natural, leche, azúcar, materias

grasas vegetales, gelatina, emulsionante E-472b.

Actimel de Danone: leche, azúcares, proteínas lácteas, estabilizantes (almidón de maíz y gelatina), fermentos lácteos (fermento de yogur y *Lactobacillus* y gelatina).

Nestlé con lactobacillus LCI: *Lactobacillus* LCI, leche entera, azúcar, fermentos lácteos (*Lactobacilo acidophilus*), leche desnatada en polvo o gelatina.

Sveltesse de Nestlé desnatado: leche desnatada, fruta, fermentos lácteos, proteínas de leche, gelatina, aroma, edulcorantes (acesulfano potásico, aspartano), colorantes E-120, conservantes E-222.

Petit Suisse de Danone: leche desnatada pasteurizada, nata, azúcar, pulpa de fresas, sólidos lácteos, fermentos lácteos, aromas, conservador E-202 y colorante natural E-120.

FLORENCE NIGHTINGALE

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Montse García

“La enfermería se había limitado a la simple administración de medicamentos y a la aplicación de cataplasmas, aunque su verdadero significado debía encontrarse en el uso correcto del aire puro, de la luz, del calor, de la limpieza, del descanso y de la correcta selección y administración de dietas”

Florence Nightingale



Retrato de Florence Nightingale (sentada) y su hermana Parthenope, realizado por William White (Galería Nacional de Londres). Florence trabajó en el hospital militar británico de Scutari durante la Guerra de Crimea convirtiéndose en una heroína nacional; su ejemplo contribuyó a aumentar el respeto hacia la Enfermería como profesión.



En 1974 el Consejo Internacional de Enfermería declaró el 12 de mayo Día Internacional de la Enfermería, conmemorando así el nacimiento de Florence Nightingale, reconocida internacionalmente como la enfermera que logra convertir en práctica común una serie de medidas sanitarias fundamentales que mejoraron considerablemente las condiciones higiénicas de los hospitales, aumentando las posibilidades de mejoría y supervivencia de los ingresados. Nightingale, responsable de la fundación de la primera Escuela de Enfermería, otorgó a esta profesión sus conceptos básicos, convirtiéndola en una profesión definida y con responsabilidades específicas hasta entonces inexistentes

Desde el siglo XIV el acceso de las mujeres a la medicina o la cirugía era cada vez más difícil. Hasta se les prohibió realizar estudios de medicina, e incluso pertenecer a cualquier organización médica. Sin embargo, en los hospitales que se fueron construyendo durante el siglo XIX el equipo básico de enfermería estaba formado por mujeres, aunque mal preparadas y peor pagadas.

La primera reforma en este sentido la realiza el movimiento de las diaconisas, en Holanda, a principios del siglo XIX. En las llamadas "casas madre" se congregaban jóvenes que participaban en obras de caridad, especialmente visitar y cuidar a los enfermos en sus propias casas. El reverendo Theodor Fliedner (1800-1864), pastor de la pequeña parroquia de Kaiserswerth, en Alemania, tuvo conocimiento de la obra que realizaban las diaconisas holandesas y en 1836 funda su propia escuela de diaconisas enfermeras. Después de tres años, las graduadas estaban lo suficientemente preparadas para administrar los medicamentos y cuidar a los pacientes enfermos, ya fueran adultos o niños.

En 1840, Elizabeth Fry, reformadora de prisiones cuáquera (secta

religiosa inglesa) viajó a Kaiserswerth y a su regreso a Londres fundó el Instituto para Enfermeras. Sin embargo, a diferencia de las enfermeras alemanas éstas no recibieron ningún tipo de enseñanza teórica, simplemente eran adiestradas para realizar trabajos prácticos de enfermería en casa.

Asimismo, la Iglesia Anglicana de Inglaterra, especialmente los miembros del movimiento anglo católico, recogió la idea de la enfermería como acto de caridad cristiana. Con este fin, se fundaron varias hermandades, la más famosa era la de St. John's House (1848), que se dedicaba a la preparación sistemática de "damas" anglicanas jóvenes de clase media. En 1856 el St. John's House se encargó de todos los servicios de enfermería del King's College Hospital de Londres, pero sólo enseñaba enfermería básica. Más tarde la hermana Mary Jones fundó su propia escuela de enfermeras que otorgaba el título tras cinco años de estudios.

Pero de todas las mujeres que pasaron por estas instituciones quien más hizo por la enfermería y por instaurar unas medidas higiénicas que mejoraran la situación de los enfermos fue Florence Nightingale.

Nightingale nace el 12 de mayo de 1820 en Inglaterra en el seno

de una familia acomodada, lo que le permite recibir una excelente educación que completa entre 1850 y 1853 siguiendo los cursos que se impartían en el convento Kaiserswerth. Una vez finalizados sus estudios, regresa a Londres rechazando incorporarse a funciones burocráticas y cuando en 1854 estalló la guerra de Crimea, consiguió que el ministro de Defensa, Sir Sidney Herbert, amigo de la infancia, accediera a su petición de acudir al lugar del conflicto, incorporándose a primeros de noviembre al hospital militar de Scutari en Turquía.

En este centro, al que acude con un equipo de 38 enfermeras, la suciedad, las ratas y los mil ochocientos enfermos y heridos compartían el mismo espacio. Florence Nightingale contaba, además, con la animadversión de los médicos, que la consideraban una intrusa, y con la insubordinación de la mitad de las enfermeras que no pudieron superar la disciplina y el ritmo de trabajo que predicaba con su propio ejemplo.

Los heridos apodaron a Florence Nightingale, la Dama de la Lámpara, la dama que lleva un candil de petróleo en una mano y un maletín de cuero en la otra. La dama que sin descanso limpia heridas, revisa apósitos, administra febrífugos para sus calenturas y consuela sus sollozos...



Representación del arsenal terapéutico con que contaba Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea.

A mediados del siglo XIX la mayoría de los hospitales tenían unas condiciones higiénicas precarias y la atención paramédica a los enfermos era llevada a cabo por mujeres escasamente preparadas para esta labor. La mayoría procedían de instituciones religiosas y eran el sentido caritativo y la abnegación lo que sustituían y ocupaban el lugar de la cualificación. Sin embargo, y a pesar de los obstáculos mencionados, Nightingale logró implantar en pocos meses en Scutari las ideas básicas sobre los beneficios de la limpieza en los pasillos, en las paredes y en las camas y la higiene en las personas. Con estas medidas consigue que la mortalidad de los heridos pasara de más del 40% a menos del 10%. Estas medidas higiénicas se traducen igualmente en un descenso del porcentaje de mortalidad cuando el equipo de enfermeras de Florence Nightingale es trasladado al hospital de Renkioi.

Se ha ganado el respeto de todos y cuando en 1856 finaliza la guerra de Crimea, Florence Nightingale regresa a Inglaterra convertida en heroína nacional, aunque evitó todos los honores. Sin embargo, mantiene su preocupación por la formación adecuada de las enfermeras y la necesidad de implantar medidas higiénicas en los hospitales y en los hogares como medida básica en la atención a los enfermos.

A finales del mismo año consigue el apoyo de la reina Victoria, lo que se traduce en la creación de la Comisión Real para la Salud en el Ejército y la Escuela Nightingale para Enfermeras, aneja al Hospital Santo Tomás en Londres que se inaugura en 1860. Nightingale defendió a todos los niveles la necesidad de introducir la luz, el aire limpio, y la higiene en los

hospitales, mejorar la ventilación, la alimentación y la limpieza de los hospitales y los enfermos. De esta escuela salen las primeras promociones de enfermeras de la era contemporánea. Florence Nightingale y la hermana Mary Jones colaboraron para crear el concepto de “enfermería básica” y “enfermería de distrito” que se encargaría de supervisar los cuidados que se prestaban a los enfermos pobres en sus propias casas.

Hasta entonces, la enfermería había sido un oficio mal definido y carente de responsabilidades. Florence Nightingale consideró que era necesario entenderla simultáneamente “como una ciencia, un arte y una profesión, fundada en un espíritu de devoción desinteresada para el cuidado de los enfermos y los necesitados. En 1858 y 1859 publicó sus dos libros fundamentales *Apuntes para la enfermería*, en los que desarrolla sus conceptos básicos, muchos de los cuales siguen vigentes hoy en día.

Algunas enfermeras, graduadas en su escuela, emigraron a otros países donde ellas volvieron a fundar sus propias escuelas de enfermería: en Suecia y en Australia en 1867, en los Estados Unidos en 1873 y en Canadá en 1874. La labor de Florence Nightingale sirvió, asimismo, como inspiración al trabajo realizado por Henri Dunant en la Convención en Ginebra y en 1864 en la Cruz Roja Internacional.

Se alejó pronto de la vida pública, aunque mantuvo hasta el final su escuela de enfermeras y sólo la ceguera pudo con su trabajo, poco antes de morir a los noventa años en 1910. Sus restos reposan en el cementerio parroquial de East Welow, en el condado inglés de Hampshire al haber rehusado expresamente ser enterrada en la Abadía de Westminster y recibir funerales nacionales.



La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, que actualmente se engloban bajo la denominación de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), son enfermedades del mundo desarrollado cuya incidencia en España se ha duplicado de forma alarmante en los últimos años. Las causas que provocan estas enfermedades se desconocen y aún no tienen un tratamiento curativo definitivo, pero se está continuamente trabajando para conseguir fármacos que reduzcan los periodos de actividad de estas enfermedades que, sin ser mortales, resultan muy molestas para aquéllos que las padecen.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar a cualquier porción del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano.

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino grueso o colon.

Son enfermedades nuevas cuya causa es desconocida hasta el momento y que afectan, sobre todo, a gente joven de ambos sexos. Su intensidad y duración es muy variable, pues evolucionan en brotes que se alternan con remisiones, dependiendo de si la

enfermedad está en su fase activa o inactiva.

La enfermedad de Crohn puede afectar a una o más porciones del intestino que se intercalan con otras completamente sanas. Las partes más afectadas suelen ser el intestino grueso y el final del intestino delgado, en porciones muy limitadas formándose úlceras, fístulas, abscesos y estrecheces.

En la colitis ulcerosa se inflama la superficie interna del intestino grueso o mucosa y se forman úlceras más o menos extensas, que confluyen formando una

gran superficie inflamada que sangra fácilmente y genera pus. Normalmente empieza al final del intestino grueso, es decir, en el recto. Muchas veces se queda limitado a este trozo de colon denominándose proctitis. Si la inflamación sube afectando al sigma recibe el nombre de sigmoiditis. También puede afectar al colon ascendente y transversal, colitis subtotal, o afectar a todo el colon, pancolitis. Se ha demostrado que nunca afecta al intestino delgado y raras veces al ano, mientras que la enfermedad de Crohn sí. La gravedad de la

Colitis ulcerosa no sólo es determinada por la extensión, sino también por la intensidad de la inflamación, existiendo cuatro grados de intensidad según el resultado de la colonoscopia. A partir del segundo grado empieza el sangrado de colon.

El primero que describió la enfermedad como tal fue un médico de los Estados Unidos llamado Crohn en 1932. La enfermedad se propagó desde el noroeste hacia el sur de los Estados Unidos y hacia el norte de Europa, extendiéndose posteriormente hacia el centro y sur de Europa. En nuestro país fue casi desconocida hasta los años 80, aunque es en la década de los 90 cuando está aumentando alarmantemente su frecuencia.

La enfermedad de Crohn forma parte, junto con la colitis ulcerosa, de las enfermedades inflamatorias intestinales cuyas causas son desconocidas hasta el momento, aunque sabemos que hay cierta predisposición genética, que no hereditaria, a padecer estas enfermedades y un factor infeccioso, una microbacteria, un virus o uno más de los productos artificiales que se consumen habitualmente con las comidas prefabricadas. Existe también un factor inmunológico; al no funcionar adecuadamente el sistema de defensa del organismo. Puede que el factor inmunológico dependa de los dos primeros factores. También hay otros factores desencadenantes de las crisis entre los que podemos destacar el cansancio, los nervios, la depresión y la ansiedad.

Los síntomas más frecuentes de los pacientes que sufren síndrome de Crohn y colitis ulcerosa son: dolor, diarrea con o sin moco y sangre, estreñimiento, fisuras y úlceras del ano, cansancio, falta de apetito, fiebre, pérdida de peso

y vientre hinchado. Existen otras manifestaciones fuera del intestino como inflamación de los ojos, dolor de articulaciones, placas rojas en la piel y piedras en riñón o la vesícula.

El diagnóstico de ambas enfermedades suele comenzar a hacerse con un cuestionario exhaustivo, análisis de sangre, para calcular la gravedad de la inflamación y el estado de salud del paciente, y de las heces, porque existen igualmente infecciones crónicas por bacterias o parásitos que dan los mismos síntomas. También se realizan radiografías del intestino grueso y, como prueba final, la colonoscopia con la toma de una muestra de tejido afectado (biopsia). En algunas ocasiones los datos no son concordantes y es el desarrollo de la enfermedad lo que confirma el diagnóstico. Otras veces no se sabe si se trata de colitis ulcerosa o de enfermedad de Crohn, aunque esto no es grave porque el tratamiento médico es prácticamente igual. Sólo

cuando haga falta cirugía es importante saber de forma exacta si se trata de Crohn, Colitis Ulcerosa o alguna otra causa indeterminada.

El tratamiento que se aplica a las personas que padecen colitis ulcerosa o Crohn no cura las enfermedades, pero trata de reducir en la medida de lo posible la duración y severidad de los brotes, ya que sin tratamiento la enfermedad puede permanecer activa durante años.

Los medicamentos más utilizados son la 5-ASA en sus diferentes formatos: Claversal, Lixacol y Salazopirina, que resultan útiles cuando la enfermedad está localizada en el intestino grueso o colon y no es demasiado grave, aunque también sirven si hay afectación del ileón. En casos más graves se usan los corticoides (Prednisona, Zamene, Dezacor, Urbasón, Dacortin, etc.), puesto que cortan rápidamente la mayoría de las crisis, pero no se debe abusar de su consumo porque tienen efectos secundarios



Grabado sobre madera inspirado en una pintura italiana del Renacimiento. Representación del sistema gastrointestinal después de una disección. Charles Estienne, S. XVI.

FICHA TÉCNICA



Nombre: Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU).

Dirección: Hileras, 4-4ª planta. Despachos 6 y 7. Madrid 28013.

Teléfono/fax: 91 542 63 26.

Publicaciones: Revista *Crónica* (cuatrimestral).

Donaciones: Credit Lyonnais España c/c: 2008/3213/74/0000006991.

como la obesidad, cara de luna llena, hipertensión, osteoporosis y diabetes. El Flagyl es un antibiótico contra los parásitos intestinales que también va muy bien si hay fístulas anales. Se utilizan, asimismo, inmunosupresores, como el Imurel, cuando no se pueden retirar los corticoides.

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA (ACCU)

Se calcula que en nuestro país puede haber en la actualidad entre 55.000 y 60.000 pacientes con EII, con un ligero predominio de la colitis ulcerosa sobre el Crohn. Estos pacientes cuentan con la ayuda de la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU), que se creó en 1987 en la provincia de Málaga. Desde 1990 la ACCU se extendió en diversas asociaciones en todo el territorio español y en la actualidad cuenta con 5.700 socios.

Jocelyne Favorin, presidenta de la ACCU, explica que “la incidencia de las EII ocurre sobre todo entre los 15 y 30 años y luego con menor proporción entre los 50 y 60 años. La experiencia de otros países donde la enfermedad existe con anterioridad a España demuestra que la mejor ayuda para el paciente proviene de otros pacientes,

mediante asociaciones. En estos momentos están funcionando grupos en 32 provincias españolas y su número aumenta constantemente. Nos reunimos en una asamblea nacional que se celebra anualmente en la que unificamos criterios y líneas de actuación de la ACCU”.

Entre los servicios que la ACCU ofrece para ayudar a sus socios cabe mencionar la psicoterapia de grupo, las charlas que dan los expertos para explicar la enfermedad, el cómo y porqué del tratamiento, los últimos avances que se han producido en medicina y cirugía, las posibilidades de obtener ayuda económica, la explicación de la dieta a seguir, los consejos para llevar una vida más sana, etc.

“La ACCU organiza también actividades para sus socios, como natación, gimnasia, campamentos juveniles y convivencias. Uno de nuestros principales objetivos es concienciar a la población y a las autoridades para que presten más atención a nuestras necesidades y explicarles en qué consisten estas enfermedades, porque aún hoy existen médicos que no las conocen”, prosigue Jocelyne Favorin.

Asimismo, la presidenta de ACCU se muestra contraria a los despidos que sufren algunos afectados por tener la enfermedad, los cuales se ven obligados a pedir

a la Administración la consideración de minusválidos, que generalmente suele ser de un 33%.

“Nuestra asociación colabora con los investigadores a través de encuestas y pruebas que se realizan a nuestros socios. Colaboramos con el Grupo Español de Trabajo para la Investigación de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (GETECCU); además, somos miembros de la Federación Europea de pacientes de Crohn y Colitis Ulcerosa (EFCCA), con la que mantenemos un estrecho contacto para enterarnos de los avances sociales y científicos que se producen en otros países y pueden beneficiarnos”, manifiesta la presidenta de ACCU.

Con respecto a la actitud que muestra la Administración Sanitaria hacia estos enfermos, Jocelyne Favorin explica que “actualmente, existe un colectivo de enfermos crónicos cada vez más grande que convive con su enfermedad durante muchos años y sufren continuas hospitalizaciones, bajas y revisiones médicas, porque la enfermedad no es mortal, por lo menos cuando se trata adecuadamente, pero tampoco hay curación. En consecuencia, se produce una enorme carga en el sistema sanitario, por lo que resulta necesario que el conocimiento de estas enfermedades no sólo se limite a los especialistas, sino que también se amplíe a los médicos de atención primaria, sobre todo porque es una enfermedad sistémica, y no sólo una enfermedad intestinal. Deberían existir más profesionales estomatólogos especializados que se centrasen en ofrecer a los afectados por Enfermedades Inflamatorias Intestinales una calidad de vida lo más óptima posible y adecuar los tratamientos a las necesidades de este tipo de pacientes, ya que en España es escasa esta especialización”.



IX CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



CUIDADOS INTEGRALES MATERNO INFANTILES

Más de doscientos profesionales de la Enfermería se darán cita en el IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería que será organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE). En esta ocasión se celebrará en Cáceres durante los días 8, 9 y 10 de octubre, y el eje central del congreso serán Los Cuidados Integrales Materno-Infantiles. Este congreso contará con la presencia de prestigiosos profesionales especializados en Pediatría, que debatirán los distintos enfoques de los cuidados infantiles.

El IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería se celebrará en la ciudad de Cáceres durante los días 8, 9 y 10 de octubre, bajo el epígrafe Los Cuidados Integrales Materno-Infantiles. Al acto asistirán un elevado número de prestigiosos profesionales especializados en Pediatría, que tratarán los distintos enfoques de esta especialidad para ofrecer a los asistentes los protocolos de actuación a seguir más adecuados en esta materia.

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) será una vez más la encargada de organizar el citado congreso, que contará con la presencia de especialistas de la talla de Pedro Moreno Rivas, Jefe del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres, que se encargará de inaugurar el congreso.

Entre los objetivos que este IX Congreso Nacional de Auxiliares

de Enfermería pretende abordar cabe mencionar la potenciación de la calidad asistencial en las unidades materno-infantiles. Durante el congreso se tratará de que los profesionales unifiquen criterios de actuación profesional, así como destacar la función del Auxiliar de Enfermería como profesional que realiza una labor de cuidado de la educación sanitaria que reciben las madres y la población infantil en general. En este sentido, se debatirán temas relacionados con la coordinación y el apoyo sociosanitario en la atención que se presta a la población infantil, así como el tratamiento de los principales aspectos sociales de la familia como institución básica de la sociedad.

Para María Luisa Barrantes, representante de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) en Cáceres, "el objetivo principal de este IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería es ofrecer una

visión completa de todos los aspectos relacionados con la Pediatría. Por ello, estamos trabajando en un programa científico en el que estarán presentes las cuestiones más relevantes en este campo de la asistencia sanitaria".

Entre los ponentes que intervendrán en este IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería destacan prestigiosos profesionales del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, de Cáceres, en el campo de la Pediatría.

Los pediatras del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Francisco Javier Arroyo Díez y M^a José López Rodríguez, serán los encargados de abrir las ponencias de este congreso abordando temas como el *Protocolo de seguimiento a los niños con síndrome de Down* y la *Alimentación del niño y salud del futuro adulto*, respectivamente.

Por otra parte, el doctor en cirugía pediátrica, Vicente Pitarch

Estévez, desarrollará el *Calendario Quirúrgico de cirugía pediátrica*.

Pedro Vecino Suárez, matron del Centro de Salud de "Aldea Moret" y secretario de la Asociación de Matronas de Extremadura, tratará el tema del *Protocolo de seguimiento y control de la gestante en los centros de Atención Primaria del área de salud de Cáceres*.

Ciudadano integral a la madre joven. Una perspectiva psicológica, será la ponencia defendida por Francisco Javier Alonso de la Torre Nuñez, psicólogo del Centro de Salud Mental (CDEX) de la Junta de Extremadura, consejería de Bienestar Social.

El pediatra del complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, de Cáceres, José Manuel Casas Gil, tratará los *Cuidados de Enfermería en niños con problemas respiratorios*.

Entre otros ponentes también destacan Isabel Orbara González de Galdeano, matrona del Hospital

General Yagüe, de Burgos, y vocal matrona del Ilustrísimo Colegio Oficial de Enfermería de Burgos, que hablará sobre *Cómo vivir una maternidad serena*.

Asimismo, Isabel García Trigo, directora del Centro de Mujeres de Cáceres, abordará el tema de *La violencia doméstica. Causas y consecuencias*.

Por otra parte, el Licenciado en Derecho por la Universidad de Extremadura, Antonio Román Vargas, explicará en su ponencia *La responsabilidad civil y penal del Auxiliar de Enfermería en las áreas materno-infantiles*.

María Luisa Barrantes explica que, "el Auxiliar de Enfermería tiene un peso específico que aumenta progresivamente en la sanidad española. En este sentido, como profesionales, nos estamos colocando en una posición especialmente destacada en lo que se refiere a la atención materno-infantil, por tanto es responsabilidad

de cada uno de nosotros mantener nuestros conocimientos lo más actualizados que podamos".

Según la representante de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería en Cáceres, "la contribución que los Auxiliares de Enfermería pueden realizar a este IX Congreso Nacional tiene igualmente una radical importancia, por lo que su participación directa a través de la presentación de comunicaciones es de trascendental relevancia en este encuentro de profesionales sanitarios. Los interesados en hacer partícipes de sus experiencias a otros compañeros de profesión pueden enviar sus comunicaciones a la sede provincial de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería de Cáceres, para que ésta, tras valorar dichas comunicaciones, comunique a los seleccionados su participación en este IX Congreso nacional y los detalles del mismo".

PROTOCOLO DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES AL IX CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

- Se admitirán comunicaciones que se centren en aspectos específicos en relación con el tema central de la convocatoria. La duración máxima de exposición será de 15 minutos.
- Se presentarán en formato DIN A4, mecanografiados a doble espacio con márgenes superior, inferior y laterales.
- Deberán ir precedidos de un resumen de no más de 20 líneas en el que exponga el planteamiento general del trabajo. Se detallarán, asimismo, objetivos, metodología, resultados y conclusiones del trabajo. El resumen ha de ceñirse al contenido del texto definitivo.
- Se podrán adjuntar soportes ópticos (diapositivas, transparencias, vídeos, etc.) para la presentación del trabajo.
- La bibliografía debe incluir, invariablemente, el nombre del autor, el nombre del libro, la editorial y la fecha de publicación del mismo.
- Deberán especificarse con claridad los siguientes datos: título de la comunicación, nombre y apellidos del autor o autores, centro de trabajo, dirección y teléfono de contacto.
- El Comité Científico se encargará de la valoración de las comunicaciones recibidas. Se valorarán los aspectos científicos de las comunicaciones y la repercusión social de las mismas.
- El Comité Organizador comunicará a los autores seleccionados el día y la hora de lectura.
- Los interesados que deseen recibir más información sobre el envío de las comunicaciones, los precios de inscripción y alojamiento, pueden ponerse en contacto con:

Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E)
Juan XXIII nº 37, 5º D. 10005 Cáceres. Tlf. 927 23 37 55- 927 23 71 19



El hombre ha utilizado la arcilla como recurso terapéutico para sanar multitud de dolencias en todas las épocas. Civilizaciones como los egipcios y los griegos usaban los principios purificadores de la arcilla para momificar los cadáveres y para el tratamiento de las fracturas óseas aplicaban vendajes endurecidos por este compuesto. Actualmente, la arcilla, lejos de caer en el olvido, resurge en favor de un público que apuesta por las terapias suaves

La geoterapia es la utilización de diversas arcillas y tierras medicinales como remedio curativo. La arcilla, que es un compuesto químico que contiene, básicamente, todas las sales minerales que precisa el ser humano. Capta los principios vitales del agua, aire y sol, constituyendo uno de los más poderosos agentes de regeneración física, de hecho, los animales se revuelcan instintivamente en arcilla para curar sus heridas y muchos pueblos indígenas la utilizan a menudo para curar un gran número de dolencias y trastornos.

La geoterapia es una ciencia conocida desde los albores de la Humanidad que hoy está enriquecida con aportes de nuevas técnicas naturales. En el Evangelio se mencionan los beneficios de la arcilla en el relato del milagro de Jesús curando a un ciego de nacimiento.

Antiguos tratados médicos manifiestan que ya los doctores egipcios utilizaban la arcilla por vía interna contra las inflamaciones y úlceras, incluso aplicaban los fangos calientes del río Nilo para tratar deformaciones reumáticas. Las propiedades antisépticas de la arcilla eran sobradamente conocidas, no en balde, los embalsamadores la usaban para momificar los cuerpos. Los griegos empleaban para el tratamiento de las fracturas unas vendas endurecidas con arcilla; la usaban normalmente por vía externa para curar, o al menos,

aliviar el dolor. A lo largo de los siglos, personajes como Aviceno, Plinio, Dioscórides y Galeno, entre otros, preconizaron el uso de la arcilla con fines terapéuticos. Fue la utilización de la arcilla lo que hizo célebre al abad Sebastián Kneipp quien, después de haberla aplicado sobre los animales, particularmente caballos atacados de fiebre aftosa, la empleó en terapéutica humana con mucha prudencia.

Eduardo Gallego Duque, especialista en medicina natural, expone en su libro *Las Tierras Medicinales* cual es la composición básica de la arcilla: químicamente, este compuesto contiene las sales minerales que el ser humano precisa: sílice, magnesio y calcio.

Actualmente, la geoterapia constituye una técnica muy utilizada por el público que opta por recurrir a las terapias alternativas para aliviar sus dolencias, por considerarlas más suaves que la farmacología.

PROPIEDADES DE LA ARCILLA

Las propiedades terapéuticas del barro están en sus poderes refrescantes, desinflamatorios, descongestionantes, purificadores, cicatrizantes, absorbentes, calmantes y antibacteriológicos.

Como desinfectante es uno de los más perfectos y poderosos, ya que en lugar de actuar indiscriminadamente como los fármacos, la arcilla húmeda actúa

inhibiendo o anulando el desarrollo de los gérmenes patógenos y favoreciendo la regeneración celular. Es decir, actúa de manera selectiva, por lo que permite curar.

El Doctor Pablo Saz Peiró, médico naturista especializado en hidrología médica, opina que “la arcilla presenta la cualidad de acudir al lugar donde está la enfermedad, como si tuviera capacidad de “discernimiento”, y obstaculiza a los microorganismos favoreciendo al tiempo la reconstitución celular”.

“El poder de absorción de la arcilla es extraordinario, el olor desaparece con la tierra, por lo que se emplea como desodorante corporal. También absorbe las impurezas del organismo, así como otras sustancias tóxicas o que puedan dar sabores desagradables, motivo por el cual se emplea industrialmente para eliminar el mal olor de los aceites o para tratar la margarina como si tuviera color de chocolate. Además, el papel absorbente de la arcilla le permite captar y eliminar elementos no utilizables de la alimentación, así como productos de desasimilación o descamación, ejerciendo esta función incluso en zonas profundas del organismo, por lo que resulta de gran utilidad en medicina”, continúa Pablo Saz. Este poder de absorción es debido a su porosidad, lo que le permite recoger gran cantidad de calor, atraer hacia sí las toxinas acumuladas bajo la piel y lograr de esta forma que sean expulsadas.

El barro de arcilla puede actuar como estimulante de la acción cutánea, hasta el punto de que no sólo depura y sana la piel, sino que favorece la expulsión del ácido úrico acumulado en el organismo a través de ella. De ahí los espectaculares efectos del emplasto de arcilla.

Pablo Saz afirma que “la arcilla es capaz de estimular la radiactividad de los cuerpos sobre los que se aplica si ésta es deficitaria, o de absorberla si es excesiva, como es el caso de los organismos sometidos a irradiación”.

Cuando aplicamos arcilla en las zonas doloridas actúa como calmante y es especialmente útil en las inflamaciones cutáneas superficiales (golpes, quemaduras, picaduras de insectos), en las que actúa como refrescante y desinflamatorio, perdiendo su efecto a medida que se calienta. Además, actúa en las inflamaciones de los órganos internos comportándose como descongestionante, capacidad ésta que aumenta al irse calentando sobre la piel o al aplicarlo en forma de cataplasma caliente.

APLICACIONES DE LA ARCILLA

La arcilla tiene múltiples aplicaciones que variarán según el tipo de barro que estamos utilizando. Puede ser roja, amarilla, gris, verde, blanca, parda y rosa, cada una con sus distintas propiedades e indicacio-

nes, por lo que habrá que buscar la más conveniente para la afección a tratar. La aplicación puede hacerse interna o externamente.

Según la opinión del Dr. Pablo Saz, “por vía oral, la arcilla se emplea en irritaciones, ulceraciones e incluso cánceres del sistema digestivo. La arcilla recubre el área afectada eliminando las células muertas y estimulando la reconstitución, además de neutralizar las sustancias nocivas”.

Asimismo, la arcilla presenta una acción radiante que contribuye a la restitución de un potencial vital para liberar energía latente; es capaz de absorber toxinas, por lo que es de gran utilidad en las intoxicaciones por setas, ácidos químicos y otros venenos que es capaz de neutralizar.

“De forma externa, la arcilla puede aplicarse en forma de compresas y cataplasmas gruesas, frías o calientes, consiguiendo curaciones con asombrosa rapidez. Posee además un gran poder cicatrizante en la piel, que se cura sin dejar apenas señal, lo que se atribuye a su contenido en silicato de aluminio. Ha resultado útil en casos de eczemas, erupciones, heridas con supuración, tumores, osteopatías, fracturas, quemaduras, hemorragias, congestiones y golpes de calor, verrugas, hernias, varices, hemorroides, migrañas, artritis, reuma, ciática, gripe, fiebre, embarazo, transpiración excesiva, cuidado diario de la piel, etc”, prosigue el Dr. Saz.

La arcilla no debe ser considerada una sustancia inocua, ya que puede producir reacciones en nuestro organismo, por eso debe emplearse siempre bajo la supervisión de un profesional en geoterapia, sobre todo cuando su uso es interno. Además, el tratamiento debe realizarse de forma paulatina.

Para conseguir los mejores resultados, la arcilla debe ser un remedio complementario dentro del tratamiento que se utiliza para aliviar la dolencia. Es aconsejable, además, un cambio de hábitos alimentarios y el empleo conjunto de plantas medicinales. Aunque es un remedio muy versátil, pues puede emplearse en casi todos los padecimientos, conviene saber que para lograr una curación con éxito, es necesario ayudarse de otros remedios naturales: alimentación lactoso-vegetariana, hidroterapia, baños de sol, ejercicio físico, entre otros.

No es una panacea, pero es uno de los remedios con mayor número de aplicaciones y alto grado de eficacia que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia, y que hoy está recuperando al mostrarse superior a los tratamientos agresivos convencionales.





CITAS

- “Es necesario tener tanta discreción para dar consejos, como docilidad para recibirlos”.
Duque de la Rochefoucauld.
- “La tontería se coloca siempre en primera fila para ser vista; la inteligencia detrás para ver”. **Carmen Sylva.**
- “El análisis destruye los conceptos. Algunas cosas, las cosas mágicas, han sido hechas para permanecer enteras. Si uno las observa por partes, desaparecen”.
Robert James Walker
- “No hay camino hacia la libertad, la libertad es el camino”. **Mahatma Gandhi.**
- “La vida hay que vivirla y no pasársela discutiendo sobre ella”. **Isabel Adjani.**
- “El que no puede acordarse del pasado está condenado a repetirlo”. **George de Santayana.**
- “Somos más sensibles a los males que aquejan este mundo que a los bienes que lo adornan”.
Cristina de Suecia.
- “Una buena conversación debe agotar el tema, no a sus interlocutores”. **Winston Churchill.**
- “El que ha naufragado tiembla incluso ante las olas más tranquilas”. **Publio Ovidio Nasón.**
- “La envidia es mil veces más terrible que el hambre, porque es hambre espiritual”. **Miguel de Unamuno.**

SOPA DE LETRAS B

S	O	D	R	T	S	S	I	T	E	T	O	C	O	A	D	D	D	E
J	I	A	E	E	Y	I	B	U	C	I	D	O	R	R	F	F	G	S
F	E	I	X	R	D	G	M	C	T	T	G	C	A	T	S	L	J	A
L	M	E	J	E	U	A	C	T	O	A	T	C	P	R	I	A	N	K
K	Y	T	O	E	O	R	Y	U	D	N	R	I	E	O	K	J	R	D
J	E	S	U	P	P	R	G	M	D	H	G	G	Z	S	D	D	O	L
C	V	I	W	F	A	O	E	O	T	A	S	E	O	I	S	L	V	U
E	U	T	H	J	T	I	R	W	N	T	O	I	S	N	A	J	M	
R	A	I	U	R	D	O	I	E	K	Q	E	O	N	T	X	S	X	B
V	E	R	E	Y	J	I	H	S	P	O	P	E	I	R	I	S	Z	A
I	R	T	E	H	O	L	N	E	F	T	E	P	O	E	N	R	L	R
C	A	R	T	O	I	O	O	T	S	A	T	L	A	O	W	R	C	E
A	A	A	O	R	V	R	R	E	O	T	I	J	V	T	L	A	N	S
L	E	T	S	M	X	E	I	Q	R	I	A	O	I	L	E	E	G	F
E	O	I	T	U	F	T	S	U	C	A	I	N	D	A	W	C	X	G
S	D	S	N	S	T	A	L	S	A	D	E	V	F	T	V	L	I	L
D	D	O	R	S	A	L	E	S	M	O	P	T	R	O	S	I	S	K

Localiza los cinco nervios raquídeos.

SOPA DE LETRAS A

A	O	D	E	T	S	S	I	P	O	S	T	E	R	I	O	R	D	M
P	I	A	X	E	Y	I	B	U	C	I	D	E	R	U	F	F	G	U
I	E	I	J	R	D	G	M	C	T	T	G	C	A	M	S	L	J	S
C	M	E	O	E	U	A	C	R	O	A	T	M	P	O	I	A	N	C
O	Y	T	U	C	O	R	N	E	A	N	R	V	E	R	K	J	R	U
P	E	R	W	P	P	R	G	T	D	H	G	M	Z	V	D	D	O	L
O	V	C	T	F	O	O	E	I	T	A	S	A	O	I	S	L	V	O
S	U	O	U	H	S	T	I	N	W	N	T	P	I	T	T	A	J	O
T	A	T	E	R	T	O	I	A	K	Q	E	S	N	R	R	S	X	L
E	E	O	E	Y	E	I	H	E	M	C	M	E	D	I	A	L	Z	A
R	A	R	T	H	R	L	N	T	P	T	E	E	O	O	Q	R	L	T
I	P	R	O	I	O	O	E	O	A	T	O	A	T	U	R	C	E	
O	I	A	S	R	O	R	R	Q	E	T	I	E	V	L	E	A	N	R
R	C	G	T	M	R	E	I	U	G	I	A	P	I	A	A	E	G	A
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L	
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D

Localiza las ramificaciones bronquiales.

SOLUCIONES

D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D	
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H	
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L		
R	O	I	A	S	R	O	R	R	Q	E	T	I	E	V	L	E	A	N	R
R	C	G	T	M	R	E	I	U	G	I	A	P	I	A	A	E	G	A	
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L		
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H	
D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D	
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H	
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L		
R	O	I	A	S	R	O	R	R	Q	E	T	I	E	V	L	E	A	N	R
R	C	G	T	M	R	E	I	U	G	I	A	P	I	A	A	E	G	A	
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L		
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H	
D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D	
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H	
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L		
R	O	I	A	S	R	O	R	R	Q	E	T	I	E	V	L	E	A	N	R
R	C	G	T	M	R	E	I	U	G	I	A	P	I	A	A	E	G	A	
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	I	L	D	T	E	C	X	L		
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H	
D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D	

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

D	O	S	T	A	L	E	S	(S)	O	S	T	R	O	S	I	S	K	
D	O	S	T	A	L	E	S	(S)	O	S	T	R	O	S	I	S	K	
E	L	I	O	I	T	U	F	T	S	A	I	O	I	L	E	E	G	F
A	A	O	R	V	R	R	E	O	T	I	J	V	T	L	A	N	S	
C	A	R	T	O	I	O	O	T	S	A	T	L	A	O	W	R	C	E
I	R	T	E	H	O	L	N	E	F	T	E	P	O	E	N	R	L	R
V	E	R	E	Y	J	I	H	S	P	O	P	E	I	R	I	S	Z	A
R	A	I	U	R	D	O	I	E	K	Q	E	O	N	T	X	S	X	B
R	A	I	U	R	D	O	I	E	K	Q	E	O	N	T	X	S	X	B
E	U	T	H	J	T	I	R	W	N	T	O	I	S	N	A	J	M	
C	V	I	W	F	A	O	E	O	T	A	S	E	O	I	S	L	V	U
E	U	T	H	J	T	I	R	W	N	T	O	I	S	N	A	J	M	
R	A	I	U	R	D	O	I	E	K	Q	E	O	N	T	X	S	X	B
V	E	R	E	Y	J	I	H	S	P	O	P	E	I	R	I	S	Z	A
I	R	T	E	H	O	L	N	E	F	T	E	P	O	E	N	R	L	R
C	A	R	T	O	I	O	O	T	S	A	T	L	A	O	W	R	C	E
A	A	A	O	R	V	R	R	E	O	T	I	J	V	T	L	A	N	S
L	E	T	S	M	X	E	I	Q	R	I	A	O	I	L	E	E	G	F
E	O	I	T	U	F	T	S	U	C	A	I	N	D	A	W	C	X	G
S	D	S	N	S	T	A	L	S	A	D	E	V	F	T	V	L	I	L
D	D	O	R	S	A	L	E	S	M	O	P	T	R	O	S	I	S	K

ESTOS LIBROS TE INTERESAN...



FUNDACION PARA LA FORMACION Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

Valverde, 1 - 28004 Madrid - Tel.: 521 52 24 Fax 521 53 83

RUEGO ME ENVIEN CONTRA REEMBOLSO LOS SIGUIENTES TITULOS:

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

(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma.....)
P.V.P. 590 pts.
(afiliados 490 pts.)

REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA

P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

LOS CUIDADOS DEL ENFERMO TRASPLANTADO

P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

ATENCION A DOMICILIO

P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

* Todos los precios incluyen I.V.A.

OBRA COMPLETA PARA EL CONCURSO-OPOSICION (los tres volúmenes): MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA, CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA, ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD.

P.V.P. 6.500 pts. (afiliados 5.300 pts.)*
(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma).....

TEMARIO DEL CONCURSO OPOSICION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

P.V.P. 4.490 pts. (afiliados 3.490 pts.)

CUESTIONARIO DEL CONCURSO OPOSICION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

P.V.P. 3.490 pts. (afiliados 2.490 pts.)

OBRA COMPLETA (dos volúmenes)

P.V.P. 6.100 pts. (afiliados 4.900 pts.)

Nombre y apellidos.....

Afiliado a SAE: Sí No N° de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.....

Teléfono.....

