



Tabaco: resumen histórico de su consumo

nº 24 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Cuarto Trimestre 2000

► **Teléfonos
móviles
y salud**

► **Los trastornos
psiquiátricos
en los más
jóvenes**

**SEPARATA: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería**

A todos los Auxiliares de Enfermería

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



**PREGUNTE A
SU DELEGADO
ÉL LE INFORMARÁ**



CAUDAL

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.

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

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.



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

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

**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 EXISTENCIA



CONSEJO EDITORIAL
DE NOSOCOMIO

Directora

Dolores Martínez Márquez

Consejo redacción

Ana Escobar Flórez

Redactora jefe

Montse García García

Redacción

Vanessa Valverde
Javier Villoslada

Comité científico

Teresa Soy Andrade
María Ángeles Gómez
José Ángel Peña
Cecilia Dou Marcos

Colaboradores

JOSÉ ÁNGEL PEÑA
BERBÉS ASOCIADOS
PLANNER MEDIA
PULEVA

Edita

FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la Enfermería)
Fuencarral nº 77, 6º izqda.
28004 Madrid
Tels. 91 521 52 24/95
Fax 91 521 53 83
E-mail: fae@futurnet.es

**Redacción,
administración
y servicios comerciales**
Tomás López, 3, 2º dcha.
28004 Madrid
Tels. 91 309 01 02
Fax 91 402 23 25
E-mail: sae@retemail.es

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

EN ESTE NÚMERO

4

TABACO: RESUMEN HISTÓRICO DE SU CONSUMO

LOS FUMADORES CONSTITUYEN EL GRUPO MÁS AMPLIO DE CONSUMIDORES DE UNA SUSTANCIA ADICTIVA A LO LARGO DE TODAS LAS ÉPOCAS HISTÓRICAS.



TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LOS MÁS JÓVENES

ENTRE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES TAMBIÉN SE PRODUCEN ALTERACIONES DE CARÁCTER MENTAL QUE PUEDEN MARCAR SU EXISTENCIA SI NO SON DETECTADAS A TIEMPO.



9

12



PLANTAS MEDICINALES

LA APUESTA POR UN ESTILO DE VIDA SANO ESTÁ EN ALZA, COMO DEMUESTRA LA VUELTA AL CONSUMO DE PRODUCTOS NATURALES QUE EN EL CAMPO DE LA FARMACIA CUBREN LAS PLANTAS MEDICINALES.

PREMIO FAE DE INVESTIGACIÓN

PUBLICAMOS LAS BASES PARA EL V PREMIO FAE DE INVESTIGACIÓN.



41

42

TELÉFONOS MÓVILES Y SALUD

LA POLÉMICA SOBRE SUS POSIBLES REPERCUSIONES EN LA SALUD NO HA TARDADO EN SALTAR. ANALIZAMOS LOS ESTUDIOS SOBRE LOS EFECTOS DE LOS MÓVILES EN NUESTRO ORGANISMO.



ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA

EL CONSUMO DE ALIMENTOS CONSTITUYE UNA NECESIDAD BÁSICA PARA EL SER HUMANO CUYA PREPARACIÓN HA EXPERIMENTADO ADEMÁS NUMEROSAS VARIACIONES PARALELAS A LA EVOLUCIÓN DEL HOMBRE.

48

50

CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN MÁLAGA

DEL 30 DE MAYO AL 1 DE JUNIO LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEBATIRÁN EN EL PALACIO DE CONGRESOS DE TORREMOLINOS LAS CUESTIONES FUNDAMENTALES SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.



Editorial



C

omo en años anteriores, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería celebrará el V Certamen Anual de Investigación dirigido a los Auxiliares de Enfermería/Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería que, como homenaje particular a todos los Auxiliares de Enfermería, se entregará el 12 de mayo.

No podemos por menos que tener a orgullo que cada año sea más difícil fallarlo, ya que cada vez son más los trabajos que se reciben y paralelamente demuestran mayor interés científico.

Este Premio FAE, que aumenta su prestigio institucional cada año, debe ser para nuestro colectivo un importante incentivo, ya que es así como los Auxiliares de Enfermería demostramos indiscutiblemente nuestra imparable formación y nuestro alto nivel profesional. Nivel éste que, a través de la edición de esta revista, ha conseguido que los organismos oficiales reconozcan, ya que desde la FAE nuestra publicación llega a distintas instituciones en las que tenemos constancia de que conocen y leen NOSOCOMIO.

También es tiempo de hablar de nuestro congreso científico anual que en esta ocasión tendrá su sede en Málaga en el mes de mayo y versará sobre la atención a domicilio. El año pasado ya contamos con la asistencia de más de 400 profesionales Auxiliares de Enfermería procedentes de toda España, y en nuestras previsiones se espera, como cada año, superar esta cifra.

Esperamos contar con vuestra participación en cualquiera de los eventos anteriormente mencionados. Éstos cobran sentido en la medida que los Auxiliares de Enfermería participan en los mismos a través de sus trabajos, en el caso del Premio FAE, y sus comunicaciones, ponencias y presencia física en el caso de los congresos científicos.*

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería canaliza en estos actos la profesionalidad y cualificación de los Auxiliares de Enfermería españoles, por lo que su participación en los mismos es, evidentemente, fundamental e imprescindible.

BUZÓN DE SUGERENCIAS

Estimados compañeros:

Ante todo, felicitaros por esta publicación única en nuestro colectivo. En segundo lugar, me gustaría que dicha revista se publicara más a menudo, ya que cuatro números al año me parecen pocos, entendiendo el interés científico y formador que tiene.

Estoy totalmente de acuerdo con vosotros en que es esta publicación para Auxiliares de Enfermería, la que deja constancia de nuestra cualificación académica y profesional, sobre todo cuando uno de los temas más importantes que lleva son los trabajos de nuestras propias compañeras en la *separata*.

Enhorabuena sobre todo por esto a las compañeras que tanta profesionalidad y esfuerzo demuestran y por lo que aprendemos los abnegados lectores y compañeros.

Carmen García Reguera
Auxiliar de Enfermería

Nosocomio:

Quisiera daros la enhorabuena por los cursos a distancia que se están realizando en la FAE y, en los que yo he participado. Esta era una modalidad que nos faltaba para facilitarnos esa formación de la que doy fe, y que en

los hospitales hemos comentado y demandado.

Espero que se sigan realizando con el mismo nivel que hasta ahora y que cada año seamos más las Auxiliares de Enfermería que participemos en ellos.

Por último me gustaría felicitaros por la publicación y animaros a que sigáis ejerciendo esta labor tan importante para la formación continuada de nuestro colectivo de profesionales.

A. F. M.
Auxiliares de Enfermería

Queridos compañeros:

Quiero enviarles mi más sincera enhorabuena, en general, por la labor divulgativa que venís realizando a través de la revista NOSOCOMIO. En particular, me gustaría hacer hincapié en el reportaje publicado en vuestro anterior número: "Las estrellas al alcance de los pequeños".

Asimismo, me gustaría celebrar la idea de instaurar un servicio de estas características por parte del SAS, ya que todo lo que se pueda hacer por facilitar el aprendizaje de los más pequeños, supone una iniciativa de gran valor. Del mismo modo, quiero aprovechar la ocasión para dirigirme a las autoridades competentes

la petición de que servicios como éste se den en todos los hospitales, para que los niños enfermos no vean limitado su derecho a la educación.

Yolanda Martín
Auxiliar de Enfermería



En su afán por mantener una relación estrecha y fluida con sus lectores, NOSOCOMIO ha abierto esta nueva sección donde tienen cabida todas aquellas sugerencias que tengan a bien realizarnos nuestros lectores. En este buzón de sugerencias aparecerán aquellas misivas enviadas a la redacción de NOSOCOMIO con las aportaciones de nuestros lectores. Como ocurre en cualquier publicación, las cartas destinadas a esta sección deberán ajustarse a unas normas concretas: los textos no deben exceder las 30 líneas mecanografiadas. Es imprescindible que estén firmados y que conste en ellos el DNI o pasaporte de sus autores, así como su domicilio y teléfono. NOSOCOMIO se reserva el derecho de publicar tales colaboraciones, así como de resumirlas o extractarlas cuando lo considere oportuno. No se devolverán los originales, ni se facilitará información postal o telefónica sobre ellos. Los interesados pueden dirigir sus cartas a:

NOSOCOMIO - Fuencarral nº 77, 6º izqda. / 28004 Madrid / E-mail: fae@futurnet.es

El tabaco:

resumen histórico de su consumo

José Ángel Peña
Facultativo colaborador de FAE

La primera referencia al tabaco quedó reflejada por Cristóbal Colón, quien en su primer viaje a América describió a hombres y mujeres “con ciertas hierbas secas, metidas en otra también seca, que encienden por una parte y chupan por la otra, y a las que llaman tabaco”.

Por aquella época, el tabaco se consideraba un alucinógeno de origen vegetal que se distribuía

desde Canadá hasta la Patagonia. Otorgado por los dioses, su consumo permitía alcanzar un estado místico.

El tabaco pertenece a la familia de las plantas solanáceas, existen alrededor de 45 especies del mismo, y su principal principio activo es la nicotina.

Los indios precolombinos utilizaban el tabaco en pipa durante sus rituales religiosos o para fines medicinales. Su concentración de

nicotina era muy superior a la de los cigarrillos actuales.

Aunque su forma habitual de consumo era mediante inhalación, también se consumía como bebida, chupado, masticado, comido o inyectado rectalmente por medio de enemas.

Tras el descubrimiento de América, el uso del tabaco se desacraliza y se extiende rápidamente por toda Europa. Su veloz propagación fue debida, en

TEST DE FAGERSTRÖM. DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

Por favor, cumplimente el siguiente cuestionario pensando en lo que hizo en el último mes.

	Puntos
1. Número de cigarrillos que fuma al día:	
<input type="checkbox"/> 1 - 15	0
<input type="checkbox"/> 16 - 25	1
<input type="checkbox"/> > de 25	2
2. Tiempo que transcurre antes de encender el primer cigarrillo:	
<input type="checkbox"/> < de 30 minutos	0
<input type="checkbox"/> > de 30 minutos	1
3. ¿Fuma más durante la mañana?	
<input type="checkbox"/> no	0
<input type="checkbox"/> sí	1
4. Concentración de nicotina por cigarrillo light:	
<input type="checkbox"/> 0,9 - 1,2 mg	0
<input type="checkbox"/> > 1,3	1
5. ¿Le cuesta no fumar en zonas donde se prohíbe?	
<input type="checkbox"/> no	0
<input type="checkbox"/> sí	1
6. ¿Cuando está enfermo fuma?	
<input type="checkbox"/> no	0
<input type="checkbox"/> sí	1
7. ¿Qué cigarrillo le gusta más?	
<input type="checkbox"/> el primero	0
<input type="checkbox"/> otros	1
8. ¿Se traga el humo?	
<input type="checkbox"/> nunca	0
<input type="checkbox"/> alguna vez	1
<input type="checkbox"/> siempre	2

Total de puntos (se considera positivo más de 6 puntos)

TEST DE WISCONSIN. DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

Por favor, responda pensando sobre lo que ocurrió en el último mes.

1. ¿Fuma más de 20 cigarrillos cada día?
2. ¿Fuma el primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse?
3. ¿Experimentó un deseo intenso de fumar en los primeros días que siguieron a un intento de dejarlo?

Se considera positivo con una o más respuestas afirmativas.

parte, por el uso terapéutico que de éste hacían médicos y botánicos. Su uso en el siglo XVI, por tanto, se incrementó considerablemente, sobre todo en capas altas de la sociedad. A partir de 1560 se empleó profusamente como rape (tabaco picado), primero en el tratamiento de enfermedades y más tarde para su disfrute (en el año 1600 el producto se distribuye en forma de hoja, de polvo o

de humo). A partir de 1750 empezó a decaer el consumo del rape y se sustituyó por el cigarrillo, principalmente en España, mientras que en Inglaterra se consumía en pipa.

Durante el siglo XVIII, el tabaco se empleó para el tratamiento de hernias y asfixias utilizando aparatos que permitían la insuflación de humo en el intestino por vía rectal.

En 1828 se aísla la nicotina y se describen efectos nocivos. La popularización del cigarrillo a principios del siglo XX marcó el último hito, el tabaco llega a convertirse en una droga socialmente aceptada de amplio consumo, aunque se han dictado leyes restrictivas frente a su utilización, con el consiguiente abandono de su uso terapéutico en 1950.

PRINCIPALES COMPONENTES DEL TABACO Y SU HUMO

Nicotina	
Monóxido	
Óxido nítrico	
Ácido cianhídrico	
Acroleínas	
Fenoles	
Ácido fórmico	
Formaldehído	
Nitrosaminas:	Nitrosonicotina
Alquitranes:	1,12 benzopireno
	1,2 benzopireno
	3,4 benzopireno
	Benzo-A-pireno
	Criseno
	1, 2, 5, 6 bezantraceno
	6, 7 ciclopentano
	1,2 bezantraceno
	3, 4, 8, 9 dibenzopireno
	3 metilpireno
	3, 4, 9, 10 dibenzopireno
	2 naftol
	2 metilcolantreno



Componentes de la fase gaseosa del humo del cigarrillo. Concentración/cigarrillo

dióxido de carbono		piridina 9 - 93 mg
monóxido de carbono 2 - 20 mg		benceno 3,2 - 15 mg
metano		acrilonitrilo
acetaldehído 18 - 1.400 mg		dimetilnitrosamina 1 - 200 mg
isopreno		etilmetilnitrosamina 0,1 - 10 mg
acetona		dietilnitrosamina 0 - 10 mg
ácido cianhídrico 30 - 200 mg		nitrobenceno
2-butanona		otras nitrosaminas 0 - 20 mg
tolueno		hidracina 24 - 43 mg
acetonitrilo		vinil cloridato 1 - 16 mg
acroleína 25 -140 mg		uretano 10 - 35 mg
óxidos de nitrógeno 10 - 600 mg		formaldehído 20 - 90 mg
amoníaco 10 -150 mg		2-nitropropano 0,73 - 1,21 mg

Componentes de la fase de partículas del humo del cigarrillo

	cantidad total		cantidad total
alquitrán	1 - 40 mg	2,4 dimetilfenol	49 mg
agua	1 - 4 mg	m- y p-cresol	20 mg
nicotina	1 - 2,5 mg	p-etilfenol	20 mg
fenol	20 - 150 mg	sigmasterol	53 mg
catecol	130 - 280 mg	fitosteroles	130 mg
pireno	50 - 200 mg	indol	14 mg
benzo-A-pireno	20 - 40 mg		

Legislación Española sobre el Tabaco

Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo.

Limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población

Se declara al tabaco sustancia nociva para la salud de las personas, por lo que, en situación de conflicto, prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir tabaco en aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectar al derecho de los no fumadores.

En el exterior de los paquetes de tabaco deberá figurar una advertencia sobre los riesgos del consumo del tabaco. Así mismo

figurarán los contenidos en nicotina y alquitrán.

No podrá venderse tabaco en establecimientos sanitarios, escolares o en los destinados, preferentemente, a la atención de la infancia y juventud.

La venta de tabaco en máquinas automáticas sólo podrá realizarse en lugares cerrados, con una advertencia en su superficie frontal, indicativa de que el tabaco es perjudicial para la salud.

Queda prohibido vender o entregar tabaco a menores de 16 años, así como productos que imiten al tabaco o induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud.

En los puntos de venta se instalarán carteles que recuerden esta prohibición.

Se prohíbe a los menores de 16 años el uso de máquinas automáticas de venta de tabaco, responsabilizándose de esta prohibición el titular del establecimiento donde estén situadas.

No se permitirá fumar en:

- Lugares en que exista mayor riesgo para la salud del trabajador, por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.
- Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

Con las excepciones descritas en el apartado siguiente, no se permitirá fumar en:

- Centros de atención social destinados a menores de 16 años.

- Centros, servicios o establecimientos sanitarios.
- Centros docentes.
- Zonas de las oficinas de la Administración Pública destinadas a la atención directa al público.
- Locales donde se elaboren, transformen, preparen o vendan alimentos, estando prohibido fumar a los manipuladores de alimentos.
- Salas de uso público general, lectura y exposición.
- Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.
- Salas de teatro, cinematógrafo y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.
- Ascensores y elevadores.

Se habilitarán zonas diferenciadas para fumadores, y ostensiblemente señalizadas, en cualquier lugar donde exista prohibición de fumar. Si no es posible delimitar lugares alternativos para fumadores, se mantendrá la prohibición de fumar en todo el local.

En los centros y establecimientos sanitarios, la dirección del mismo diferenciará y señalará las áreas específicas donde se permita fumar, que serán, en todo caso, independientes para los usuarios de los servicios, visitantes y personal del centro.

Los titulares de los locales y establecimientos serán responsables del estricto cumplimiento de estas normas. Así mismo, estarán obligados a señalar las limitaciones y prohibiciones, y deberán contar con hojas de reclamaciones a disposición de los usuarios, que habrán de ser informados de la existencia de dichas hojas de reclamaciones.

El incumplimiento de lo dispuesto en el presente Real Decreto será objeto de sanciones administrativas, previa instrucción

del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

Componentes del humo del tabaco

La composición del humo del tabaco no es constante, variando según la zona del cigarrillo que se esté fumando, la presencia o no de filtro, lo apretado del tabaco, etc. También depende del tipo de tabaco y forma de combustión.

- El humo de los cigarrillos es ácido. Al ser la nicotina una base, en un medio ácido se absorbe mal, por lo que los fumadores de cigarrillos deben inhalar el humo para que se absorba la suficiente cantidad de nicotina en la superficie alveolar.
- El humo de las pipas y cigarrillos puros es básico, absorbiéndose con facilidad la nicotina en la boca y en las vías respiratorias altas, no siendo necesaria la inhalación.

Aunque se han identificado miles de sustancias en el humo del tabaco, las más importantes se agrupan en:

1. Carcinógenos

Se localizan en el alquitrán del tabaco.

Algunos carcinógenos necesitan inducción enzimática para actuar, estando ésta condicionada genéticamente, lo cual explica la diferencia de sensibilidad en la población.

2. Irritantes respiratorios

Algunos provocan irritación mecánica por su presencia.

La secreción de moco bronquial puede estar aumentada, pero al haber broncoconstricción y parálisis ciliar, el drenaje bronquial está dificultado.

3. Monóxido de carbono

A las concentraciones en que se encuentra en el humo del tabaco, un máximo del 15% de la hemoglobina, puede transformarse en carboxihemoglobina, que provoca un descenso moderado de la capacidad sanguínea para transportar oxígeno.

4. Nicotina

Es el principio activo del tabaco, causa de la dependencia al mismo, al tratar de mantenerse sus niveles constantes en el organismo.

Mecanismo de acción de la nicotina

La nicotina actúa sobre los ganglios autónomos, que disponen de receptores nicotínicos, estimulando el sistema nervioso autónomo.

También hay receptores nicotínicos en neuronas del sistema nervioso central, estimulando la liberación de dopamina, mejorando la atención y disminuyendo el apetito.

La supresión del tabaco provoca una discreta reacción de retirada (irritación, ansiedad, agresividad, trastornos del sueño, cefalea, amnesia, aumento del apetito, alteraciones gastrointestinales, etc.), que suelen desaparecer en pocas semanas.

La dependencia a la nicotina puede valorarse por procedimientos sencillos, de manera aproximada a través de los test de Wisconsin y Fagerstrom.

Tratamientos de deshabituación al tabaco

Destacan dos procedimientos:

1. Sustitución de cigarrillos por chicles de nicotina (Nicorette)

Son de efectos reducidos, ya que la farmacocinética de la nicotina es diferente.

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABACO

FUMADORES ACTIVOS

Miscelánea

Úlcera péptica
Eritrosis
Leucocitosis periférica
Piel de fumador
Formas anormales de espermatozoides
Daño cromosómico de espermatozoides
Descenso de la fertilidad
Metabolismo de fármacos alterados
Daño vascular grave en mujeres que toman anticonceptivos orales

Cáncer

De cavidad bucal
Faringe, laringe
Esófago, pulmón, páncreas
Riñón y vejiga

Pulmonares

Empeoramiento de la función pulmonar
Enfisema
Bronquitis aguda y crónica
Tos crónica
Disfonía por irritación de las cuerdas vocales

Cardiovascular

Empeoramiento de la angina de esfuerzo
Arteriopatía coronaria
Infarto agudo de miocardio
Muerte súbita
Arritmias cardíacas
Accidentes vasculares cerebrales
Aneurisma aórtico
Arteriosclerosis periférica
Tromboangitis obliterante

Efectos perinatales

Aumento de la mortalidad perinatal
Bajo peso al nacer
Aborto espontáneo
Rotura prematura de la bolsa
Muerte súbita infantil
Anormalidades congénitas
Hiperactividad en la infancia
Aumento del riesgo de cáncer posterior

FUMADORES PASIVOS

Cáncer

Pulmón

Miscelánea

Aumento de ingresos hospitalarios en niños
Otitis medias y sinusitis agudas infantiles
Retraso en el crecimiento

Efectos perinatales

Bajo peso al nacer

Cardiovascular

Empeoramiento de la angina de esfuerzo. Contracciones ventriculares prematuras.

Pulmonares

Empeoramiento de la función pulmonar en niños y adultos
Crisis asmáticas
Infecciones pulmonares
Bronquitis

Tras una "chupada" del cigarrillo, el tiempo pulmón-cerebro de la nicotina es de 7,5 segundos y de forma pulsátil.

La absorción por el procedimiento del chicle a través de la mucosa bucal es más lenta y no pulsátil, no siendo suficientemente gratificante.

2. Sustitución de cigarrillos por parches de nicotina.

(Nicotinell, Nicorette)

Permiten la absorción percutánea.

Enfermedades relacionadas con el tabaco

Actualmente el consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte prematura en el mundo.

Sólomente en Europa se producen alrededor de 750.000 muertes relacionadas directamente con el consumo de tabaco.

En los países desarrollados, el 90% de las muertes por cáncer

de pulmón, el 75% de las muertes por EPOC y el 25% de los fallecimientos por cardiopatía isquémica están causados por el consumo de tabaco, datos alarmantes que deben invitar a la reflexión.

No sólo el problema del tabaco afecta a los fumadores, también existe riesgo por exposición involuntaria de los no fumadores a los productos de ingestión del tabaco (fumadores pasivos o involuntarios).

A young girl with long brown hair and bangs is shown from the chest up. She is wearing a white shirt and is holding a doll in her left arm and a large, brown, fuzzy teddy bear in her right arm. She has a serious expression and is looking directly at the camera. The background is dark and out of focus.

Los trastornos psicológicos afectan también a los más jóvenes

Javier Villoslada

Las patologías psiquiátricas no distinguen la edad del paciente. La niñez y adolescencia no son tampoco ajenas a la aparición de algún tipo de anomalía mental, por lo que en ocasiones los más jóvenes también acuden al psiquiatra o necesitan ser internados en algún servicio de psiquiatría infantil. Sin embargo, la visión tan extendida de que los problemas de los más pequeños son simplemente “cosas de críos” lleva en ocasiones a ignorar auténticas enfermedades mentales. Por este motivo, se hace necesario un conocimiento completo de la cuestión para considerar estas alteraciones como trastornos psiquiátricos desde un primer momento.

Los estudios más recientes realizados para observar el estado de la salud mental en niños y adolescentes han revelado que aproximadamente el 15% de la población infantil y juvenil sufre algún tipo de trastorno psiquiátrico. Este dato demuestra que la salud psiquiátrica es un aspecto fundamental a tener en cuenta durante estas edades. Además, resulta básico recordar que es en esta etapa de la vida cuando el menor está desarrollando sus facetas cognitiva, emocional y social, las cuales determinarán en gran medida su personalidad adulta.

De esta forma, detectar a tiempo cualquier trastorno de la *psique* humana es vital para

poder comenzar a tratarlo adecuadamente desde la infancia. Con una actitud positiva de las personas más cercanas al niño o adolescente y la eficiencia de los profesionales médicos, el tratamiento puede comenzarse a tiempo. Además, controlando estas patologías se puede evitar que incidan en otras desviaciones sociales como pueden ser el alcoholismo, la drogadicción y, en último extremo, el suicidio, que es la segunda causa de muerte entre adolescentes.

La salud mental de los niños

Una de las primeras conclusiones que se puede extraer de los últimos estudios realizados en este campo es que en la actualidad hay más casos de trastornos psiquiátricos que afecten a niños y adolescentes. Por ello, se presenta como cuestión clave la detección de estas anomalías a una temprana edad, cuando el problema todavía puede ser leve y hay posibilidades de controlar su evolución.

Hay que tener en cuenta también la edad concreta del menor. Hasta los catorce años la mayoría de las consultas tienen como protagonista a pacientes varones y están relacionadas con trastornos por anomalías de la atención, como la hiperactividad. También son comunes las visitas al especialista en psiquiatría motivadas por trastornos físicos que pueden acarrear consecuencias psíquicas, como por ejemplo la enuresis (emisión de forma involuntaria y reiterativa de orina más allá de la edad considerada como normal). Muchas veces, padres preocupados porque su hijo sigue "mojando la cama" una vez transcurridos los cinco o seis años de vida motiva

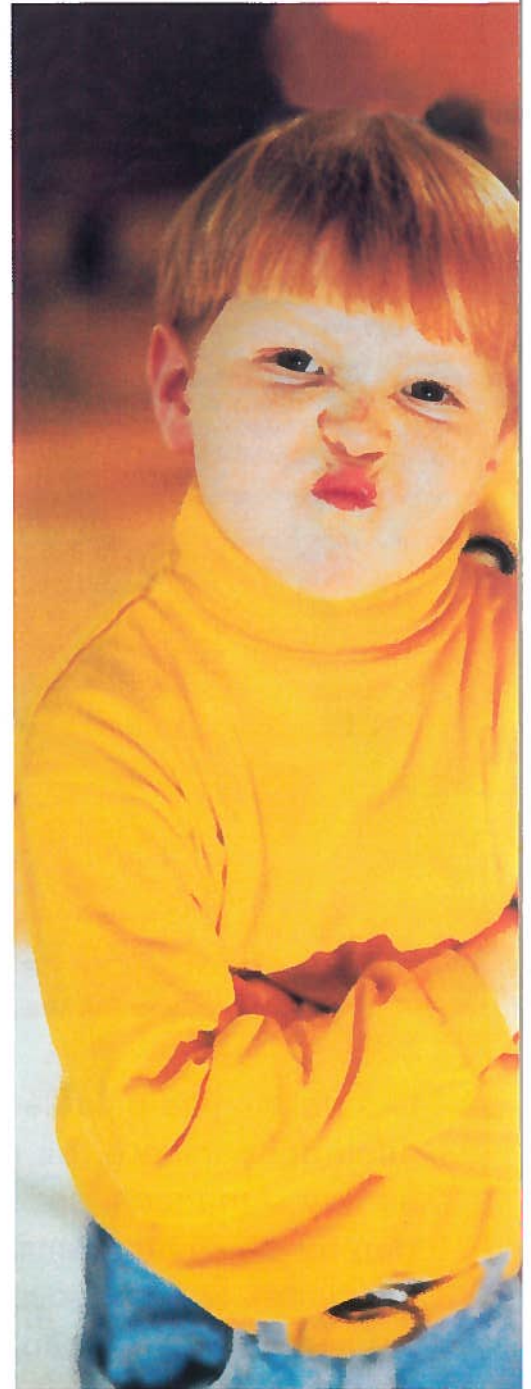
la primera consulta al psiquiatra, por el temor a que este deficiente control de la orina pueda causarle algún tipo de problema emotivo en el futuro.

Entre los trastornos psiquiátricos infantiles se encuentran también problemas sin curación, como el retraso mental, el autismo y la esquizofrenia. Sin embargo, hay que tener también en cuenta que en estos casos, aunque la total recuperación no es posible, sí es importante una detección precoz que permita establecer un tratamiento preventivo que evite su desarrollo.

Los trastornos adolescentes

En la adolescencia los problemas de orden psiquiátrico están más relacionados con actitudes sociales o complejas. Después de los catorce años el paciente tipo suelen ser chicas con trastornos de ansiedad. Otra alteración que empieza a despuntar en estas edades es la del estrés, que sin embargo, suele ser considerada como una alteración exclusiva de los adultos. Puede originarse, por ejemplo, cuando los jóvenes llevan un ritmo de vida con horarios muy constreñidos porque realizan demasiadas actividades programadas cada día.

Pero las dos patologías principales de consulta entre los adolescentes continúan siendo la depresión y la anorexia. La depresión afecta el doble a las chicas por causas relacionadas con los cambios biológicos y psicosociales que experimentan durante la pubertad. En cuanto a la anorexia, sigue afectando sobre todo a las adolescentes, pero la proporción de chicos con este problema ha aumentado a dos casos de cada diez.



Entre los adolescentes se reproducen también con frecuencia trastornos de conducta que pueden dar lugar a actitudes antisociales. En este caso, los problemas más comunes son los relacionados con el alcohol y las drogas, que se están convirtiendo en la principal patología social durante esta etapa. De hecho, los jóvenes se inician cada vez más



temprano en el consumo de sustancias adictivas, lo que supone un aumento de las anomalías sociales y sanitarias.

Diagnóstico y tratamiento

En cuanto a la forma de abordar los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes, se debe diferenciar entre la actuación

del profesional sanitario y el papel de la propia familia del menor. El personal médico debe adoptar la actitud de diagnosticar para luego tratar.

En los menores de hasta cinco años el diagnóstico se basa en la observación, la información que aporte la propia familia y la comunicación no verbal del pequeño. Entre los seis y los once años de edad debe tomarse como referencia de análisis sus manifestaciones lúdicas, plásticas y dramáticas. Finalmente, a partir de los once años se debe diagnosticar atendiendo a las manifestaciones verbales, las pruebas proyectivas y las pruebas de autoaplicación del joven paciente.

El tratamiento más común para los trastornos psiquiátricos sigue siendo la psicoterapia, basada en técnicas de apoyo, sugestión, reeducación... encaminadas a que el menor cambie sus equivocados patrones de actuación y estimule un correcto crecimiento de su personalidad. En el niño se realizan también con frecuencia entrevistas que tienen por objeto modificar su mundo interior. Asimismo, se pueden desarrollar también terapias dentro de la propia estructura familiar, sobre todo, en casos en los que el joven se muestra poco receptivo ante la figura del psiquiatra. En los casos más graves siguen siendo necesarias las terapias en régimen de interno en las unidades hospitalarias de psiquiatría. Son también de gran ayuda para afrontar estas alteraciones los psicofármacos, es decir, los medicamentos destinados al tratamiento de trastornos psiquiátricos.

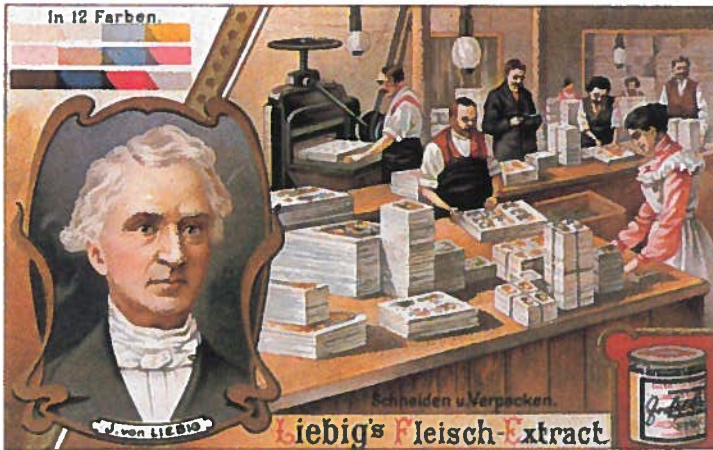
En definitiva, la niñez y adolescencia son también edades propicias a la aparición de cuadros

psiquiátricos. Se hace necesario un conocimiento cercano de las principales anomalías que se pueden presentar y una actitud eficiente de la familia del menor, de forma que el caso sea puesto en conocimiento del especialista en psiquiatría desde un primer momento. Sólo de esta forma se podrán tratar con éxito los trastornos psiquiátricos de los más jóvenes.

Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente



Estos y otros aspectos son objeto de estudio del libro *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*, cuyos artículos han sido coordinados por los doctores José Ramón Gutiérrez Casares, jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, y Francisco Rey Sánchez, jefe de la sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Los métodos de diagnóstico y pautas de tratamiento aplicados en España, así como la experiencia clínica y los últimos hallazgos científicos en este área son materia de tratamiento de esta obra científica.



Un botiquín de plantas medicinales

Montse García



En música, en moda, en gastronomía e incluso en las ofertas de ocio hay una evidente inclinación hacia lo natural, lo étnico o lo ecológico. Se tiende a una búsqueda de “lo natural”, y en el ámbito farmacológico este espacio está cubierto por el consumo de plantas y de hierbas de distintas características que han experimentado un gran desarrollo en los últimos años. Valeriana, manzanilla, ginseng, cola de caballo, verbena, salvia, hipérico... son algunas de las plantas más consumidas como laxantes, sedantes, diuréticos, tonificantes o antiinflamatorios.

La utilización de las plantas, tanto con fines alimenticios como medicinales, se remonta a 3.000 años antes de Cristo. En un principio, el uso adecuado de las mismas provenía del conocimiento empírico y, a través de la teoría del error y del acierto, el hombre fue distinguiendo entre las especies beneficiosas y las dañinas y los efectos que con ambas conseguía.

La historia de la fitoterapia (o tratamiento de las enfermedades con plantas medicinales) pasó por épocas de esplendor (como en la medicina griega y en la árabe) y también por épocas de oscurantismo (fundamentalmente durante la Edad Media).

En la aplicación y consumo de hierbas y plantas medicinales existen dos fuertes corrientes: una enraizada en el conocimiento ancestral y popular (fitoterapia clásica), otra apoyada por la metodología de investigación científica (fitomedicina). En cualquier caso, la fitoterapia, no ha dejado de progresar, ocupando en la actualidad un importante lugar dentro del marco de la salud.

A partir de finales de los años 60 se comienza a avanzar en la búsqueda de nuevos fármacos, aplicándose las recomendaciones de la OMS relativas a la necesidad de validar, química y farmacológicamente, las especies empleadas en medicina tradicional por las diferentes culturas. De hecho, en la actualidad, las principales firmas farmacéuticas del mundo estudian, investigan y desarrollan

nuevos medicamentos provenientes del reino vegetal, ya sea a través del empleo de la planta entera, del aislamiento de sus principios activos o de la hemisíntesis química, tomando como punto de partida una molécula vegetal.

Además, distintos estudios científicos han demostrado las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales y esto, unido a la existencia de fórmulas galénicas cada vez más eficaces, hacen de la fitoterapia un

El catálogo de especialidades farmacéuticas recoge un total de 179 especies botánicas, y hay 400 componentes médicos que tienen en su composición plantas medicinales.

tratamiento más dentro del arsenal terapéutico. El catálogo de especialidades farmacéuticas recoge un total de 179 especies botánicas, y hay 400 componentes médicos que tienen en su composición plantas medicinales. Es decir, el mundo de la fitoterapia no es dentro de la farmacia un mundo marginal. En la efectividad de las plantas medicinales influyen la dosis en la que éstas se consumen y la forma de administración.

De venta en...

Aunque no todas las especies botánicas son plantas medicinales, aquellas que sí lo son deben contar, en opinión del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, con la garantía que ofrece su comercialización en las oficinas de farmacia. Por todo ello, esta organización profesional ha puesto en marcha una campaña de información sobre las plantas medicinales que, enmarcada dentro del programa EDUFAR, pretende contribuir a la educación sanitaria de la sociedad en el conocimiento de las plantas medicinales.

Pedro Capilla, presidente del Consejo General, opina que "las plantas medicinales tienen principios activos que conllevan efectos secundarios e interacciones de distinta índole si se combinan con otros medicamentos o con determinados alimentos. La población está cada vez más concienciada de que las plantas medicinales son medicamentos, y como tales deben dispensarse en la oficina de farmacia. La intención de esta campaña es informar sobre la necesidad de hacer un uso racional de las plantas medicinales".

Miguel Ángel Sánchez, portavoz de los laboratorios Soria Natural, confirma que en los últimos años las plantas medicinales han observado un auge no sólo en cuanto a su consumo, sino en los procesos implicados en la fabricación y presentación de las distintas plantas. "En la actualidad, estamos cuantificando los principios activos de las plantas medicinales y se están

estandarizando éstos. De esta forma, se certifica qué principio es el que produce un resultado concreto. Aunque hasta el momento se conocía qué resultado se conseguía con una planta, no se tenía la certeza de cuál era el principio que lo provocaba”.

Manuel Colorado, presidente de la Asociación Profesional de Herbolarios y Dietética de Madrid, considera que cualquier estudio o investigación que se realice en torno a las plantas medicinales debe ser bienvenida, aunque no admite que desde ciertos sectores de la medicina oficial se quieran minimizar o anular los efectos que se consiguen con la fitoterapia.

“Con algunas plantas se consiguen determinados resultados óptimos y que no podamos demostrar científicamente cómo o por qué no es motivo para no tomar en consideración el resultado que se ha obtenido durante años.”

En cualquier caso, considera que “el organismo está menos preparado para asimilar los productos de síntesis. Los excipientes utilizados en la farmacopea oficial tienen distintos efectos y suponen una acumulación de toxinas en el cuerpo que con el consumo de plantas medicinales no se produce y hay una mejor aceptación orgánica de las mismas.” Miguel Ángel Sánchez señala otras ventajas: no crean adicción, no hay incompatibilidad en el consumo de varias plantas de forma simultánea y, además, el consumo de una planta para solucionar un problema o mejorar una situación y no genera un problema distinto (como ocurre en determinadas ocasiones con algunos medicamentos).



Las formas en las que se pueden encontrar plantas medicinales son muy distintas y se adapta a la naturaleza del producto y a las necesidades de administración del mismo; infusiones, cápsulas de polvo, cápsulas de polvo criomolido, cápsulas de extractos, extractos hidroalcohólicos bebibles, comprimidos, geles o pomadas. Por otro lado, las consultas más frecuentes con respecto a la fitoterapia son las relacionadas con el insomnio y depresión, metabolismo y exceso de peso, estreñimiento, circulación y colesterol.

No obstante, es fundamental la existencia de los fármacos, aunque para Manuel Colorado “debería cambiar la tendencia

actual de consumo. Con la aparición de los primeros síntomas recurrimos a los medicamentos y cuando éstos no consiguen mejorar nuestra situación acudimos a la planta medicinal. Lo ideal sería actuar al contrario porque muchas afecciones menores y que no van a dar lugar a ninguna complicación se pueden solucionar con una planta y dejar el consumo de los fármacos para afecciones más severas en las que sí son imprescindibles”. Ilustra esta opinión con el ejemplo de los antibióticos más comunes utilizados para curar los catarros que matan todo: las células del virus y las sanas del cuerpo. La echinacea, que también cura los catarros, además refuerza nuestro sistema inmunológico y evita la reaparición periódica del catarro.

En cualquier caso, el presidente de la Asociación Profesional de Herbolarios considera que el consumo de plantas medicinales no está exento de la adopción de ciertas precauciones. Cada planta está aconsejada para una afección, en unas dosis específicas y durante un determinado tiempo, y ante el desconocimiento es



mejor contar con el consejo de un experto. Así es como se evitan los posibles efectos secundarios que podrían derivarse del consumo inadecuado de una especie medicinal.

La polémica llega a la legislación

Manuel Colorado aboga por una regulación y la existencia de una normativa eficaz: “impedir que las hierbas medicinales se vendan en los herbolarios sin indicaciones terapéuticas no sólo es negar la evidencia sino también el derecho del consumidor a tener información: si el alpiste

ayuda a regular los niveles de colesterol, el consumidor tiene derecho a saberlo”, afirma.

Tanto desde Soria Natural como desde la Asociación Profesional de Herbolarios se considera que es necesario que el Ministerio de Sanidad redacte la Ley de Plantas Medicinales (que el sector de herbolarios espera desde hace dos o tres años), que simplificaría las cuestiones fundamentales: la consideración de plantas tóxicas, semitóxicas o inocuas, o la preparación que se ha de exigir a los profesionales que comercializan productos fitoterapéuticos. Por su parte, el Consejo de

Colegios Farmacéuticos cree que la Ley del Medicamento es clara al respecto.

La legislación vigente, lejos de aclarar las cuestiones relacionadas con las plantas medicinales, es motivo de polémica para los sectores implicados. La Ley del Medicamento establece que un preparado de plantas medicinales con indicaciones terapéuticas se debe vender en farmacias. Por su parte, los herbolarios consideran que la normativa no aclara la situación cuando el mismo preparado para las mismas afecciones se puede vender en el herbolario si no aparecen las indicaciones terapéuticas.

Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOSOCOMIO deberán ajustarse 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

exponga el planteamiento general del trabajo.

- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, la fecha y el 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.
- Los trabajos no admitidos para su publicación se devolverán a los autores con la mayor brevedad.



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
□ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

DIRECCIÓN
 POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
 a de 199 Firma

Tarifa suscripción, anual (incluidos gastos de envío)
 AFILIADOS 1.400 pta., NO AFILIADOS 2.200 pta.

* Indicar si es afiliado a SAE y en su caso el nº de afiliación

NOSOCOMIO C/ Fuencarral, 77. 6º izqda. 28004 Madrid.

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

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto nº Banco/Caja

NOSOCOMIO C/ Fuencarral nº 77, 6º izqda. 28004 Madrid.

- NO AFILIADOS
 AFILIADOS

PLAN PREVENTIVO SOBRE DROGADICCIÓN

Destinado a Padres de Alumnos

María Carmen Calleja Allende

Auxiliar de Enfermería. UCI Hospital Central de Asturias
Licenciada en Ciencias de la Educación

Este plan sobre drogadicción se centra en la dinámica y normalización que debe llevarse a cabo en un proyecto preventivo teniendo en cuenta temas relacionados que puedan estar directamente implicados en la formación integral de los sujetos. Se describe el desarrollo de un proyecto de Escuela de Padres como estructura necesaria que garantice un proceso sistemático de actuación que debe seguir los siguientes pasos: situación previa, situación de análisis y evolución y situación de éxito. Desarrollo de esta Escuela de Padres en un centro educativo, cuyos planes de actuación deben englobar tanto las dimensiones concretas como las más amplias. Desarrollo del contenido que hay que utilizar en la prevención familiar y escolar de las drogodependencias. Finalmente se estudian las diferentes drogas, sus efectos y consecuencias.

Un plan preventivo sobre drogadicción no puede ser algo aislado y esporádico, que se presenta como una actividad más dentro del centro docente, sino que debe estar integrado dentro de una dinámica normalizada donde la prevención sobre las drogas es un programa más que se relaciona con otros y que contribuye a la formación integral de los alumnos.

Esto supone la necesidad de crear una estructura que garantice un proceso sistemático de actuación en el que se tenga en cuenta: la situación previa, un proceso de análisis y evaluación y el éxito final.

Para ello, y antes de llevar a cabo cualquier actividad de prevención, se sugiere que se cree lo que se podría denominar la "Escuela de Padres" en cualquier centro educativo. Desde

esta estructura, que puede estar integrada por padres y profesores, se planifica de forma coordinada la actividad.

Esta Escuela puede ser la plataforma donde se planteen las actividades de carácter general. Ya desde aquí, se puede eliminar todo el dramatismo que suele ir aparejado a la drogadicción y que impide que se le dé un tratamiento normalizado, dentro de unas posiciones objetivas y de

investigación, y se pueden aplicar métodos preventivos.

Como primer paso sería necesario presentar a los padres la necesidad de crear esta estructura estable que garantice una información permanente tanto a los padres como a los alumnos y todo dentro de un marco social.

Además, puesto que estamos en una sociedad donde los hechos no se producen en un contexto aislado y sin repercusiones, sino que adquieren gran dimensión en el tiempo, en el espacio y en la interrelación de sucesos estos planes de actuación deben englobar tanto dimensiones concretas (como la edad o el tipo de centro) como dimensiones más amplias (comunidad, país, etc.).

Por todo ello creemos que es conveniente que cualquier plan preventivo debería ir unido a una planificación sólida que se denominaría "Proyecto de Escuela de Padres". Ésta sería una estructura que le daría coherencia y articulación a la actividad preventiva.

PROYECTO ESCUELA DE PADRES

DEFINICIÓN

Una escuela de padres es la denominación que se le atribuye a un plan organizado dentro de una dinámica colectiva y que se utiliza fundamentalmente como instrumento para conseguir una serie de objetivos al servicio de la comunidad escolar.

FINES

[Éstos,] Están determinados por los objetivos que se quieren conseguir:

- Generalidad.
- Información.

- Formación.
- Intervención.

Generalidad

• Preparar un lugar en el que se pueda perfeccionar la preparación de los padres para educar a sus hijos.

• Crear un espacio de encuentro para las distintas instancias implicadas en la tarea educativa.

• Promover la participación de los padres en la dinámica de los centros.

• Trabajar en un foro en el que los padres puedan exponer, debatir y buscar soluciones a los problemas que supone ser al mismo tiempo padre y educador.

• Procurar animar y potenciar los intereses de la comunidad educativa del centro (padres, profesores y alumnos) para mejorar la enseñanza.

Información

• Sobre los cambios generacionales y los nuevos modos de ser y actuar.

• Sobre la participación de los padres como ciudadanos dentro de un marco político y social.

• Sobre la legislación que ampara el derecho de asociación: coordinación y participación.

• Sobre la LOGSE y las diferentes partes que la integran.

• Sobre los proyectos legislativos y, en concreto, la Reforma del Sistema Educativo: su trascendencia y sentido.

Formación

• Adquisición de conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo evolutivo del niño, así como sobre los factores de maduración y conducta que intervienen en dicho desarrollo.

• Tipos de relación familiar entre el niño y el adulto, haciendo hincapié en los aspectos implícitos de esa relación.

• Actitudes en la forma de educar.

• Importancia de la educación colectiva e incidencia en el modelo educativo que nos corresponde construir.

• Tipo de escuela.

Intervención

• En el ámbito colectivo y dinámico, en la búsqueda de su propia organización y formación.

• Dentro de un marco de construcción social.

• Activa dentro del funcionamiento de la institución escolar como parte integrante de la Comunidad Escolar.

• Dentro de la relación que se establece entre la escuela y las instituciones.

• En el proceso de cambio que se produce gracias a las investigaciones pedagógicas y a la experiencia.

• Como medio de colaboración para luchar por unas mejores condiciones (dentro de un derecho social).

PROYECTO ESCUELA DE PADRES DEL CENTRO

La Escuela de Padres se pone en marcha para cumplir una serie de objetivos que ya hemos expuesto, mientras que la estructuración del proyecto supone el proceso real y racional mediante el que se llevan a cabo los pasos que hay que seguir para conseguir esos fines.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Para que la Escuela de Padres sea eficaz tiene que partir de las inquietudes y necesidades que tiene la comunidad educativa. Por ello, es necesario llevar primero a cabo un trabajo inicial que consiste en:

• Un estudio de la comunidad donde se va a trabajar, teniendo en cuenta el nivel de formación,

el sentimiento asociativo existente y, en general, las peculiaridades de la zona.

- Un estudio de los recursos humanos con los que se puede contar en el centro (padres, administración...).

- Un sondeo acerca de las necesidades e intereses que hay. Éste se puede llevar a cabo mediante cuestionarios y entrevistas conjuntas.

- Un estudio sobre el número de alumnos, profesores y padres.

DIAGNÓSTICO

Una vez conocida la situación es necesario elaborar un plan de actuación valorando lo que procede realizar:

- Si es preciso informar para que se conozca y, en su caso, se cree la Asociación de Padres.

- Si la labor informativa, en un principio, se tiene que hacer prescindiendo de todos los servicios ya que hay un escaso apoyo de los padres.

- Si la realidad permite que con un mínimo apoyo la Escuela de Padres tenga la máxima operatividad posible.

- Determinar si la situación aconseja realizar alguna oferta de formación o información.

- Búsqueda de algunos padres que puedan potenciar y dinamizar la Escuela de Padres en su propia zona.

- Coordinación entre aquellos padres que desempeñan funciones de apoyo en la Escuela de Padres. Además se les deberá facilitar soporte formativo para que puedan ejercer sus funciones.

POSIBILIDADES, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA

Posibilidades:

- Materiales:
 - Material didáctico.
 - Técnicas e instrumental.

- Locales.
- Difusión.
- Recursos Humanos:
 - Especialistas en temas específicos
- Económicos:
 - Financiación diversa.

Estructura

La Escuela de Padres dependerá de la comisión o área de formación de la institución de la que formará parte, como asesor e informador, un coordinador. Esta comisión tendrá una función de planificación, seguimiento y evaluación del proceso.

Los padres que integran la comisión agudizarán su sensibilidad para poder captar y orientar inquietudes.

Metodología

Tiene que ser viva, dinámica y gradual, para lo que se deberá disponer del apoyo de técnicas que faciliten este objetivo.

Se ha de conseguir, desde un principio, sentimientos de crecimiento, aprendizaje y capacidad personal y colectiva y no de pasividad, repetitividad o sentimiento de incapacidad.

Para la participación y la formación se debe tener en cuenta no sólo el nivel de interés de los padres, sino que también hay que ver si existe una oferta de temas generales que fomenten el interés y la motivación.

El trabajo se desarrollará de forma activa y participativa: debates, exposiciones, mesas redondas, pequeños grupos, encuentros regionales y nacionales, comunicados en prensa, radio o televisión, etc. Asimismo deberían existir autoevaluaciones y análisis.

PUESTA EN PRÁCTICA

La forma de entrar en contacto con los padres puede hacerse de maneras muy diferentes según la realidad de los padres:

- Cuestionario.

- Asambleas.
- Temas iniciales.
- Citación individual.

Una vez que se haya dado a conocer el sentido de la Escuela de Padres y se haya recogido y valorado el sondeo de opiniones, intereses y necesidades, se elabora el plan de actuación para todo el curso. Este plan tiene que ser lo suficientemente flexible para que se puedan hacer las modificaciones que surjan como consecuencia de la evaluación de la propia experiencia (que es, en definitiva, la que debe orientar el proyecto).

Partiendo de este esquema organizativo se da por hecho que el tema de la drogadicción preocupa e interesa a los padres. A partir de ahí se elabora el contenido de lo que podría denominarse "Información preventiva familiar y escolar sobre drogodependencias".

PREVENCIÓN FAMILIAR Y ESCOLAR SOBRE DROGODEPENDENCIAS

La actividad puede plantearse de diversas formas e incluso pueden complementarse diferentes actividades según la situación y realidad de los participantes.

El contenido que se puede utilizar en este caso se presta a distintas aplicaciones metodológicas y didácticas:

- Exposición del ponente. Debate posterior.
- Trabajo individual. Puesta en común.
- Trabajo en equipo. Puesta en común, etc.

En este supuesto caso se opta por la exposición del ponente y el debate posterior. Para ello se elabora un material de información que se dará en tres sesiones:

1ª Sesión:

(Exposición de 40 minutos, debate de 40 a 50 minutos.)

Introducción general sobre la drogadicción.

Factores que incitan a la drogadicción.

2ª Sesión:

Prevención específica en el ámbito familiar y escolar.

Prevención inespecífica en el ámbito familiar y escolar.

3ª Sesión:

Uso y efectos de las principales drogas.

Evaluación de la actividad.

INTRODUCCIÓN GENERAL SOBRE LA DROGADICCIÓN

Antes de elaborar el contenido de la sesión se recoge información de padres y alumnos a través de un cuestionario, para conocer el nivel de información así como el enfoque individual sobre el tema de cada persona.

Información aportada por el ponente

La droga es toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones de éste, produciendo

alteraciones en el comportamiento y creando dependencia. (Definición de la Organización Mundial de la Salud.)

Dentro de esta definición tenemos:

- Drogas institucionalizadas como el tabaco, el alcohol o el café.

- Drogas no institucionalizadas: son todas aquellas cuyo consumo está prohibido y que se clasifican según:

1. El tipo de dependencia que producen.

2. El tipo de acción que ejercen sobre el sistema nervioso.

El consumo puede ser ocasional o habitual. Dentro del consumo habitual se distinguen dos grupos:

1. Consumidores con consumo débil. Pueden dejarlo cuando quieran.

2. Consumidores con consumo elevado. No pueden dejarlo, su vida está totalmente alterada y su único objetivo es conseguir una dosis.

Toda droga tiene un riesgo de uso, es decir, su consumo esporádico o habitual entraña un cierto riesgo ya que puede generar dependencia. Por eso hay que aceptarlo como un riesgo para la salud aunque éste no sea percibido

de forma inmediata ya que el daño físico ocasionado por la droga no es perceptible desde el principio. Por eso, muchas veces este riesgo no es contemplado por los consumidores.

El fenómeno de la droga es muy complejo y tiene raíces múltiples:

- Económicas.
- Políticas.
- Sociales.
- Del propio individuo.

Pensamos que de las diferentes formas de afrontar el problema, la prevención es la manera más eficaz para la familia y la escuela.

La drogadicción hoy no es un hecho individual, sino que las dimensiones y el carácter social de la misma implican una acción conjunta de todos los estamentos de la sociedad donde el asesoramiento informativo y técnico debe ser lo más objetivo posible.

La drogadicción no distingue edades, clases ni sexo, pero sí es diferente en la forma de incidencia y en el tratamiento que se debe dar. Así por ejemplo, los jóvenes son un grupo más vulnerable e indefenso. Es por ello que consideramos que la familia y la escuela tienen una función importante, ya que son los intermediarios más directos que se relacionan, forman y educan a estos jóvenes que han de convivir con las drogas.

Por ello, la acción preventiva debe proporcionar información y formación a estos jóvenes para que sean capaces de auto-decidir y exclamar ¡no!

FACTORES QUE INCITAN A LA DROGADICCIÓN

Factores que invitan

- La publicidad relaciona el consumo de bebidas con el sabor de la aventura, la afirmación de la personalidad e incluso el éxito en las relaciones públicas.

Cuestionario

1. ¿Sabes si en tu barrio o lugar donde resides se consume droga?
2. ¿Conoces o tienes referencias de lugares donde se consuma droga?
3. De las referencias que tienes: ¿son los jóvenes o los adultos, los hombres o las mujeres las que consumen droga?
4. ¿Qué características sociales y personales tienen las personas (si conoces alguna) que consumen drogas?
5. ¿Conoces algún rasgo de apoyo, por parte de las instituciones o de personas a título individual, hacia algún drogadicto o su familia?
6. ¿Cuáles crees que son las causas que influyen en la drogadicción?
7. ¿Te interesa la prevención de la drogadicción?
8. ¿Has participado en alguna campaña o actividad de prevención de la drogadicción?

- La imitación de los adultos en el fumar y el beber como modo de superar la inseguridad.
- La curiosidad y el deseo de conocer cosas nuevas animados por algún amigo. Es la ley de la pandilla, se hace lo mismo que los demás para no sentirse marginado.
- El placer de lo prohibido que ejerce gran atracción.
- El deseo de afirmar su independencia.
- Engañados por expertos, buscan nuevas sensaciones de placer y tranquilidad, sin conocer las secuelas posteriores.
- Huida de una realidad que les angustia, de la falta de consideración social y del fracaso personal.

Factores familiares y sociales

- Falta de comunicación, no se fomenta la independencia de los hijos ni su capacidad para afrontar por sí solos diversas situaciones.
- Una escuela competitiva que deja a miles de adolescentes fracasados; fracaso que proyectan sobre sí mismos al no sentirse valorados y estimulados por los demás.
- Una sociedad que posee una escala de valores basada en el consumismo, el dinero, el confort y el poder cuando la realidad de la mayoría de estos jóvenes será el paro o la escasez de recursos.
- Falta de centros de cultura que puedan conectar con los intereses de los jóvenes.
- Carencia de programas dirigidos al fomento de la salud en la escuela.
- Mala formación sanitaria de nuestra sociedad donde el recurso más fácil y recurrente es el abuso de psicofármacos.

Factores psicológicos

- La búsqueda del placer y el deseo de modificar artificialmente la realidad.
- El rechazo del dolor, la tensión y la ansiedad, rasgo característico

del ser humano que siempre tiende a buscar la calma.

- La actitud personal y estilo de vida que se ven muy influidos por los modelos sociales imperantes.
- La aceptación social: ciertas drogas no sólo son toleradas por una sociedad determinada, sino que su consumo es estimulado por los medios de comunicación.

PAPEL Y FUNCIÓN DE LA FAMILIA Y LA ESCUELA EN LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN

La familia y la escuela adquieren gran importancia en cualquier área de la formación del individuo. Ello es, sin duda, porque son dos de los núcleos más importantes y directos que intervienen e interactúan, desde muy temprano, en la formación y maduración de la personalidad de los niños, adolescentes y jóvenes. No podemos olvidar que es en la familia donde se adquieren los primeros hábitos de conducta. En este sentido, para el niño tiene más efecto lo que se haga que lo que se diga. Junto a la familia, la escuela interviene de forma directa o indirecta en esa maduración de la personalidad.

El ser humano es muy complejo y por ello sabemos que nuestro comportamiento no es independiente de la capacidad intelectual, emotiva, afectiva o sensitiva, sino que se interrelacionan. Tanto el comportamiento como estas capacidades se adquieren a través de la experiencia, el tiempo y la maduración. Por eso es muy importante la manera de enfocar el aprendizaje desde la escuela y la familia.

Prevención específica en el ámbito escolar

La prevención de la drogadicción consiste en un conjunto de medidas orientadas a evitar el consumo de drogas. Generalmente, cuando se aplica una acción preventiva ésta se afronta, como mínimo, desde dos campos de intervención:

1. La prevención específica o directa.
2. La prevención inespecífica o indirecta.

En este tema de la prevención es muy importante destacar que no se puede afrontar el tema desde una postura radical del tipo “drogas sí”/ “drogas no”. Hay muchas actividades que se pueden desarrollar sin que el objetivo sea proclamar directamente “drogas no”, sino que a través de diferentes actividades sobre ecología, salud o deporte se puede llegar a analizar esta cuestión.

Lo mismo sucede con el tipo de hábitos en el consumo de las drogas institucionalizadas. No se trata de establecer un sistema de prohibición sino de establecer un análisis y una regulación.

Dentro del ámbito familiar la prevención específica puede incidir en los siguientes aspectos:

- Plantearse la regulación total o parcial del consumo de drogas legales como algo necesario en beneficio de la salud.
- Llevar a cabo un análisis colectivo si es que la edad de los hijos les permite entenderlo.
- Sustituir la utilización de fármacos (aspirinas, estimulantes, relajantes, etc.) por la reflexión sobre qué puede causar ese malestar tratando de eliminarlo a través de relajación, masajes, o por la propia capacidad que cada uno tiene para resolver problemas.
- Plantearse la vida familiar, con sus distintas tareas, como algo en lo que se tiene que intervenir en lugar de centrar su vida sólo en el estudio y poco más.

En el ámbito educativo la prevención específica puede llevar a cabo las siguientes medidas:

- Aplicar la ley que prohíbe la venta de alcohol y tabaco a los menores, especialmente, en las cantinas de los centros.
- Prohibir que se fume en las clases.
- Regulación de su consumo por parte de los profesores.
- Introducir en los planes del centro la educación para la salud donde implícitamente entra el tema de la drogadicción.

Prevención inespecífica en el ámbito familiar y escolar

En cuanto a la prevención inespecífica en la familia, se consideran conductas preventivas las siguientes:

- Fomento de aficiones lúdicas y educativas en los hijos.
- Plantearse el mantener una relación dialogante entre los padres y los hijos basada en la consideración y la comunicación y no en la imposición.
- Valoración de las aficiones y el estudio que desarrollan.
- Mantener una relación lo más estrecha posible entre la familia y la escuela.
- Organizar de manera racional el tiempo.
- Crear hábitos de salud e higiene.
- Apoyar a los hijos en las dificultades, haciéndoles comprender que pueden pedir apoyo cuando lo necesiten.
- Ayudarles a conseguir seguridad en sí mismos para que puedan creer que ellos como personas tienen fuerza propia para superar las dificultades.
- Seguimiento del proceso de maduración de la afectividad y sexualidad del niño.

Para la prevención inespecífica en el centro escolar se pueden llevar a cabo las siguientes medidas:

- Marcar objetivos adecuados para el desarrollo evolutivo del alumno.
 - Fomentar metodologías activas y participativas en las diferentes materias.
 - Incluir en los programas de estudio la asignatura de "Educación para la Salud" donde las actividades pueden ser múltiples.
 - Programar sistemas de recuperación mediante el tratamiento individualizado de los alumnos que ayuden a evitar el fracaso escolar.
 - Potenciar las actividades deportivas.
 - Potenciar el movimiento asociativo de padres y alumnos, como cauce de participación y gestión conjunta de la vida educativa.
 - Programar actividades conjuntas con otros centros e instituciones.
 - Fomentar la actuación de la Asociación de Padres en la prevención de la drogadicción
 - Plantearse la intervención de toda la comunidad escolar.
 - Creación de un Gabinete Técnico Asesor para afrontar con garantías de éxito las actividades de prevención.
- Antes de acometer todas estas medidas hay que tener en cuenta una serie de consideraciones previas:
- Capacidad de situación.
 - Estudio previo.
 - Coordinación con otros organismos.
 - Utilización de medios.

DIVERSAS DROGAS: SUS EFECTOS Y CONSECUENCIAS

Aquí pretendemos hacer una exposición sobre las diferentes drogas y sus efectos para informar por una parte y, por otra, para eliminar unos estereotipos sociales que se han creado ante el problema. En nuestra sociedad se considera que la droga es algo peligroso que da miedo y que se toma o se deja; pero, sobre todo, se cree que pertenece al mundo de la delincuencia y que su erradicación no depende de nosotros sino que depende del control del tráfico de sustancias, de la represión de su consumo y del tratamiento a los ya enganchados.

Por ello, lo que queremos con este punto es afrontar con objetividad una realidad con la que hay que convivir y para la que, necesariamente, hay que preparar una cultura y una conducta capaz de hacerle frente.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se plantea hacer una evaluación para conocer las impresiones de los participantes, para que sirva de referencia en la programación de próximas actividades, para adaptar los conocimientos teóricos sobre el tema a una realidad social y para saber si se han logrado los objetivos planteados. Para ello se elabora el siguiente cuestionario:

Cuestionario

1. ¿Qué día y horario considera usted adecuado para asistir a las charlas?
2. ¿Qué horario considera mejor para comenzar y terminar la actividad?
3. ¿La duración de las ponencias fue adecuada?
4. ¿El contenido de las charlas y el modo de impartirlas fue adecuado?
5. ¿Qué fallos ha observado?
6. ¿Cuáles fueron los aciertos?
7. ¿Qué tipo de actividades considera usted que necesitan los padres?
8. Sugerencias.

USO Y EFECTO DE LAS PRINCIPALES DROGAS			- Puede existir ++ Moderada	- Ninguna +++ Fuerte	+ Débil
Grupos	Sustancias	Utilización médica	Tolerancia	Dep. Físic.	Dep. Psíquic.
Café	Café Té Coca-cola	Ninguna	- +	- +	+ +
Alcohol	Vino Cerveza Coñac	Ninguna	++	+++	+++
Tabaco	Todas sus variedades	Ninguna	+	+	+++
Inhalables	Eter	Anestésiante	-	--	+
	Gasolina Cola Aerosoles	Ninguna	-	-	-
Opiáceos	Opio	Analgésico	++	++	++
	Morfina	Analgésico	+++	+++	+++
	Codeína	Antitós	+	+	+
	Heroína	Analgésico	+++	+++	+++
	Metadona	Ninguno- desintoxicación física de los dependientes opiáceos	+++	+++	+++
Cannabis	Marihuana	En investigación	-	--	+
	Hachís	Ninguna	-	--	++
Alucinógenos	LSD	Utilizada en psiquiatría antes de su prohibición	-	--	+
	Mescalina Psilocibina		-	--	+
Estimulantes	Cocaína	Antes utilizado como anestésiante	-	--	+++
	Anfetaminas	Obesidad, depresión, narcolepsia, hiperactividad	+++	+	+++
Depresores	Tranquilizantes	Ansiedad, psicosis, neurosis	+	--	+
	Barbitúricos	Insomnio, ansiedad, convulsiones, narcoanálisis, anestésicos	++	+++	+++

Bibliografía

- Confederación Española de Asociaciones de Padres de Alumnos (CEAPA): *Drogodependencias y su prevención*, edita CEAPA, 3ª edición marzo 1990.
- FREIXA y SANTFELIU, F.: *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*, Fontanella, 1981.
- IBÁÑEZ, P. y Alfonso, M.: *Todo sobre las drogas, legales e ilegales*, Dikynson, Madrid, 1992.
- VEGA FUENTE, A.: *Las drogas. ¿Un problema educativo?*, Diálogos de Educación, 6, Cicel, Madrid, 1981.
- VELLOSO, A. y Pedro, A.: *Manual de Educación comparada*, PPV, Barcelona, 1991.

LA FAMILIA, UN PACIENTE MÁS

RELACIÓN DE AYUDA E INTERVENCIÓN EN CRISIS

Bárbara Pilar García Giner

Ana Villona Vergara

Auxiliares de Enfermería. UCI. Hospital U. San Juan

Si en muchas ocasiones ya es complejo el mundo de las relaciones sociales, son mucho más difíciles las relaciones, profesionalmente, cuando se deben llevar a cabo con una familia que tiene a un ser querido ingresado en el hospital. La situación se agrava aún más cuando el ingreso se produce en la UCI, casos en los que es necesario una "intervención en crisis". En la UCI del hospital de San Juan está protocolizado por norma interna que los Auxiliares de Enfermería efectuemos la primera toma de contacto con la familia del paciente ingresado. Ante la conflictividad y quejas que se hicieron a la supervisora sobre este procedimiento y sobre las normas, en enero de 1999 iniciamos una búsqueda, una investigación sobre la aplicación de esta práctica.

Si, en muchas ocasiones, ya es complejo el mundo de las relaciones sociales, son mucho más difíciles las relaciones, profesionalmente, cuando se deben llevar a cabo con una familia que debe acudir al hospital porque un ser querido sufre una grave enfermedad, un suceso traumático o muere.

Cuando alguno de estos sucesos ocurre, la familia vive el momento de forma muy traumática como si todo estuviera en peligro. Es frecuente que sufra un trastorno temporal de estrés y desorganización que, a menudo, les incapacita para

abordar situaciones o resolver los problemas del modo que acostumbraban. Comienzan a vivir en crisis. Luis Cibanal dice que "una crisis proviene de cambios en la vida de la persona que modifican sus relaciones con los otros y su razón de ser".

Este proceso provoca, además, que llegue al hospital bajo el influjo de un secuestro emocional producido por sus pensamientos y sus sentimientos. A menudo, al enfrentarse con la noticia y con las normas hospitalarias, se producen reacciones de llanto, histeria, intrusión o negación.

Recibir, asistir, ayudar o auxiliar a la familia que se enfrenta con la noticia de una enfermedad grave o con la muerte de un ser querido requiere atención y precisa de un entrenamiento en el proceso de observación y comunicación. Este entrenamiento facilitará una apertura a las necesidades, temores y ansiedades de los familiares, así como una ayuda basada en el proceso de "intervención en crisis".

La "intervención en crisis" es un proceso de relación de ayuda que nos permite personalizar, aconsejar y asesorar alternativas a la familia para que pueda intervenir

en el proceso. La primera labor del ayudante en su intervención es la de estar atento a cómo comunica la noticia, cómo transmite la información y cómo ve el familiar ayudado la nueva situación. Llevar a cabo estas acciones contribuye enormemente a establecer una relación de confianza y seguridad y a mitigar la angustia, la ansiedad, el miedo y las emociones que provoca el suceso en la familia, ya que el mundo de la enfermedad está dominado por la emoción y el miedo.

Daniel Goleman relaciona el término "emoción" con un sentimiento y con los pensamientos, con los estados biológicos y psicológicos y con el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan. Y el "miedo" lo relaciona con la ansiedad, la aprensión, el temor, la preocupación, la consternación, la inquietud, el desasosiego, la incertidumbre, el nerviosismo, la angustia, el susto o el terror. Debido a los sentimientos, el "secuestro emocional" se agrava aún más cuando el ingreso se produce en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

De todos es conocido que la sociedad y la cultura hospitalaria definen y caracterizan a la UCI por su "frialidad", debido a la gravedad y la necesidad de aislamiento de los pacientes que allí ingresan, la complejidad de las técnicas, el ambiente de era espacial existente por la alta tecnología empleada y la necesidad de mantener un ambiente aséptico y seguro. Cuando estas unidades son de puertas cerradas, se ofrece un mayor ambiente de "frialidad" y causa un mayor impacto emocional en la familia porque, además de la noticia y el ingreso en un corto período de tiempo, ha de asumir:

- La separación de su ser querido de la unidad familiar.
- Someterse a un horario determinado y limitado para verle.

- El cambio de roles por la responsabilidad de la persona ingresada, agravándose aún más la situación cuando el paciente es mujer y hay niños pequeños.

- La gravedad, la complejidad de las técnicas y el ver a su ser querido conectado y rodeado por los múltiples catéteres, conexiones y aparatos utilizados.

- Los sentimientos de culpa generados por la imposibilidad de asumir su cuidado.

- El miedo a las consecuencias de la enfermedad o a la muerte.

Por la brusquedad y la rapidez del proceso podemos considerar a la familia como "un paciente más" a la que la separación y el aislamiento le provoca que viva el ingreso como una lucha entre la vida y la muerte de tal modo que comienza a afrontar la pérdida de su ser querido y vive el duelo anticipadamente.

Así, Virginia Henderson afirma que "el enfermo no es un ente aislado sino que forma parte de una unidad que es la familia". Por ello, es lógico que demande una mayor información de todos los profesionales que le atendemos, porque la información, según algunos autores, es una necesidad básica de la familia que hay que cuidar. Por lo tanto, la información y las relaciones humanas con los familiares son muy importantes, por lo que se han de cuidar mucho, especialmente al inicio y durante el ingreso de un ser querido en la UCI.

La UCI del hospital de San Juan es una unidad abierta que recibe luz directa del exterior por amplias ventanas. Cuenta con quince boxes individuales de los que trece permanecen abiertos y en los que la familia tras el ingreso puede estar con su familiar a pie de cama durante 15 minutos. Está dividida por un amplio pasillo central interno que comunica por un lateral con dos habitaciones: una destinada al vestuario de los familiares y en la otra se intercambia la información

médica y auxiliar. Ésta, a su vez, se comunica por una puerta lateral con una amplia sala de espera para los familiares también con ventanas al exterior y con mobiliario. A esta sala yo la denomino la sala del dolor y de la esperanza por la cantidad de angustias, sentimientos, emociones y pérdidas que allí vive la familia desde el ingreso y durante un considerable período de tiempo.

Por norma interna se protocolizó que tras el ingreso de un paciente los Auxiliares de Enfermería efectuaríamos la primera toma de contacto con la familia, informándole sobre las normas y horarios de la unidad e indicándole dónde pueden vestirse y el número de box donde permanece su familiar ingresado.

Sensibilizados con este tema y tras llevar un año la supervisora en la unidad durante el que identificó "la conflictividad y las quejas" derivadas de estas normas, en diciembre de 1998 se realizó una sesión conjunta de todo el equipo de salud para revisar este tema. En esta reunión se modificó y sistematizó, por consenso, que los Auxiliares de Enfermería nos responsabilizaríamos al máximo de ejecutar el nuevo protocolo.

Debido a la importancia que tiene tanto la puesta al día en nuestra profesión como su fundamentación con conocimientos científicos, en enero de 1999 iniciamos una búsqueda sobre una investigación aplicada de esta práctica donde la materia prima fue la motivación por la formación, responsabilizarnos de nuestra actuación, el método científico para llevar a cabo esta investigación y la puesta al día en nuestra profesión.

1. OBJETIVO GENERAL

Divulgar a mi colectivo el proceso de intervención en crisis en la relación de ayuda.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Humanizar nuestra primera toma de contacto con la familia, teniendo en cuenta la necesidad de información que tienen cuando llegan a la UCI.

3. CRONOGRAMA

Duración del estudio: del 2 de enero de 1999 al 31 de octubre del mismo año.

4. MUESTRA

Número de familiares que visitan a los pacientes a su ingreso.

5. VARIABLES

- La despersonalización de la familia.
- Déficit en la comunicación y en la información.
- Frialdad de las unidades.

6. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Los familiares expresaron quejas verbalmente a la supervisora sobre este procedimiento.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Decíamos en la introducción que la primera toma de contacto con la familia al ingreso provocaba quejas de los familiares, debido a la despersonalización, la frialdad que ofrecen estas unidades y el déficit en la transmisión de información.

Sensibilizados con este tema y partiendo de la premisa de que la investigación aplicada no precisa de hipótesis sino que busca mejorar un procedimiento, norma o actuación previamente establecido, tras identificar el problema y bajo la aplicación del Método Científico y el proceso sistemático de "Intervención en crisis" el presente trabajo se realizó sobre ella.

8. PROCESO SISTEMÁTICO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- Establecer contacto empático.
- Examinar las dimensiones del problema.
- Ayudar buscar las soluciones posibles.
- Ayudar a realizar una acción concreta.
- Realizar un seguimiento.

8.1. Establecer contacto empático

Se debe identificar al familiar por el nombre del paciente al abrir la puerta de la sala de espera, utilizando para ello el registro escrito de la unidad.

Es muy adecuado que haya un saludo y una presentación del profesional mostrando interés por ellos y preguntando cómo se sienten. Asimismo se les debe comunicar que el médico les dará toda la información sobre el estado de salud de su familiar al finalizar la visita.

También es importante informar del horario de visitas, duración del tiempo y número de miembros que pueden entrar a la unidad, apoyándonos para ello, en la comunicación escrita del jefe y de la supervisora de la unidad.

Es adecuado solicitar un número de teléfono de localización.

Hay que ayudarles a vestirse con la ropa establecida explicando que el color es como el de nuestros uniformes porque expresa que ante los sentimientos todos somos iguales.

Es muy adecuado saber si han entrado antes en esta unidad. Hay que procurar que sepan de antemano qué situación van a hallar, explicando cómo se van a encontrar a su familiar conectado y rodeado a múltiples cables y aparatos. Asimismo, se les debe acompañar hasta el box donde permanecerán al pie de la cama de su familiar ingresado.

8.2. Examinar las dimensiones del problema

Hay que conocer el grado de consanguinidad que les une al paciente.

Se debe escuchar activamente y enfatizar la importancia de su preocupación por el suceso y la nueva situación, tanto de ellos como de su ser querido.

8.3. Ayudar a buscar las soluciones posibles

• Orientar sobre el tiempo de permanencia en la sala de espera o indicarles si se pueden marchar, preguntando asimismo a qué distancia viven del hospital.

• Aconsejarles que, en la medida que puedan descansen, ya que necesitarán las energías cuando den el alta de su familiar a otra unidad.

• Ante la demanda de pasar más familiares a la unidad se les comunicará que han de esperar a que no haya más familiares de otros pacientes en la sala de estar.

8.4. Ayudar a realizar una acción concreta

• Ayudarles a coordinar la primera entrada de dos familiares a la unidad.

• Favorecer tras la visita la expresión de sus sentimientos.

• Cuando por necesidad deban permanecer en la sala de espera, hay que comunicarles dónde se encuentran los accesos y servicios del hospital (cafetería, capilla, aseos, etc.) y decirles que ante cualquier necesidad llamen al timbre de la unidad.

8.5. Realizar un seguimiento

• Derivar la información que demande la familia que no nos competa al médico, enfermera o supervisora cuando proceda.

• Deducir información y comunicársela al médico o a la enfermera.

• Comunicar a la supervisora las posibles anomalías que pudiera haber para que las anote en su

registro y poder revisar o investigar sobre el proceso.

9. RESULTADOS

Los resultados de esta investigación aplicada nos muestran, según el registro de nuestra unidad desde el 2 de enero de 1999 hasta el 31 de octubre del mismo año, que fueron ingresados un total de 3.257 pacientes y visitados a su ingreso por 6.541 familiares. Durante este tiempo, en el que se llevó a cabo el nuevo procedimiento, en el 100% de los casos, según el registro de la supervisora, no hubo ninguna queja. Esto se debe a que:

- La empatía desempeña un papel fundamental para la ayuda y en la “intervención en crisis”, ya que nos permite estar en contacto con los sentimientos de la familia.
- Hemos detectado el grado de sus necesidades.
- Hemos mantenido la serenidad ante la gravedad y en la primera toma de contacto con la familia.
- Hemos sabido escuchar y callar para no caer en el mismo secuestro emocional que les afecta a ellos.
- Ofrecemos una atención personalizada a la familia.
- Cuidamos su necesidad de información.
- Conocemos las dimensiones de la desorganización provocada por el secuestro emocional.
- Minimizamos sus sentimientos de impaciencia estimulándoles para que piensen acerca de sus próximos proyectos.
- Hemos maximizado la aproximación, la relación y la igualdad como personas al ser la ropa del aislamiento del mismo color que el nuestro, minimizando el estrés que provoca al usuario el uniforme blanco.
- Escuchamos activamente ofreciendo a la familia la posibilidad de mostrar sus sentimientos y de percibir que está siendo comprendida.

- El auxiliar adopta una actitud facilitadora o directiva, ya que orienta a las familiares acerca de si pueden marcharse o si deben permanecer en el hospital.

- El equipo médico intensivista, ante la demanda de pasar más familiares, siempre reforzó y respetó lo establecido.

- Nos responsabilizamos al máximo del protocolo de actuación y hemos recibido formación en relación de ayuda.

10. DISCUSIÓN

Tras la experiencia de haber realizado, previamente, durante 5 años esta tarea con un protocolo de actuación y tras poder continuar ejecutándose este nuevo procedimiento de actuación (desde enero de 1999 hasta la fecha en base a este proceso) gracias a la investigación aplicada, podemos decir que:

- La formación en relación de ayuda nos permite cuidar la necesidad de información con la familia al máximo y nos faculta para realizar la “intervención en crisis”.
- Cada uno de nosotros forma parte del equipo de herramientas de transformación emocional con que cuenta la familia bajo su secuestro y el descubrir los sentimientos constituye una excelente medicina para el corazón apesadumbrado.
- Las aptitudes que garantizan la eficacia en el trato con los demás son el autocontrol y la empatía que nos enseñan, aún más, estrategias para un mejor “saber estar” y “saber ser” auxiliares de enfermería con el menor desgaste emocional.

- Aumenta la motivación y la autoestima profesional así como la calidad asistencial, por la capacidad de ser unos auxiliares preparados para relacionarnos y ofrecer la ayuda a la familia que, bruscamente y en situación de crisis, se enfrenta al diagnóstico de una enfermedad grave, un suceso traumático o a la muerte de un ser querido.

Por todo ello, parece que un plan de formación en relación de ayuda llevado a cabo por las direcciones en los hospitales, facilitaría el poder entrar empáticamente en los sentimientos de la familia y cuidar sus relaciones como si de un paciente más se tratara. Esto es especialmente importante en las relaciones con familiares de enfermos terminales ya que así se minimizaría el desgaste emocional que sufrimos todos los profesionales de la salud que tenemos que codearnos día a día con el mundo del dolor, de la esperanza, la muerte y, muchas veces, del sin sentido.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras compañeras auxiliares por ejecutar minuciosamente el protocolo de actuación; a don Juan Luis Zaragoza —Director de Enfermería— por incluirme en la comisión de humanización del hospital; a don José Luis Jurado, supervisor de docencia, por mi implicación en éste y en otros temas; a doña Isabel Casabona, supervisora de la UCI, por contribuir en mi proceso de formación; y al profesor de enfermería psiquiátrica don Luis Cibanal, por su orientación y motivación en mis momentos de desánimo para que continuara recorriendo el camino de mi formación.

Bibliografía

- IVEP: *Curso de Autoestima y Desarrollo Profesional*, Hospital de San Juan, 16 de diciembre de 1998.
- SLAIKEU, A.: *Intervención en crisis, Manual Moderno*. Santa Fe de Bogotá, 1998.

SALUD BUCODENTAL en la TERCERA EDAD



Francisco Ignacio Díaz Pérez

Auxiliar de Enfermería. Sta. Cruz de Tenerife

Los ancianos, por su menor nivel económico, menor capacidad de adaptación y poder de comunicación, y su resignación ante lo que consideran “achaques de la vejez”, no acuden a la consulta del dentista todo lo que sería deseable.

1. INTRODUCCIÓN

La Geriátría es una disciplina complementaria en el contexto asistencial, que no sólo tiene en cuenta la edad del individuo, sino también las funciones que es capaz de realizar. La medicina geriátrica, por tanto, atiende a personas de una cierta edad, pero además cumple una función específica, que es la de coordinar los servicios médicos y sociales, a fin de mantener en todo momento el equilibrio entre posibilidades y necesidades.

La presentación de la enfermedad es bastante diferente en el anciano que en los adultos y jóvenes; de ahí que el diagnóstico y tratamiento en esos pacientes resulte incompleto e inadecuado si no se conocen las modificaciones orgánicas, fisiológicas, psíquicas y funcionales propias del envejecimiento, así

como los cambios normales en los parámetros de laboratorio y otras pruebas complementarias.

Sin considerar la asistencia odontológica al anciano como una nueva entidad en materia de tratamiento, es preciso señalar que este grupo de pacientes, por su menor nivel económico, menor capacidad de adaptación, mermado poder de comunicación, escasa motivación, resignación ante lo que consideran “achaques de la vejez”, y debido también al carácter del actual sistema público de atención dental, no acude a la consulta de odontología tanto como sería deseable. El uso de los servicios dentales por parte de este sector es netamente diferente al que hacen las personas de otras edades. Los ancianos, por regla general, son examinados con más frecuencia por los médicos que por los dentistas. Acuden más

veces al año a su médico de familia, que es por tanto quien les puede alertar sobre su estado de salud oral y remitir al odontostomatólogo para una revisión exhaustiva de la cavidad bucal y sus estructuras y la aplicación, si es preciso, del tratamiento correspondiente. Con relación a los demás grupos de edad, la atención al anciano exige al profesional un mayor compromiso por las mayores dificultades que plantea la aplicación de los cuidados en estos casos.

2. CAMBIOS EN LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal es la parte inicial del tubo digestivo y el lugar donde comienza la digestión. La boca está recubierta por mucosa que puede mostrarse seca, lo cual

puede deberse no al envejecimiento, sino a otras razones como deshidratación por baja ingestión de líquidos, respirar con la boca abierta o algunas enfermedades. Son frecuentes las varices debajo de la lengua, que de no ser porque a veces causan dolor, pasarían inadvertidas. Se ha comprobado que después de los 75 años de edad, la lengua ha perdido hasta 80% de unidades gustativas funcionales; esto trae consigo la disminución de la sensación gustativa y del placer de comer.

La secreción salivar, aunque permanezca más o menos constante en cantidad, muestra una disminución de ptilina (diastasa de la saliva que convierte el almidón en maltosa) lo que altera la digestión de los almidones.

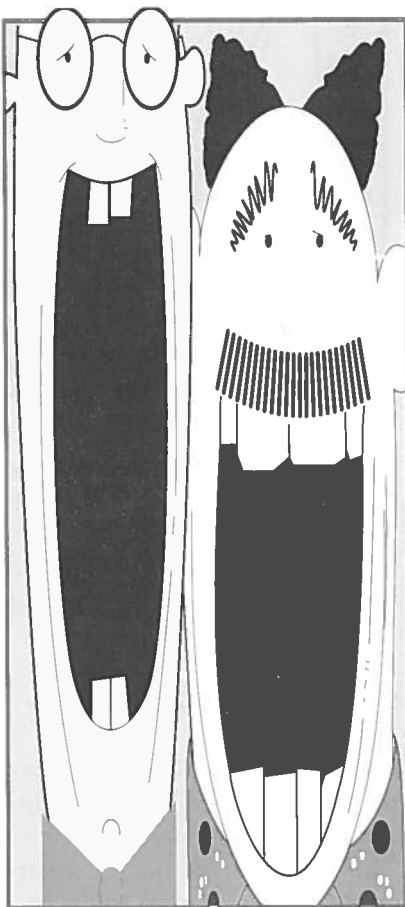
En cuanto a las piezas dentarias, es notable su desgaste en las superficies, que son las que mayor roce experimentan; en su interior se ha encontrado aumento de la dentina y de cemento, que provoca disminución de la cámara pulpar en la corona. La dentina de la raíz es esclerosa, con la consecuente alteración de la circulación endodental. La consecuencia de esto, posiblemente, es la rarefacción de la raíz, que se vuelve transparente y se reabsorbe; el cuello de la pieza dental se torna osteoporótico y con frecuencia está descubierto porque las encías se retraen por atrofia. Es el mismo problema que causa alteraciones en la adaptación de las prótesis, en especial del maxilar inferior.

3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE UNA PERSONA ANCIANA

La valoración de la salud en una persona puede hacerse en varios lugares: hospital, casa, trabajo, hospital de día y establecimiento

para crónicos. Se puede modificar cualquiera de estos marcos, de tal forma que favorezca el intercambio libre de información entre la enfermería y el beneficiario. Se deberían considerar los puntos siguientes:

1) Espacio suficiente, confortable, sin corriente de aire, temperatura agradable, e iluminación adecuada.



2) Proximidad del aseo, agua u otros líquidos preferidos a mano, sitio para colgar efectos personales.

3) Hay que tener en cuenta el nivel de energía del anciano, su ritmo y adaptabilidad.

4) Que tenga paciencia, esté relajado y no tenga prisa.

5) Tener la certeza de que las ayudas motrices (prótesis) están en su sitio y en función.

La situación de la salud oral del anciano es inquietante, dado

que la mayoría de las piezas dentarias de los ancianos se encuentran en mal estado y muchos de ellos padecen enfermedades periodontales. Existe la aceptación de que la degeneración de los dientes es una consecuencia inevitable de la vejez. A estas edades, los problemas dentales se relegan a un segundo plano y se consulta antes al médico de familia que al especialista.

Son herramientas muy valiosas para el anciano los programas preventivos que existen para estas edades, el mantenimiento de la salud oral que forma parte de los cuidados para mejorar la salud física, social y mental del anciano y, en este sentido, una higiene oral correcta y una adecuada nutrición, así como los tratamientos periodontales y restauradores dentales.

Con la edad se producen transformaciones en la cavidad oral durante el envejecimiento. Además, disminuye la secreción de las glándulas salivales menores, tan importante para prevenir la aparición de caries. Todo esto provoca, junto con la xerostomía originada por otros motivos, generalmente por el consumo de fármacos, un incremento del riesgo de caries.

También, la osteoporosis influye en el deterioro dental, ya que está en estrecha relación con la pérdida del hueso alveolar tras la caída de las piezas dentarias, lo que impide la utilización de los dientes y, por tanto, contribuye al deterioro de la función masticatoria.

Finalmente, son importantes las revisiones periódicas de la cavidad oral en estas edades, los ancianos son personas de alto riesgo, se debe erradicar la idea de que los problemas dentales a estas edades son inevitables y que su prevención resulta imposible o inútil.

4. PRINCIPIOS DE DIETETICA

La dieta deberá ser mixta atendiendo a la rueda de los alimentos y equilibrada en cuanto a las proporciones entre ellos. Según la Fundación Española de Nutrición, el porcentaje de calorías aportadas por cada grupo de principios tendría que ser:

50-60% por los HC; 30-40% por las grasas, y 10-15% por las proteínas.

Alimentos recomendados: las verduras, los cítricos, el pimiento rojo, el queso y el té.

5. ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

El conocimiento de la involución de las funciones digestivas es el que nos condicionará posteriormente sobre las normas que hay que tener en cuenta en la higiene alimentaria.

5.1 Enfermedad Dental y Periodontal

Una característica común en el anciano es la dentición insuficiente, que es el resultado de la pérdida de dientes como consecuencia de enfermedad periodontal, o de una deficiente higiene dental.

Cuando la masticación se hace dificultosa, comienza a comer alimentos blandos, que tienden a tener un contenido alto en carbohidratos simples y bajo en otros nutrientes, ya que los problemas dentales son importantes causas de insuficiente ingesta. Por eso, el mejorar la dentición puede llevar a una mejor alimentación.

Los problemas dentales también pueden llevar a la malnutrición. La deficiencia crónica del calcio y el exceso de fósforo, conduce a una desmineralización ósea en el hueso alveolar de la mandíbula. Por tanto, la enfermedad periodontal puede ser un signo inicial de osteoporosis



(asociada a las bajas ingestas de vitamina D) y la detección de desmineralización de la mandíbula en el anciano puede ser un medio de diagnóstico y tratamientos precoces.

5.2. Mala absorción y mala digestión

La capacidad de las células parietales de secretar ácido clorhídrico disminuye con la edad.

También parece que la absorción de calcio decrece en las personas mayores de 65 años.

6. LOS DIENTES

El cuidado de los dientes, como parte integrante del rostro y de la expresión, es fundamental para mantener un buen aspecto. Pero tanto o más importante, es conservarlos saludables, ya que las dolencias que pueden afectarlos inciden directamente en nuestro bienestar. Unos dientes o encías enfermos (las caries, la gingivitis, etc.) provocan dolor, dificultades

en la masticación e incluso pueden llegar a perjudicar otros órganos de nuestro cuerpo.

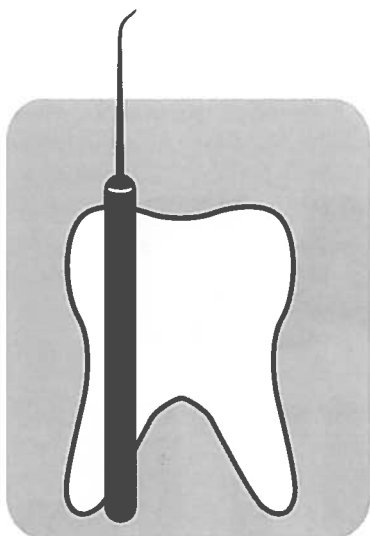
6.1. La higiene diaria

(Enfermería se encargará de la educación sanitaria para el anciano.)

Mantener una buena higiene diaria de los dientes es fundamental para prevenir problemas de salud en la boca, como caries, gingivitis u otros trastornos incluso más graves. No basta con cepillarse, hay que seguir unas normas concretas de cepillado y de higiene bucal para que sean efectivos, y así no se corre el riesgo de hacer un esfuerzo inútil y que la afección aparezca en un momento u otro.

6.1.1. Cepillarse correctamente

El cepillado diario y después de cada comida, elimina la placa dental o sarro y previene la aparición de la caries. Es, por lo tanto, un ejercicio que debe realizarse correctamente.



- Utilizar una pasta con flúor.
- Limpiar primero los dientes superiores, por la parte exterior y por la interior. Luego lo mismo pero con los inferiores.
- Cepillado de arriba abajo en los superiores y, en los inferiores, de abajo arriba.
- Limpiar especialmente la zona donde se unen los dientes con la encía. Es el punto más importante de la higiene dental y debe dedicársele tiempo. Hay que inclinar el cepillo ligeramente hacia la unión entre dientes y encías y realizar unos movimientos circulares suaves y continuados unos segundos sobre cada zona.
- Cepillar suavemente la lengua, sin apretar demasiado pues podría provocar arcadas.
- Enjuagarse la boca varias veces.

6.1.2. Utilización del hilo dental

El hilo dental es un complemento del cepillado, se debe utilizar al menos una vez a la semana y sirve para eliminar restos de sarro o de comida que el cepillo no consigue limpiar.

- Se corta medio metro de hilo dental encerado y se enrollan los extremos en los dedos corazón o índice de cada mano.

- Se desliza suavemente la seda por el espacio entre los dientes hasta llegar a la encía.

• Se desplaza el hilo dental hacia delante y hacia atrás, y después se tira hacia arriba o hacia abajo, según esté en los dientes inferiores o en los superiores, hasta sacarlo. Para cada nuevo espacio entre dientes se utiliza un trozo nuevo del medio metro de hilo.

- Se enjuaga a fondo la boca.

6.1.3. Higiene de la dentadura postiza

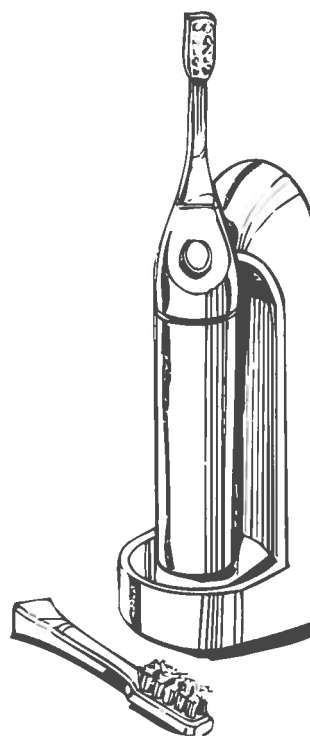
Antes de acostarse se debe hacer una buena higiene. Y la boca también necesita su propia higiene, antes de acostarse y al levantarse.

- Se enjuaga la dentadura para retirar los restos de comida.
- Se limpia a fondo con el cepillo y la pasta que el dentista haya recomendado, poniendo especial atención en la zona que encaja con las encías naturales.
- Se enjuaga de nuevo bien y se deja la dentadura en un vaso con agua y la pastilla efervescente antiséptica.

7. RESUMEN

La población anciana constituye un grupo heterogéneo, por ello su valoración y recomendaciones nutricionales deben tener en cuenta posibilidades, capacidad

y niveles de función individuales. También se debe considerar la presencia o ausencia de enfermedades crónicas, el estado de su salud general y la cantidad de actividad física. No hay que olvidar los factores socioeconómicos y psicológicos que influyen en el anciano, los cuales deben ser fundamentales para favorecer un buen estado de salud y, por supuesto, hay que utilizar los recursos sociales que presta la comunidad, pues sin ellos, algunos ancianos estarían desatendidos.



Bibliografía

- ARLIN MAHAN: *Nutrición y dietoterapia*, Interamericana McGraw-Hill, 1995.
- *Curso de Intervención en Geriatría y Gerontología*, Fundación ICEPSS, 1999.
- FERNÁNDEZ FERRÍN, Carmen y NOVEL MARTÍ, Gloria: *El proceso de atención de Enfermería. Estudio de casos*, Mansson-Salvat, Barcelona, 1993.
- MARTÍN ZURRO A. y CANO PÉREZ J.F.: *AP. Conceptos, organización y prácticas clínicas*, Mosby-Doyma libros, Barcelona, 1995
- NANCY, L. y PETER, V.: *Cómo conseguir ayuda de afuera, 36 horas al día*, ancora, 1991.
- *Programa de Atención a las personas mayores en AP*. SCS, 1998.
- VALLE, I. Del, E. ANDRÉS, A. BARAGAÑO et alium: *Cuidados de Enfermería en la práctica geriátrica*, Enfermería Geriátrica, 1982.

LA OBESIDAD INFANTIL

Serafin Pintor Román

Auxiliar de Enfermería del Hospital Comarcal
de la Axarquía, Vélez (Málaga)

Con el presente trabajo, lo que pretendo es divulgar que además de los problemas ya conocidos de la anorexia y la bulimia también existe otro problema llamado obesidad, que afecta a un número considerable de niños y niñas así como de adolescentes. La obesidad en sí se constituye precozmente en más de la mitad de los casos durante la primera infancia, es decir, antes de los dos años. Las encuestas realizadas, sobre todo en los países industrializados, indican que la frecuencia de la obesidad infantil ha aumentado notablemente en los dos últimos decenios. Este aumento de la obesidad se debe a factores socioeconómicos que facilitan el acceso a alimentos abundantes y variados que constituyen una sollicitación permanente a la fuente de placer. Los factores socioculturales tienden, por la modificación de los cánones estéticos y éticos, a atribuirle un valor negativo. La delgadez se convierte en un criterio de distinción. Así, el niño obeso se enfrenta a referencias normativas fluctuantes y a menudo incoherentes. Ese

mismo niño, que era el orgullo de la familia por su salud floreciente y su buen apetito, se convierte, poco tiempo después, y a veces, mediante un cambio brutal, en objeto de preocupación y vergüenza por su exceso de peso y su glotonería.

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo al DSM-IV, la obesidad no se clasifica como un trastorno alimenticio, posiblemente, porque no se asocia, genéricamente, con ningún síndrome psicológico ni alteración conductual concretos. No obstante, se constituye en un problema ciertamente relevante en lo que a la salud física y mental del individuo se refiere.

Cuando se revisa la literatura al uso, lo frecuente es encontrar continuas referencias en torno al papel que desempeña la obesidad como factor de riesgo de una elevada morbilidad. Además, se asocia con alteraciones de la salud tan importantes como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, las infecciones respiratorias, la apoplejía, la

gota, diversos trastornos endocrinos y problemas ortopédicos. Además, los sujetos obesos pueden ver potenciada la aparición de riesgos anestésicos durante las intervenciones quirúrgicas.

Desde luego, la obesidad contribuye de forma sustancial al incremento del coste sanitario. No obstante, algunos autores se cuestionan si lo que ocurre, en ocasiones, es que las dietas estrictas e inapropiadas a las que se ven frecuentemente sometidos los obesos, tomando en consideración las graves repercusiones que ello acarrea, pueden contribuir al riesgo aparente del desorden subyacente. Este hecho resultaría ciertamente relevante en poblaciones infantiles, donde los riesgos de una dieta "heroica" podrían llegar a ser serios.

En relación con aspectos psicológicos, los sujetos obesos presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, un nivel de ansiedad elevado y baja autoestima. En este sentido, parece existir un acuerdo generalizado en torno a la influencia de los valores culturales en la explicación de dichos aspectos; si bien los

trabajos centrados en el estudio de los grupos de referencia normativamente significativos para el sujeto obeso no apuntan en una misma línea, a excepción de aquellos que toman en consideración el sexo como variable independiente, cuyos hallazgos tienden a señalar que las mujeres y adolescentes se ven más afectadas que los varones.

No deja de ser paradójico y contradictorio el hecho de que en las sociedades occidentales impere un modelo de delgadez cuando, sin embargo, la mayoría de las celebraciones y actos sociales se realizan en torno a la comida. Se establece así una pugna entre la cultura festiva y el valor cultural de la estética. Si a esto se le suma el conocimiento acerca de los factores de riesgo para la salud que conlleva la obesidad, y el hecho de que un porcentaje importante de padres consideran saludable un cierto sobrepeso en su hijo, la disonancia es absoluta y la prevención, ciertamente complicada.

El intervalo de tiempo que transcurre desde el primer año hasta los tres o cuatro, es especialmente vulnerable para la aparición de problemas alimenticio. Los padres, acostumbrados a que su hijo coma de forma consistente y gane peso con frecuencia, se encuentran ahora con un niño que comienza a rechazar determinados tipos de alimentos y que no siempre tiene apetito, lo que puede dar lugar a una preocupación y ansiedad excesivas. La preocupación de los padres puede transformarse en una instigación al niño para que coma, lo que podría provocar no sólo problemas de interacción en las comidas, sino también hábitos de ingesta alimenticia inapropiados. Éstos se deben, en su mayor medida, a los mensajes y órdenes emitidos

por los padres a sus hijos más que al tipo de alimento más a menos apetitoso.

Cuando el niño cuenta cinco o seis años, su apetito vuelve a incrementarse, pero ahora existen ciertos hábitos alimenticios instaurados que no siempre son los adecuados. Si a esto se le suma que tiene una mayor libertad y una menor supervisión para elegir alimentos en determinados contextos, la probabilidad de que llegue a convertirse en un adulto obeso se ve incrementada.

2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La obesidad es un problema multifactorial y heterogéneo. La mayoría de los autores que se han centrado en el estudio de la obesidad parecen estar de acuerdo en que se trata de una acumulación excesiva de grasa corporal innecesaria. Por eso se considera a un sujeto como obeso o no en función del porcentaje de peso excedido. A este respecto, existe unanimidad a la hora de definir, como regla genérica, que un obeso es aquel sujeto cuyo peso excede el 20 por ciento del que sería el adecuado considerando su edad, sexo, talla y complejión física. Esto se acepta como una referencia válida tanto en poblaciones adultas como infantiles.

Partiendo de que la definición de obesidad acaba siendo arbitraria, algunos autores distinguen entre obesidad y sobrepeso. El sobrepeso debería aplicarse cuando el peso del cuerpo es superior al 10 o 15 por ciento del ideal, por cuanto que si dicho porcentaje supera el equivalente a un 20 por ciento, la probabilidad de acumular grasa corporal se incrementa considerablemente. Es por ello que, de acuerdo con este planteamiento, el sobrepeso no hace referencia a la

acumulación de grasa corporal sino al exceso de peso corporal.

Para la medición del grado o nivel de obesidad a partir del peso relativo, existen medidas estandarizadas para poblaciones adultas. Sin embargo, no resulta adecuada la utilización de estas medidas en poblaciones infantiles dado el proceso de crecimiento continuo que les caracteriza. Por ello, algunos autores (por ejemplo, Epstein y Wing, 1987) consideran que en poblaciones infantiles deberían usarse de forma conjunta medidas de peso relativo (considerando la altura y el sexo) y de acumulación de grasa (realizando mediciones del grosor del pliegue subcutáneo de los tríceps), a partir de algunos de los resultados que obtienen en los estudios que han llevado a cabo. Tomados conjuntamente, sus datos apuntan hacia que la consideración del peso relativo, como única medida, tiende a sobrestimar el grado de obesidad, si se considera que la masa muscular también pesa, en tanto que la estimación en exclusividad del pliegue subcutáneo provoca, igualmente, una sobrestimación, particularmente pronunciada en el caso de los niños varones.

En lo que a su clasificación se refiere, y siguiendo a Saldaña y Rossell (1988), la obesidad puede categorizarse en función de cuatro factores:

a) De acuerdo a los rasgos morfológicos del tejido adiposo, se distingue entre obesidad hipertrófica (debida a un aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo) y obesidad hiperplásica (caracterizada por un incremento del número de células adiposas, con mayor o menor contenido lipídico), siendo la última más frecuente en la población infantil, que en casos de ser obesa, presenta el doble de células adiposas en comparación a sus iguales con normopeso.

b) La distribución anatómica del tejido adiposo conlleva la distinción de dos tipos de obesidad. De un lado, la obesidad androide (característica de sujetos varones), con mayor acumulación de grasa en la mitad superior del cuerpo; del otro, la obesidad ginoide (típica de las mujeres), en cuyo caso la grasa se acumula fundamentalmente en la mitad inferior.

c) Hay diversos tipos de obesidad, en función de su etiología, que pueden organizarse en cinco grandes apartados: obesidad como trastorno secundario de enfermedades endocrinas o de lesiones hipotalámicas; obesidad asociada a síndromes genéticos; obesidad con posible origen genético (síndrome de Down y obesidad familiar) y obesidad de origen metabólico (secundaria a una ingesta excesiva o a un desequilibrio energético).

d) Finalmente, la obesidad puede distinguirse en función del nivel de sobrepeso. El sistema ofrecido por Stunkard (1988), distingue tres categorías (leve, moderada y severa, en función del porcentaje total de peso excedido). En cualquier caso, éste tipo de clasificaciones tiene relevancia, fundamentalmente, por dos aspectos: factores de riesgo para la salud que puede acarrear el grado de obesidad y necesidad de prescribir dietas más o menos hipocalóricas, como uno de los aspectos de la intervención.

3. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

En España, los datos citados por Saldaña (1990-1992) indican que la obesidad en niños fluctúa en torno a un intervalo comprendido entre el 9,6 por ciento del total de la población infantil (Valtueña 1987) hasta un 27,9 por ciento. Asimismo, de acuerdo a un estudio

realizado por el Ayuntamiento de Bilbao, un 9 por ciento de los niños bilbaínos padecen sobrepeso, y un 2,5 por ciento pueden considerarse obesos. Asimismo, estudios de corte epidemiológico llevado a cabo en 1987 (Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1987), con niños entre seis y trece años, se obtienen cifras que rondan entre el 2,9 por ciento de la población infantil andaluza y el 7,2 por ciento en las regiones del Norte, pasando por poco más de un 3 por ciento (Cataluña y Levante) a alrededor de un 6 por ciento (Aragón y comunidades del centro).

Sobre lo que no parece caber duda es que un niño obeso tiene grandes probabilidades de ser un adulto obeso. Y los adultos obesos, en comparación con adultos con peso normal, tienen hijos obesos en mayor proporción, variando la misma entre un 50 por ciento, si sólo es obeso el padre o la madre, y un 80 por ciento, si ambos progenitores lo son.

Respecto al sexo, los datos son contradictorios. Mientras unos apuntan hacia una prevalencia en las niñas, otros arrojan índices contrarios, a favor de los niños varones. En lo referente al estatus socioeconómico, Slobal y Stunkard (1989) concluyen, tras una amplia revisión de trabajos, que la relación entre obesidad y la variable en cuestión, difiere en función de que se trate de sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo.

4. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Son muchos los autores que han dedicado gran cantidad de páginas a la exposición de diversas hipótesis en torno a los factores que contribuyen a la explicación causal de la obesidad. Entre dichos factores caben destacar los de naturaleza genética, los de

origen biológico y los de carácter psicológico. Con todo, como ya dije, la obesidad es un problema heterogéneo y multicausal.

Posiblemente, los factores etiológicos de carácter fisiológico, genético y orgánico, a los que se aludía anteriormente, no pueden ser discutidos. No obstante, han sido diversas las aportaciones realizadas respecto al papel que juegan las variables biológicas y psicológicas en la contribución a la explicación de la obesidad de origen metabólico.

a) Explicaciones de naturaleza genética y biológica.

Son cada vez más frecuentes los datos empíricos que apuntan hacia un origen hereditario de la obesidad (por ejemplo, Bouchard, Tremblay y otros, 1990). De entre los modelos biológicos que parten de la influencia de los factores hereditarios, el más destacado es el denominado Set Point Theory, 'Teoría del Punto Fijo' (Keesey 1980, 1988; Williams y Thompson 1994). En líneas generales, el modelo establece que el peso está regulado, al igual que otros muchos parámetros biológicos como la temperatura, la presión arterial o los niveles de glucosa en sangre, alrededor de un punto fijo. De este modo, el organismo defenderá su peso ante las presiones de cambio. Así, las variaciones que se producen sobre el punto fijo conllevan respuestas compensatorias del organismo, en el intento de devolverle a su peso original, influido por el número de células adiposas y la tasa de metabolismo.

A favor de esta teoría, algunos autores aducen que la adaptación biológica, que tiende a regular el peso y aportar energía al organismo, se activa cuando, durante un prolongado lapso de tiempo, la ingesta calórica está por debajo del gasto de energía. Si, por el

contrario, ésta es superior al gasto calórico, entonces cambiará el punto fijo de peso a un nivel superior, lo que explicaría las dificultades para perder peso que suelen tener los obesos que han seguido múltiples dietas alimenticias.

La Teoría del Punto Fijo parece ser ampliamente aceptada como uno de los factores, desde luego no el único, que contribuyen a la explicación del mantenimiento de la obesidad.

b) Explicaciones de naturaleza psicológica.

Dentro de las explicaciones de naturaleza psicológica, tenemos una serie de hipótesis, tales como:

1. La hipótesis de la activación emocional

Probablemente, los orígenes de esta hipótesis deban situarse en concepciones de corte psicodinámico y psicoanalítico. Freud consideraba que aquellos sujetos que no superaban determinadas etapas psicosexuales (oral, anal y genital) podrían presentar problemas de ajuste en su vida adulta. Se pone un especial hincapié en los desajustes de personalidad que pudieran darse en un sujeto, en función de las experiencias tempranas con la alimentación que hubiese tenido en su infancia (por ejemplo, alimentación con biberón, leche materna y edad del destete), que en algunos casos podrían provocar ciertos niveles de ansiedad durante la etapa oral, constituyéndose en las causas subyacentes de los futuros problemas de alimentación específicos en los adultos.

Autores contemporáneos vienen realizando trabajos que intentan confirmar o reformular las posiciones psicoanalíticas originales. De acuerdo a sus resultados, la sobreingesta alimentaria se debe, efectivamente,



a niveles de ansiedad elevados, que podrían explicarse por problemas en etapas orales y genitales, amén de una falta de identificación con la figura paterna. Esta conceptualización parte de la consideración de que los sujetos obesos ingieren más cantidad de alimentos de los que realmente necesitan debido a estados emocionales, fundamentalmente ansiosos.

2. La hipótesis de la sensibilidad a la señal externa

Esta hipótesis, posiblemente la más representativa de entre los diversos planteamientos psicosociales sobre las conductas alimenticias, propone, básicamente, que los sujetos obesos no relacionan sus estados motivacionales internos y la conducta de comer porque ésta se encuentra regulada, en gran medida, por señales externas como el olor, la apetitosidad y el aspecto de los alimentos, o la hora del día.

Los diversos estudios llevados a cabo arrojan, no obstante, resultados contradictorios. Así, no parecen poder confirmar que los obesos presenten una mayor sensibilidad a señales externas como el aspecto de los alimentos. Por el contrario, las hipótesis centradas en la estimación del intervalo de tiempo transcurrido han recibido mayor apoyo empírico. Así, indican que los obesos tienden a pensar que ha pasado más tiempo que el real en aquellas situaciones en las que están sometidos a estados de aburrimiento, la hora es manipulada y se ven sometidos a condiciones estímulares salientes. Todos estos resultados indicarían, de acuerdo a la hipótesis de la externalidad, que los sujetos obesos tienen una mayor sensibilidad a señales externas en comparación con sujetos de peso normal.

Actualmente, y debido a la escasa verificación experimental que ha recibido, la hipótesis de la

externalidad está en vías de ser rechazada (Saldaña y Rossell, 1989). Sin embargo, y paradójicamente, el control estimular, como técnica terapéutica, sigue siendo de uso obligado en la mayoría de los paquetes terapéuticos de enfoque conductual, dirigidos al tratamiento psicológico de la obesidad en poblaciones adultas e infantiles.

3. La hipótesis del balance energético

Este modelo hipotético sostiene que la acumulación de grasa y el consiguiente sobrepeso tienen lugar porque en algún momento el organismo ha tenido un balance de energía positivo. Es decir, la cantidad de energía ingerida ha sido superior a la cantidad de energía gastada, lo que da lugar a un incremento de peso paulatino y a un aumento de la cantidad de tejido adiposo, debido a una hipertrofia o a una hiperplasia del mismo (Saldaña, 1994). Esta argumentación podría llevar a pensar que la solución está en reducir el número de calorías ingeridas y aumentar mediante actividad física el gasto de las mismas. Sin embargo, el planteamiento está lejos de ser tan simple.

Aunque suele asumirse que los obesos se caracterizan por una sobreingesta alimenticia, numerosos estudios llevados a cabo en contextos naturales han demostrado empíricamente que los bebés, niños, adolescentes y adultos obesos presentan niveles de ingesta alimentaria similares e incluso inferiores a los sujetos con normopeso (Linscheid, 1992). Es por ello, que las hipótesis actuales tienden a inclinarse hacia que la base de la explicación de que el balance energético sea positivo o negativo estriba más en el gasto de energía que en los niveles de consumo de la misma.

El gasto de energía puede producirse por dos razones: la actividad física y el gasto de energía del metabolismo basal que, al producirse en estado de reposo, representa un consumo de energía muy superior al ejercicio físico. En líneas generales, los niños obesos son menos activos que los no obesos. Sin embargo, un incremento en su actividad física conlleva, posiblemente, un gasto superior de energía por el mayor esfuerzo que supone el movimiento de su masa corporal. Por el contrario, puesto que la tasa metabólica puede verse reducida hasta un 30 por ciento, con el paso del tiempo, la reducción de calorías ingeridas podría no contribuir a la reducción de peso.

En cualquier caso, existen datos que tienden a confirmar el supuesto de que el ejercicio físico puede reducir, a largo plazo, la ingesta alimentaria tanto en poblaciones infantiles como en los adultos.

Respecto a la ingesta alimentaria, a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, comienzan a formularse hipótesis en torno a que los obesos tienen un estilo de comer propio, caracterizado por un ritmo de ingesta rápido, con bocados más grandes, más frecuentes y con menor número de veces de masticación. Aunque los estudios realizados con adultos han mostrado resultados contradictorios, la existencia de ciertas peculiaridades en

el estilo de comer se han defendido repetidamente en la literatura centrada en el análisis del comportamiento de poblaciones infantiles obesas. Estudios recientes han comprobado, incluso, que este tipo de hábitos en la alimentación no se ven influidos por la educación sobre nutrición u otros factores relacionados con la sobreingesta calórica (Friedman y Stokes, 1990). Además, comer rápido se asocia con una menor sensación de saciedad, con lo que el obeso tiende a ingerir más cantidad de alimentos en cada comida de los que en realidad necesita.

Existe un importante acuerdo sobre la influencia que ejercen los padres en los estilos de vida de sus hijos, de entre los que los hábitos alimenticios y el ejercicio físico son algunos ejemplos. Si, tal y como se apuntó anteriormente sobre la prevalencia de la obesidad, los hijos de obesos tienen mucha más probabilidad de ser igualmente obesos, cabría preguntarse el porcentaje de causalidad que corresponde a los factores ambientales frente a los hereditarios en dicho fenómeno. En este sentido, son cada vez más las publicaciones que hacen especial hincapié en la consideración de los modelos de aprendizaje a los que se ven sometidos los niños, como base de partida para el planteamiento de objetivos terapéuticos de la intervención.

Bibliografía

- GAVINO, A.: *Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento*, Pirámide, Madrid, 1995.
- GRADILLAS, Vicente: *Psicopatologías: signos y síntomas*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Málaga, Málaga.
- JIMÉNEZ, M.: *Psicopatología infantil*, Ediciones Aljibe, Málaga, 1994.
- GERARD SCHMIT: *Expresión somática, la obesidad infantil. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Biblioteca Nueva, volumen IV, capítulo VII.

Menos dolor y menos riesgos gracias al

láser

Láser: *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*, o lo que es lo mismo, Luz Amplificada por la Emisión Estimulada de Radiación. En 1917 Albert Einstein postuló la base teórica del láser describiendo sus propiedades físicas, y en 1960 Theodore Maiman construyó el primer aparato emisor de luz láser. En un principio, el láser se aplicó en el ámbito militar e industrial y su aplicación en medicina comenzó, aproximadamente, hace unos veinte años. El láser en medicina es un instrumento que puede incidir (cortar igual que un bisturí), cauterizar (quemar para coagular vasos sanguíneos) y vaporizar (eliminar) parcial o totalmente ciertos tejidos y lesiones de la piel y de otros órganos.

Montse García



Un láser es una luz pura, de una sola longitud de onda, y todas las propiedades de la utilización del láser se van a basar en este concepto de luz pura. La doctora Josefina Royo de la Torre, del Instituto Médico Láser, utiliza una metáfora para explicar, pero sin banalizar, el principio del láser. “Una luz se difunde en muchas direcciones y de una manera no homogénea. Si comparamos una luz con una manifestación de fotones hay algunos altos, bajos, con más energía y con menos. Esta disparidad justifica distintos tipos de movimiento ondulatorio. El láser, en cambio, es un ejército en el que todos los fotones son igual de altos, todos tienen la misma fuerza y viajan a la misma distancia de paso. Esta uniformidad le da a la luz del láser la característica de luz monocromática. Todos los fotones viajan a la misma velocidad, son portadores de la misma energía y van en la misma dirección. Esta luz es específicamente asimilada por un color, al ser una luz que tiene una sola dirección es direccionable y al tener una distinta longitud de onda, hay distintas penetrabilidades.”

La base de funcionamiento de los láseres consiste en una luz específica y pura que es absorbida por un color. Un cromóforo es el color de la célula diana que se quiere destruir y en el organismo humano hay tres cromóforos fundamentales: el rojo de la sangre, el negro de la melanina y el transparente del agua. Es decir, cuando tenemos una luz pura y disparamos al rojo, las células que tengan ese color se van a calentar y se van a destruir, pero sólo las de ese color,

porque el resto de los tejidos no van a absorber la luz.

Pero como explica el doctor Javier Moreno Moraga, “un láser no es una caja de zapatos de la que sale una luz, ni basta con seguir las instrucciones del fabricante para conseguir resultados óptimos de aplicación. Para una correcta aplicación del láser hay que dominar conceptos como la longitud de onda, la emisión de pulso o los sensibilizadores de la piel”.

La base de funcionamiento de los láseres consiste en una luz específica y pura que es absorbida por un color; cuando disparamos al rojo, las células que tengan ese color, se van a calentar y se van a destruir, pero sólo ese color porque el resto de los tejidos no van a absorber la luz.

“Además de que cada luz es absorbida por un color, esos colores no están todos a la misma profundidad. Las características de la longitud de onda que tenga la emisión van a hacer que ésta sea más penetrante. Es decir, cuando tenemos una longitud de onda corta la penetración es muy escasa. Por ejemplo, una mancha de melanina

está muy superficial, pero las varices que son susceptibles de ser tratadas con láser están a 4 o 5 milímetros de profundidad y es necesario para ellas otro tipo de láser.”

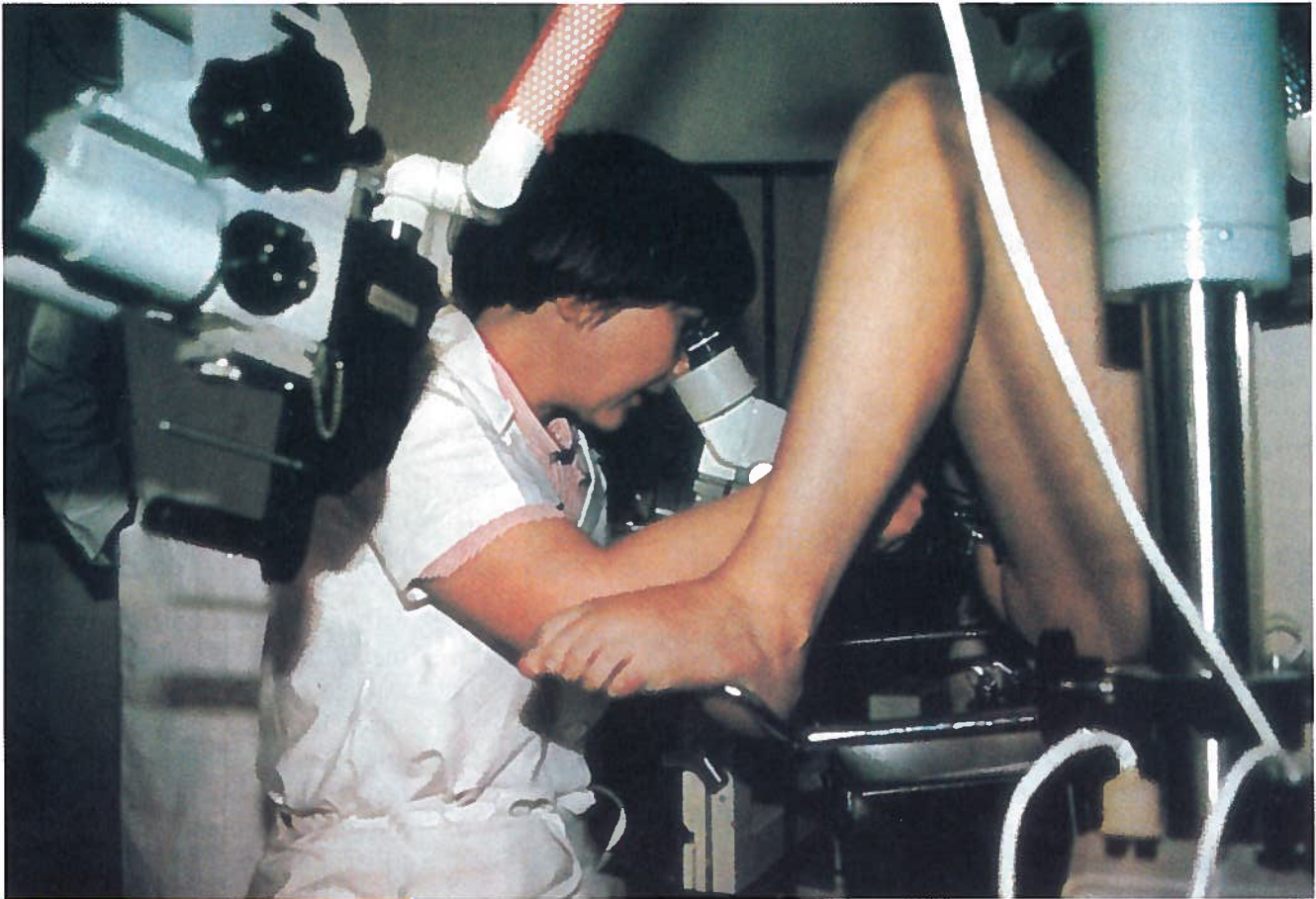
Por otro lado, es necesario tener en cuenta el tiempo de emisión de ese pulso. Cuando la energía es suministrada de una forma más lenta el cuerpo se calienta y no revienta.

La longitud de pulso hace que no se produzca el estallido de la célula que queremos destruir. Además, tiene otra ventaja, y es que cuanto más largo sea el pulso, más se aprovecha la energía del láser en profundidad.

Es igualmente necesario proteger la piel para que el calentamiento que se produce destruya la célula sobre la que se dispara pero no produzca daños en la piel. Todos los sistemas, de una forma u otra, conllevan el enfriamiento de la superficie de la piel. Esto se consigue con un gel congelado, con la inyección de un gas que enfría o con un cristal de zafiro que mantiene una temperatura de 1° C. y mantiene la piel fría.

Otro sistema de enfriamiento es el que permite, en algunos láseres, que cada pulso se pueda fragmentar entre 1 y 5 impulsos, de forma que entre cada microdisparo exista un tiempo que hace que la superficie de la piel se enfríe sin que deje de enfriarse la profundidad o tejido diana que queremos tratar. El sistema de multipulso es empleado por una línea de láseres que tiene como fin la protección de la piel y que permite, junto con otros sistemas, tratar las pieles más oscuras.

La línea de investigación en los tratamientos con láser, tanto



Modernas técnicas que incluyen el láser permiten eliminar, con relativa facilidad, cánceres de cuello uterino detectados en su fase más precoz.

Las ventajas del láser son evidentes: como instrumento quirúrgico el corte y la coagulación se realiza con un solo instrumento y con menos daño tisular, lo que permite una cirugía con menos hemorragias, menos inflamación y un mejor postoperatorio.

cosméticos como en tratamientos de enfermedades, se basa en la sensibilización específica del cromóforo para que con menos energía se pueda conseguir una mayor precisión en la destrucción. Los láseres actuales son herramientas de gran precisión y complejidad, y para apurar la calidad y el resultado están equipados de sistemas de defensa de la piel.

Para el doctor Moreno Moraga, “el láser como herramienta es un instrumento preciso, lo que no es tan preciso es el cuerpo humano. La cantidad de melanina que tiene un tejido diana ni tiene la concentración que quieres ni la misma sensibilidad en un paciente que en

otro. Por eso, para conseguir los mejores resultados es fundamental personalizar el tratamiento de cada paciente. “Para conseguir un buen resultado de aplicación del láser hay que manejar tres conceptos: que no quemé, que no duela y conseguir el máximo efecto. Sin embargo, todo esto hace que aunque pueda parecer sencillo el manejo de un láser sea necesaria una formación específica porque las instrucciones del fabricante no van a permitir que individualicemos al paciente y le tratemos correctamente. En definitiva, el láser va a hacer lo que nosotros le digamos, pero para que el resultado sea el mejor hay que decirle muchas cosas.”

Varias herramientas en una sola

Para los responsables del Instituto Médico Láser “las ventajas del láser son evidentes. Como instrumento quirúrgico el corte y la coagulación se realiza con un solo instrumento y con menos daño tisular, permite una cirugía blanca, con menos hemorragias, menos inflamación y un post operativo más amable. En cuanto a los láseres no invasivos, éstos permiten realizar acciones que otros instrumentos no permiten: por ejemplo, en el tratamiento de varices hay venitas pequeñas que con los procedimientos tradicionales pueden tener mejoras estéticas transitorias pero nunca permanentes”.

En cuanto a los efectos secundarios del láser, éste carece de ellos, si exceptuamos la posibilidad de las quemaduras. Cualquier lesión que se produzca con un láser será una derivación de una quemadura, y si ésta cicatriza bien, que es lo más habitual, no habrá ninguna señal o secuela posterior. Con los láseres muy sofisticados hay un riesgo de que cualquier quemadura queme los melanocitos y que pueda quedar una mancha blanca, pero es muy difícil que se produzca.

Para el láser quirúrgico, que corta y coagula, las complicaciones que pueden tener el láser son las mismas que el bisturí eléctrico, es decir, que no se corte debidamente, aunque éste es un efecto que se ve cuando se está realizando.

En principio, cualquier persona es susceptible de recibir un tratamiento con láser. Hay, no obstante, situaciones más difíciles que exigen extremar las precauciones. “Es el caso de los pacientes con fotosensibilización o que



Los láseres actuales son herramientas de gran precisión y complejidad, y para apurar la calidad y el resultado están equipados con sistemas de defensa de la piel.

toman medicamentos fotosensibilizantes; es decir, al estar aplicando un tratamiento de luz, si son específicamente sensibles hay que tener más cuidado”, confirma el doctor Javier Moreno.

“Otro caso particular es de los pacientes diabéticos o que tengan tendencia a la cicatrización por queloides, porque siempre existe la posibilidad de que haya una lesión cutánea por calentamiento, pero en una persona que no tenga ningún condicionante va a curar sin problemas. La última circunstancia con la que establecemos una mayor

precaución es el embarazo, ya que, aunque no hay ninguna contraindicación porque la penetrabilidad en un láser de tratamiento cosmético es de 4 a 5 mm, en las pieles más claras recomendamos que los tratamientos estéticos se realicen una vez finalizada la gestación.”

De prolongado a definitivo

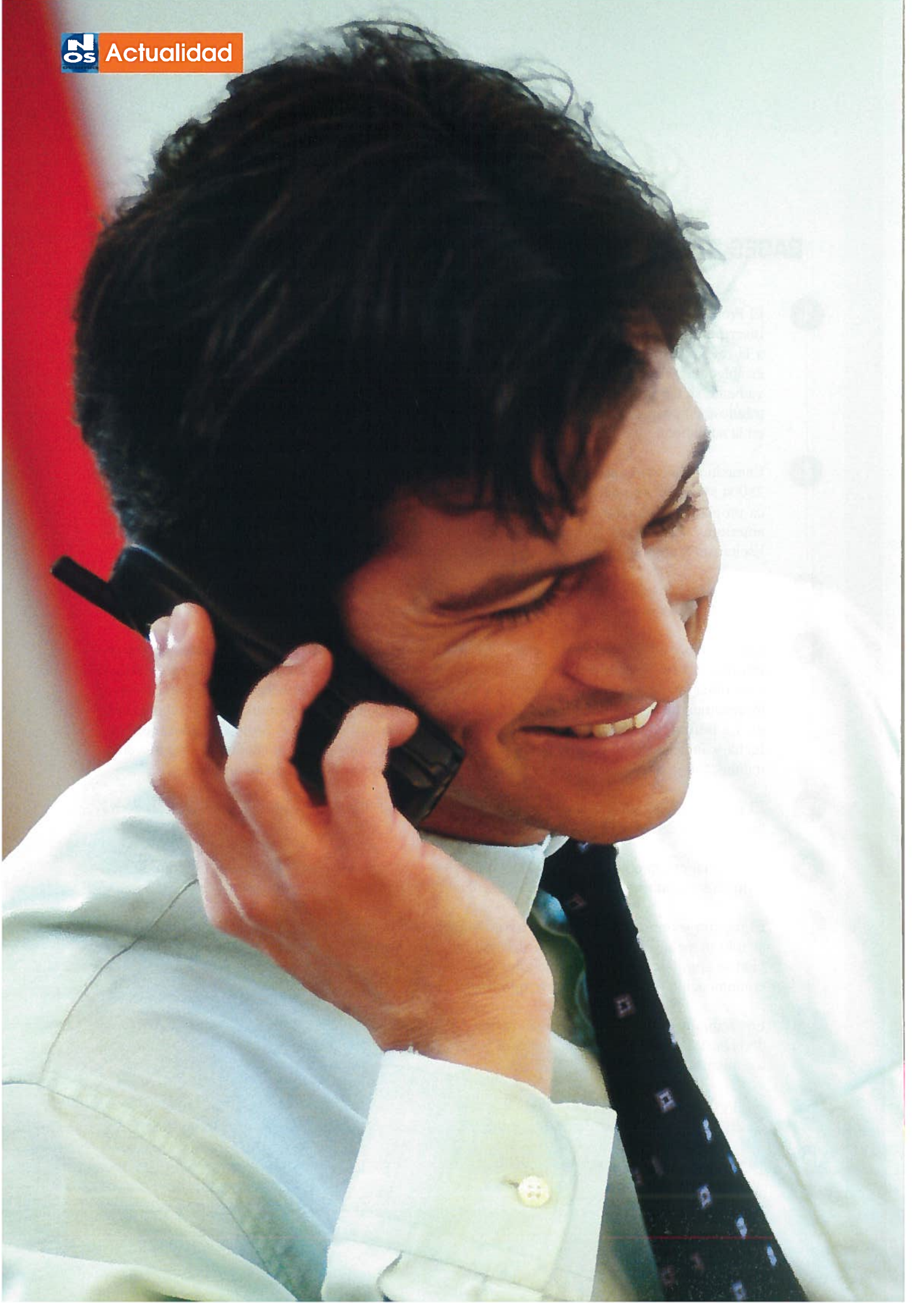
En cuanto a la duración de los beneficios de un tratamiento con láser el doctor Moreno aclara que “hablar de permanente, definitivo o prolongado es no querer precisar puesto que en medicina estos conceptos están perfectamente definidos. Si se demuestra que en tres generaciones de seres humanos hay un efecto que les acompaña hasta la muerte, este efecto se considera definitivo. Permanente se considera al efecto que supera en dos ciclos biológicos la duración normal de un proceso. Por último, un efecto es prolongado cuando tiene más duración que cualquiera de los otros procedimientos empleados”.

“Para algunas de las aplicaciones del láser, como la depilación, que lleva muy pocos años aplicándose, no se puede hablar de permanente porque no se han dado las condiciones necesarias para ello al no haber pasado dos generaciones que se hayan muerto sin vello tras una depilación por láser. En estos momentos estamos en condiciones de afirmar que todos los efectos que produce un láser no invasivo son procedimientos permanentes puesto que superan los dos ciclos biológicos de duración de cualquier proceso, aunque parece que los resultados conseguidos con el láser van a ser definitivos”.



BASES DEL V CERTAMEN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE FAE

- 1.** El Premio FAE consta de un primer premio de 200.000 pesetas, un accésit de 50.000 pesetas, una inscripción al congreso anual de FAE y una mención especial que incluye una inscripción a la revista NOSOCOMIO por un año (los premios están sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a Auxiliares de Enfermería y TCAE, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación requerida para el ejercicio de dicha profesión, no la ejercen en la actualidad.
- 2.** Entrarán a concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/ Fuencarral, 77 - 6º izqda. 28004 Madrid), requiriéndose que sean originales, novedosos, inéditos y relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores (El enfermo terminal, Alzheimer, Úlceras por presión, Desinfección y esterilización, Esclerosis Múltiple y Accidente Cerebro Vascular -ACV-).
- 3.** Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
- 4.** Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN A4, y a ser posible acompañados de soporte informático en Windows 95 o 98, mecanografiados en una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, debiendo ir las páginas numeradas. Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación de los mismos.
- 5.** El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 28 de febrero del año 2001.
- 6.** El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7.** El premio se entregará el 12 de mayo, coincidiendo con el Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
- 8.** Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, quien se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9.** No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y el Comité Científico de NOSOCOMIO.
- 10.** La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.



Teléfonos móviles y salud

Vanessa Valverde

Más de 400 millones de móviles repartidos por todo el mundo, 20 de ellos en nuestro país, son datos de suficiente calibre para ser objeto de estudio desde todos los ámbitos, también desde el sanitario. Se trata de un caso más en el que la tecnología se ha constituido en una auténtica revolución social, pasando a formar parte de nuestra vida cotidiana. La alarma no ha tardado en saltar y no son pocos los que se han preguntado sobre las posibles repercusiones de los teléfonos móviles en nuestra salud.

En Gran Bretaña, el Gobierno laborista ha decidido tomar precauciones en el asunto y obliga a los proveedores de los teléfonos a incluir una advertencia sobre los riesgos que pueden suponer para los niños, aunque éstos no estén aún demostrados.

Los estudios al respecto han comenzado a proliferar, aunque es pronto para hablar de conclusiones exactas. Hospitales, centros de investigación y las propias compañías proveedoras de los celulares se han apresurado a investigar los efectos de estos pequeños aparatos.

La mayoría de estos estudios coinciden en que nuestro organismo genera unas respuestas biológicas al campo electromagnético que se crea con la emisión de radiaciones por la antena del móvil cuando está encendido. El problema estriba en saber si los efectos que se producen son o no nocivos.

Posibles alteraciones en la salud

Muchos usuarios presentan algunos síntomas comunes como dolores de cabeza, insomnio, crisis nerviosas o molestias en el oído y tímpano. En ocasiones, según los expertos, éstas no son más que alteraciones producidas por otro tipo de enfermedades o por un determinado ritmo de vida; y es que, como en muchos otros casos, la alarma social ha creado una psicosis colectiva.

El hospital madrileño Ramón y Cajal ha comenzado este año, a través de su departamento de Bioelectromagnetismo, la coordinación de un proyecto en el que participarán doce equipos

procedentes de toda Europa. La investigación, denominada Reflex, tratará de sacar conclusiones sobre los efectos de las radiaciones en los seres humanos y se prolongará hasta el año 2003.

Otro de los centros que ha abierto una línea de investigación sobre el asunto ha sido el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), a través de proyectos de simulación para medir la tasa de energía absorbida por el organismo en cuanto a las radiaciones de las antenas de los móviles.



Según Mercedes Martínez, miembro del Instituto de Física Aplicada del CSIC, “en la actualidad, con los estudios realizados hasta ahora, no hemos encontrado repercusiones nocivas en las radiaciones de los móviles. El único efecto comprobado es el térmico, es decir, que algunas partes del cuerpo sufren un calentamiento, pero no se puede decir que éste sea un efecto nocivo, aunque puede dar lugar a síntomas como la fatiga o el insomnio, lo que se conoce como *stress térmico*”.

Martínez recomienda tomar una serie de medidas de precaución ante la creciente preocupación social que se ha generado. “Es conveniente mantener la antena alejada unos dos centímetros de la cabeza y de los ojos durante las conversaciones. También es aconsejable evitar su uso cerca de una pared o dentro de espacios reducidos como los vehículos, en los que puede producirse una reflexión que no siempre tiene por qué ser aditiva, pero lo mejor es tomar precauciones.”

En realidad, lo que más preocupa tanto a los ciudadanos como a los propios investigadores es la posibilidad de que la exposición abusiva a las radioondas que emiten los teléfonos móviles pueda aumentar el riesgo de tumores cerebrales.

Algunas experiencias destacan una variación en el encefalograma cerebral cuando se aplica el móvil al paciente. Por el momento no se ha demostrado científicamente que se den más cánceres de este tipo en personas que tienen un contacto frecuente con el teléfono, aunque éste sigue siendo el objeto de estudio central de las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora.

Otro de los efectos estrictamente demostrados es la alteración cerebral que se produce durante las primeras fases del sueño de movimientos oculares no rápidos (NREM) cuando la persona ha estado expuesta con poca anterioridad a las radiaciones.

Efectos sobre la infancia

En lo que la mayoría de los científicos parecen coincidir es en la posibilidad de que todos

estos efectos puedan afectar en mayor medida a niños y adolescentes. Su cuerpo es mucho más delicado que el de los adultos al no estar aún plenamente desarrollado su sistema inmunológico y las radiaciones pueden penetrar en su organismo con mayor intensidad.

Según Mercedes Martínez, “dado que aún existen dudas sobre sus posibles efectos en las personas, se ha aplicado el principio de precaución en el asunto, y los primeros protegidos, debido a su situación de desarrollo, serán los niños”. Por este motivo, se recomienda que los niños y los adolescentes no manipulen móviles encendidos.

A esta recomendación han tenido que salir al paso las compañías proveedoras de teléfonos móviles, para quienes el mercado de los jóvenes constituye en la actualidad una parte importante de las ventas totales. Alguna de esas compañías asegura que las radiaciones de los móviles no perjudica a la salud del usuario, ya que las radiaciones que emite la antena de los móviles no tiene la potencia suficiente para alterar el organismo de las personas.

Repercusiones de las antenas repetidoras

Otro de los problemas que entraña la polémica sobre las radiaciones de los teléfonos móviles es la situación de las antenas repetidoras que han proliferado de forma paralela al uso de este tipo de telefonía, y han pasado ya a formar parte del paisaje urbano de cada ciudad.

Muchos de los vecinos que tienen una de estas antenas situadas a pocos metros de su vivienda, o sobre la azotea de su edificio,

reclaman información exacta sobre las repercusiones que pudiera tener sobre su estado de salud. Algunos se quejan de síntomas semejantes a los del *stress* calórico que producen los campos magnéticos, tales como dolores de cabeza, insomnio o malestar en general.

Lo que más preocupa es la posibilidad de que la exposición abusiva a las radioondas que emiten los teléfonos móviles pueda aumentar el riesgo de tumores cerebrales.

Mercedes Martínez, sin embargo, piensa que “todo dependerá de la potencia que presente la antena y las distancias de seguridad que se tomen deberán estar de acuerdo a ellas. En nuestro país, las radiaciones que emiten estas antenas para el público en general son bastante bajas y es difícil que tengan repercusión en la salud”.

Mientras tanto, y a la espera de conclusiones exactas, nuestro Estado se ha adherido a una recomendación del Consejo Europeo sobre la exposición de la gente a los campos electromagnéticos en la que se establecen las potencias máximas permitidas. Para muchos, sin embargo, la medida no es suficiente y desde el Congreso se ha instado al Gobierno a que elabore una normativa de carácter vinculante que regule la exposición del público a estos campos.

- Es conveniente situar la antena del móvil lo más alejada posible del cerebro y de la oreja, basta con separarla dos centímetros para que disminuya su radiación sobre nuestro organismo. Al mismo tiempo, es aconsejable separar un poco el auricular del oído cuando se hable.
- No es recomendable el uso de teléfonos móviles por niños menores de 16 años. Su masa cerebral está aún en formación y puede ser más sensible a las radiaciones; además, su sistema inmunológico no está aún plenamente desarrollado.
- No debe usarse el móvil dentro de los coches, ya que el metal de la carrocería produce un efecto de reflexión de las ondas que puede aumentar su potencia.
- Es conveniente no llevar el teléfono móvil en la chaqueta cerca del corazón, ni en los bolsillos del pantalón cercanos a la ingle. Los enfermos de corazón deben tener especial cuidado con esta recomendación, sobre todo si llevan marcapasos, ya que podría provocar interferencias con su generador de impulsos.
- Hay que evitar acercar el aparato a los tejidos blandos del cuerpo, sobre todo a los ojos, que tienen un gran contenido acuoso y presentan una gran capacidad para absorber la radiación del móvil.
- Lo ideal es utilizar el móvil para enviar mensajes cortos y hacer llamadas urgentes, evitando su uso excesivo.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS

El doctor Moya Mir, jefe de Urgencias de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, es el coordinador del libro *Normas de actuación en Urgencias*. El manual, en el que han participado más de 70 médicos de distintas especialidades, recoge una serie de premisas informativas de carácter útil para la actuación eficaz de los médicos en este servicio hospitalario.

La obra responde a una demanda creciente, ya que en España se atendieron durante 1999 más de 13 millones de urgencias en los centros hospitalarios; de ellas, sólo el 20% de los pacientes llegan por indicación expresa de un médico.

Además, según el doctor Moya Mir, "al no existir la especialidad de Urgencias dentro de la Medicina, en la mayoría de los casos los doctores que ocupan los puestos en urgencias son residentes jóvenes en sus primeros años, de ahí la necesidad de unificar criterios de actuación con el fin de facilitar el aprendizaje y al mismo tiempo beneficiar a los pacientes".

El humor también se aprende

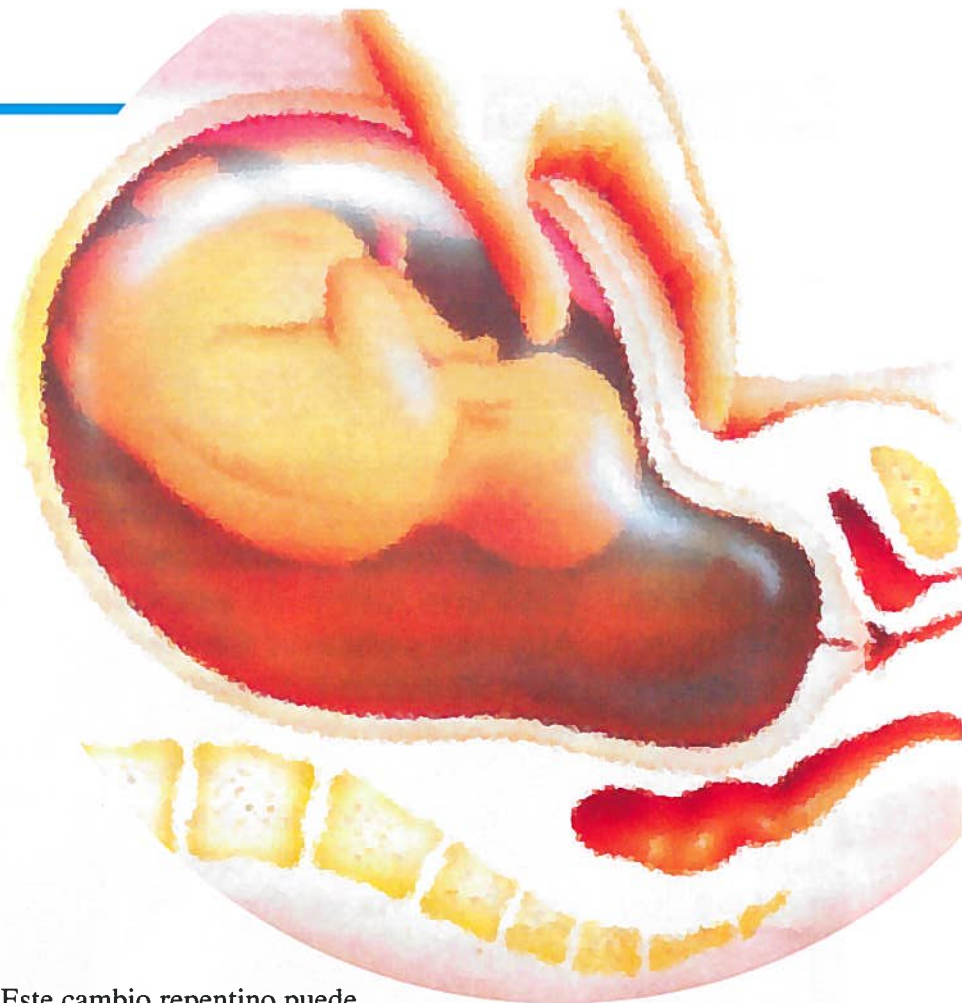


El sentido del humor se adquiere con el aprendizaje, según han demostrado recientes estudios. No es, por tanto, una cualidad hereditaria, como otros rasgos de la personalidad, sino que depende de la educación y de la cultura que se haya recibido.

Un equipo de investigación británico comprobó que parejas de gemelos (que tienen exactamente los mismos genes) y de mellizos (sólo tienen iguales la mitad de genes) obtenían los mismos resultados en una prueba para medir el sentido del humor. Esto indica que es el entorno, y no la genética la que hace que estos hermanos tengan una sensibilidad para el humor parecida.

La influencia de la formación y la educación es, por tanto, clave para dar forma al tipo de humor en las personas. Esto explicaría, por ejemplo, por qué los chistes populares son tan diferentes de una nación a otra o el hecho de que dentro de un mismo país se piense que el sentido del humor es distinto de unas regiones a otras.

El oxígeno puede producir abortos



Los abortos producidos sin causa aparente podrían estar relacionados directamente con un aumento anormal de oxígeno en el feto. Un estudio ha comprobado que el nivel de oxígeno en la sangre que llega al cordón umbilical durante el embarazo es muy bajo, excepto entre la octava y la decimoquinta semana momento en que se triplica su valor.

Este cambio repentino puede ser perjudicial para el feto y, unido a otros factores, puede llegar a producir un aborto espontáneo.

Los investigadores creen que las células denominadas citotrofoblastos, que sujetan la placenta a la matriz e invaden los vasos sanguíneos para limitar la llegada de oxígeno al feto, empiezan a desaparecer entre las ocho y

las diez primeras semanas, lo que podría explicar este tremendo aumento del volumen de oxígeno.

Un medio de disminuir el riesgo de aborto sería administrando a la embarazada vitaminas antioxidantes durante este periodo del embarazo.

Etiquetas para personas ciegas

Una empresa británica ha desarrollado un sistema para que las personas ciegas puedan comprar prendas de vestir sin ayuda de nadie. La novedad consiste en incluir en estos productos una etiqueta realizada a base de fibras, que queda fijada en la prenda mediante un proceso electrostático. En la misma se detalla la marca, material, talla, color e instrucciones de lavado y planchado. La principal aplicación será hacer etiquetas que se incluyan en las prendas durante el proceso de

fabricación, lo que, además, ayudará a evitar las falsificaciones.

De esta forma las personas con deficiencias visuales se sentirán más independientes cuando vayan a comprar, pero además, sabrán también qué traje se ponen cada día o podrán escoger una prenda que haga juego con otra sin necesitar ayuda de los demás. Esta aplicación ya se ha comenzado a experimentar en ropa de vestir y deportiva para crear, por ejemplo, marcas y logotipos.



La alimentación Julio Boza a través de la historia

La historia de nuestra civilización ha estado siempre asociada con la alimentación, ya que como decía Montanari (1993), “la primera necesidad ineludible del hombre es la comida”, que es también placer, y entre estos dos polos —necesidad y placer— se ha establecido una difícil y complicada historia, muy condicionada por el poder y las condiciones socioculturales.

Lord Byron destacaba el papel de la alimentación cuando afirmaba “que toda la historia de la humanidad atestigua que

desde el bocado de Eva la dicha del hombre —el pecador hambriento— depende de la comida”. De hecho, durante milenios la alimentación fue la principal actividad del hombre, incluso tuvo una especial importancia en la formación de la familia, establecida desde el momento en que el hombre comienza a compartir su botín alimentario con una determinada mujer y con sus hijos, organizando su vida en torno a la alimentación, uno cazando y otro pescando, y la otra recolectando y elaborando comida (Ishige, 1987).

Desde entonces la comida deja de ser un acto individual para convertirse en una actividad social, que fortalece al grupo y contribuye a su cohesión. Esa importancia de la alimentación llega hasta identificarla con nuestras creencias, llamándole a Dios “Pan de Vida”, convirtiéndolo en lo que cada uno espera de Él, algo así como el maná, que con ser único alimento, sin embargo proporcionaba el sabor de lo que se deseaba, ya que las virtualidades de Cristo son ilimitadas, como las necesidades del corazón humano,

importancia de la alimentación que, en versos de Borges (1990) “desde el nacimiento del hombre, su agonía pide en la oración el pan de cada día”, nos define como nuestra mayor necesidad.

Según señalaban los clásicos, desde que la paloma volvió al Arca de Noé con la ramita de olivo en el pico, se supo que el olivo sobrevivió al diluvio y, desde entonces, en el Mediterráneo nos encontramos bajo este símbolo, que además de servir para coronar a poetas, permite aliñar, freír, conservar nuestros alimentos y acompañar el pan.

El cristianismo consolida la importancia de los alimentos que para él tienen un significado simbólico. El pan y el vino se convierten en alimentos sagrados, junto al aceite, elemento indispensable para las luminarias y para la administración de los sacramentos con los cuales se nace y se muere en la vida cristiana, particularmente a

Durante milenios la alimentación fue la principal actividad del hombre, incluso tuvo una especial importancia en la formación de la familia, establecida desde el momento en que el hombre comienza a compartir su botín alimentario.

partir del siglo IV, cuando el cristianismo se establece como culto oficial del Imperio. Empezan entonces a mezclarse



tradiciones griegas, latinas y hebreas, difundidas por todo el mundo, primero por los romanos y posteriormente por los cristianos, que necesitaban implantar esos cultivos en los países evangelizados para celebrar su liturgia. Con la difusión de la fe cristiana se extendieron esos cultivos y otros necesarios para el modelo de alimentación nacido en las orillas del Mediterráneo que llevaron por todo el mundo.

En la España musulmana especialmente durante el Califato de Córdoba, su edad de oro, se introdujeron y aclimataron una gran variedad de árboles y plantas cultivadas en países del Oriente Próximo, como los cítricos, granado, higuera, membrillo, níspero, palmera datilera, variedades de manzanos y perales, así como arroz, caña de azúcar, melones, sandías, pepinos, alcachofas, berenjenas, col, zanahoria, acelgas, espinacas, hierbas aromáticas, condimentos y un largo etcétera, que sirvieron para ampliar la oferta alimenticia, en algunos casos con varias cosechas al año, lo que permitía disponer, casi todo el

tiempo, de alimentos frescos, merced a los sistemas de regadío que implantaron, basados en represar agua de los ríos (azud), o mediante norias conectadas a extensas redes de acequias y conducciones subterráneas de agua (*qanat*) desde su origen a los lugares de cultivo.

Además, debemos a ellos una extensa lista de recetas culinarias que mejoraron nuestra gastronomía, llegadas a nuestros días particularmente a través de conventos de monjas.

La cocina andalusí se caracterizó por el uso de especias y de hierbas aromáticas empleadas como condimentos y como conservantes naturales de los alimentos, de los que deben destacarse: laurel, orégano, albahaca, tomillo, estragón, cilantro, hierbabuena, melisa, mejorana, pimienta, canela, almorí, azafrán, comino, mostaza, etc., y en muchos casos introdujeron su cultivo en España.

Una nueva ampliación de la lista de alimentos tuvo lugar tras el descubrimiento de América, que modificó profundamente nuestra alimentación.

La hospitalización domiciliaria

a estudio en el XII Congreso de Auxiliares de Enfermería

El Palacio de Congresos de Torremolinos, en Málaga, será el escenario del XII Congreso de Auxiliares de Enfermería que llevará a cabo la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE). El evento versará, como tema de estudio fundamental, sobre la hospitalización domiciliaria y se celebrará los días 30 y 31 de mayo y 1 de junio del próximo 2001.

Como todos los años, el espíritu de la Fundación ha sido el de centrar el debate en un tema de actualidad y de vanguardia dentro del campo sanitario y que, en especial, pudiera servir al interés del colectivo de los Auxiliares de Enfermería. En este caso, se ha decidido abordar un tema novedoso, como es la hospitalización domiciliaria, al que se puede augurar un gran futuro y en el que los Auxiliares de Enfermería pueden hacer importantes aportaciones como personal de enfermería.

La posibilidad de llevar a cabo una hospitalización domiciliaria tiene como antecedente los Hospitales de Día, que se están implantando en distintas provincias y con los que se están consiguiendo excelentes resultados. En éstos se ofrece atención y distintos servicios sanitarios a todas aquellas personas que necesitan un cuidado y seguimiento propio de la hospitalización, pero que, por diversas circunstancias, pueden recibirlos fuera del centro sanitario y, más concretamente, en su propio domicilio.

La hospitalización domiciliaria se aplica, igualmente, cuando el paciente no necesita ya de la infraestructura hospitalaria pero precisa todavía de los cuidados y atención sanitaria que recibía en el centro. Gran parte de estos cuidados, así como un seguimiento adecuado del proceso de recuperación del paciente, pueden ser dispensados por los Auxiliares de Enfermería en el domicilio del enfermo.

Las ventajas de esta modalidad asistencial son evidentes tanto para el paciente, que está en su propio entorno y ambiente, como para los recursos del sistema sanitario, porque permite, por ejemplo, agilizar las altas hospitalarias.

El Congreso que se celebrará en el Palacio de Torremolinos se centrará en resaltar la importancia de la figura del Auxiliar de Enfermería en el cuidado de enfermos, también en la hospitalización domiciliaria y la amplitud de funciones y cuidados que el Auxiliar de Enfermería puede desempeñar en esta modalidad de atención sanitaria.

La presidenta del duodécimo Congreso de FAE, Alicia Florido, manifiesta que “en esta ocasión se analizarán aspectos esenciales tanto para el Auxiliar de Enfermería como para el propio paciente, y que incluyen algunas normas básicas de seguimiento, funciones que desempeña el Auxiliar de Enfermería, protocolos, formas de actuación o los



requisitos necesarios para que un enfermo pueda ser atendido con una hospitalización domiciliaria”.

Como objetivos del Congreso, hay que hacer hincapié en la valoración de la posibilidad existente de que algunas personas que precisan cuidados hospitalarios o sanitarios puedan recibirlos en su ambiente familiar con la misma efectividad.

Asimismo, el objetivo específico de la FAE es resaltar la importancia del Auxiliar de Enfermería y la necesidad de su presencia para proporcionar el apoyo adecuado tanto al enfermo como a la familia hasta la finalización del proceso.

El éxito que precede a los congresos anuales celebrados con anterioridad a éste hace presagiar una gran acogida y seguimiento, dado el interés que tiene el tema central sobre el que discurrirán las jornadas, no sólo para los Auxiliares de Enfermería, sino también para aquellas personas que puedan verse en situación de precisar de los cuidados propios de la hospitalización domiciliaria.



Hospitalización Domiciliaria

**XII CONGRESO NACIONAL DE
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

**30 y 31 de mayo y
1 de junio de 2001**

**Palacio de Congresos
de Torremolinos
(MÁLAGA)**



SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
Paseo Amador 3 - 29005 Málaga

FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA
c/ Puencarral, 17 - 6º Izda, 28004 - Madrid
Tel: 91 921 92 45 - Fax: 91 921 92 92

CITAS

- Si llego a mi destino ahora mismo, lo aceptaré con alegría, y si no llego hasta que transcurran diez millones de años, esperaré alegremente también. **Walt Whitman**
- Si crees totalmente en ti mismo, no habrá nada que esté fuera de tus posibilidades. **Wayne Dyer**
- La educación es el descubrimiento de nuestra propia ignorancia. **Will Durant**
- Maestro, quisiera saber cómo viven los peces en el mar. —Como los hombres en la tierra: los grandes se comen a los pequeños. **William Shakespeare**
- Cuando la voz de un enemigo acusa, el silencio de un amigo condena. **Ana de Austria**
- Todo método consiste en el orden y disposición de aquellas cosas hacia las cuales es preciso dirigir la agudeza de la mente. **Descartes**
- Justicia es el hábito de dar a cada quien lo suyo. **Ulpiano**
- Todos los hombres se consideran héroes en tanto que no divisan el enemigo. **Vardhama**

SOPA DE LETRAS B

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

SOPA DE LETRAS A

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

Localiza las siete comunidades autónomas con las competencias sanitarias transferidas.

SOLUCIONES

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

Localiza siete de algunas de las acciones que tienen las plantas medicinales.

sobre salud laboral,
cuanto más sepas,
mejor...

LA SALUD LABORAL
EN EL MEDIO
SANITARIO

TOMO II

ASPECTOS
MÉDICO-PREVENTIVOS



LA SALUD LABORAL
EN EL MEDIO
SANITARIO

TOMO I

ASPECTOS
MÉDICO-PREVENTIVOS



Practica,
fomenta
y exige
SALUD LABORAL

CONSIGUE TUS EJEMPLARES PONIÉNDOTE EN CONTACTO
CON EL DELEGADO DE S.A.E EN TU CENTRO DE TRABAJO
O LLAMANDO AL TELÉFONO 91 521 52 24

S.A.E

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

AVISO IMPORTANTE SOBRE EL COLESTEROL Y LOS TRIGLICERIDOS



La dieta es uno de los principales hábitos de vida a modificar en el tratamiento de las hiperlipidemias, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares.

Puleva OMEGA₃ es leche enriquecida con grasa cardiosaludable (ácidos grasos Omega-3 y ácido oleico) y vitamina E. De esta forma Puleva OMEGA₃ contribuye desde la dieta habitual a mejorar el perfil lipídico.

