



nº 30 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Segundo Trimestre 2002

**XIII Congreso
Nacional de
Auxiliares
de Enfermería**

Situaciones estresantes

Los riesgos del no pensar

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

PROGRAMA DE FORMACIÓN FAE

PRESENCIAL Y DISTANCIA



FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

Fuencarral, 77 - 6ª Izqda. 28004 Madrid
Tels.: 91 521 52 24/95 Fax: 91 521 53 83



SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el equipo de cuidados
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y bulimia
- Antropología de la salud
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minusválido físico y psíquico I y II
- Bioética
- Biología de la nutrición
- Comunicación y relaciones humanas
- Control de estrés
- Cuidados al drogodependiente
- Cuidados al paciente geriátrico I y II
- Cuidados al paciente trasplantado
- Cuidados en cardiología
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II
- Cuidados en urgencias pediátricas
- Cuidados materno-infantiles
- Cuidados en U.C.I. pediátrica
- Cuidados intensivos
- Cuidados paliativos
- Cuidados, patologías y prevención del VIH-SIDA
- Cuidados pediátricos
- Curso básico de actualización de conocimientos I y II
- Curso básico de epidemiología
- Desinfección y esterilización
- Diseño, desarrollo y evaluación de programas para la salud
- Economía básica para personal sanitario
- Educación para la salud
- Educación sexual
- El paciente diabético. Educación y cuidados
- El paciente en la unidad de traumatología
- El paciente oncológico
- Emergencias en politraumatismos
- Formación de formadores
- Habilidades para trabajar en equipos sanitarios
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias I
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias II
- La salud a través de la historia de la ciencia
- Medio ambiente y salud
- Medios de comunicación y salud
- Metodología de la investigación científica
- Nutrición y dietética
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II
- Patologías asociadas a la menopausia
- Prevención cardiovascular
- Psicomotricidad, musicoterapia y psicodanza
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud pública y comunitaria en atención primaria
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias

SUMARIO

4

SITUACIONES ESTRESANTES

PATRICIA SOLANS, PSICÓLOGA CLÍNICA PRESENTA UN INFORME EN EL QUE ANALIZAN LOS RIESGOS QUE TIENE PARA NUESTRA SALUD NO PENSAR EN LOS PROBLEMAS QUE NOS PREOCUPAN.



7

CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

TRASPLANTES FUE EL EJE CENTRAL DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA QUE CONGREGÓ EN SANTANDER A MÁS DE 600 AUXILIARES.

11

TABAQUISMO

MÁS DE 25 ENFERMEDADES ESTÁN RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON EL CONSUMO DE TABACO, LO QUE LE CONVIERTE EN UNA EPIDEMIA DE ABRUMADORA MAGNITUD.

14

NAPRAPATÍA

ESTE TRATAMIENTO NATURAL PERMITE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE QUIENES SE SOMETEN AL MISMO.

44

PREMIO FAE

ENTREGADOS EN LEÓN LOS PREMIOS DEL VI CERTAMEN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE LA FAE.

46

PRÓTESIS

LA CARENCIA DE ALGUNA PARTE DE NUESTRO CUERPO ES SUSTITUIDA POR PRÓTESIS QUE SOLUCIONAN ESTA SITUACIÓN.





El tabaquismo

Fumar o no fumar. Ésta, que podría ser una cuestión de elección estrictamente personal, no lo sería tanto si reflexionáramos sobre las consecuencias directas e indirectas que el tabaquismo tiene tanto en el fumador como en quienes le rodean y en el conjunto de la sociedad.

Los costes sanitarios, económicos y sociales derivados del consumo del tabaco son altísimos. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo los costes de una sola de las enfermedades relacionadas con el tabaco, la EPOC (y hay más de 25 patologías), ascendieron en 1994 a 880 millones de euros y el número de muertes relacionadas con el tabaco se sitúa en 10.000 fallecimientos diarios en el mundo. Estas deberían ser cuestiones a tener en cuenta cada vez que se enciende un cigarrillo cuyo humo afecta, además de al fumador, a quienes están a su alrededor, provocando en los fumadores involuntarios, o pasivos, un mayor número de alteraciones respiratorias, cardíacas...

Las estadísticas revelan que es en la adolescencia cuando, en general, es más alto el inicio en el consumo del tabaco. La adolescencia se caracteriza por la búsqueda de la identidad, de la autoimagen, de la autoestima y por estos comportamientos es un periodo trascendental en la vida que definirá comportamientos y estilos de vida futuros. Puede ser para los jóvenes un momento de inseguridad en el que la pertenencia a un grupo y la aceptación por éste le llevan a adoptar comportamientos de vida poco saludables y caer en hábitos como el tabaco, el alcohol u otras adicciones igualmente peligrosas.

Por ello, es prioritario llevar a cabo medidas preventivas y campañas de concienciación que eviten el inicio en el hábito de los adolescentes. Además, es fundamental favorecer las medidas que permitan a los ya fumadores abandonar un hábito que, por término medio, le cuesta de 10 a 20 años de vida con independencia de la posibilidad de enfermedad de alguna de las 25 patologías relacionadas directamente con el consumo del tabaco.

La magnitud epidemiológica del tabaquismo deja clara la opción inicial. ¿Fumar? No fumar.

BUZÓN DE SUGERENCIAS

Apojo entre Auxiliares de Enfermería de Primaria

En el número anterior, leí en esta sección la visión que tenía de nuestro trabajo en primaria una compañera Auxiliar de Enfermería, como yo, y no sólo porque comparto todo lo que ella expresa, sino porque no quiero que sea una denuncia aislada, quiero ir más allá, y siguiendo sus argumentos expresar mi malestar y denunciar la situación a la que todos los Auxiliares de este nivel asistencial nos vemos sometidos. Diariamente, y a pesar del buen ambiente del equipo, sufro las consecuencias del desconocimiento que el resto de trabajadores tienen acerca de mis competencias, y me encuentro con situaciones en las que tengo que elegir (entre hacer o no) muchas de las tareas que la propia Administración no me reconoce (visitas a domicilio, urgencias, salidas a centros escolares, etc.) para no ser cuestionada profesionalmente y favorecer el buen funcionamiento del equipo. A pesar de que por diferentes vías se ha pedido que esto cambie, lo cierto es que trabajo "gratis", en algunos casos esporádicamente, como en el de las visitas a domicilio; en otros constantemente, como en la Unidad de Urgencias en la que repongo, esterilizo, etc., de forma sistemática;

pues el ya extinguido Insalud, en su último acuerdo, desestimó que formáramos parte de su plantilla.

Andrea del Río

100 euros por hijo

No está mal la medida del Gobierno de conceder 100 euros a las madres con hijos menores de tres años. Sin embargo, esta incentivación a la natalidad no se acompaña de una política de apoyo a la familia que esté en estrecha interacción con la política laboral. Algo que es imposible porque en lo que se profundiza es en el estudio del mercado laboral desde la óptica de una dura ideología neoliberal, sin ahondar en un estudio coherente con los cambios de la estructura social en cuanto concierne a la unidad familiar.

No deben incentivar el tener hijos sin primero facilitar guarderías en los centros de trabajo, o próximos a éstos, jornadas laborales reducidas acompañadas de bonificaciones pertinentes que faciliten la mejor atención de los menores, programas de atención domiciliar que apoyen en el cuidado de los hijos cuando éstos estén enfermos, excedencias retribuidas para el cuidado de los hijos.



En fin, propicien una ley para el apoyo a la familia con sentido, de una vez por todas, y de trato igualitario para madres y padres.

Carmen García Planellas
Secretaria Acción Social SAE
Sindicato de Auxiliares 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, 77 - 6º izq. 28004 Madrid / E-mail: fae@futurnet.es

Situaciones estresantes

Los
riesgos del
“no pensar”

TEXTO / Patricia Solans, *Psicólogo Clínico.*
Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.
Miembro de la Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica.
Miembro de la European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy

Cada vez más en nuestra cultura vivimos bajo la presión de situaciones estresantes que pueden desestabilizarnos. Dependiendo de cómo se “digeran” estas situaciones, podremos adaptarnos adecuadamente o podrán desencadenar situaciones conflictivas de mayor gravedad.

Hay momentos en nuestras vidas en los que el estrés es peor tolerado, en los que el estado mental es más frágil y tendemos a reaccionar peor a los contratiempos. Se instalan la inestabilidad emocional, la intolerancia o la frustración y la dificultad para aceptar la realidad de la vida. Se producen consiguientemente reacciones de decepción ante cualquier fracaso; respuestas agresivas, impulsivas o violentas cuando las cosas no salen como uno quiere; tendencia a huir o evitar los conflictos, sin poder encontrar una salida adecuada a las emociones (rabia, enfado, tristeza, envidia...) que nos perturban.

En definitiva, una ruptura en nuestro aparato psíquico, un régimen de no pensamiento donde las capacidades de análisis, juicio, comprensión, simbolización y memoria quedan muy disminuidas, hasta incluso anuladas.

Pero, ¿qué riesgos podría traer el “no pensar”, el “no digerir los conflictos”? Podemos tomar dos actitudes para dar salida al conflicto emocional:

1. Pensar antes de actuar y, una vez que se ha comprendido el problema, poner en marcha soluciones que se adecuen a lo pensado.
2. No pensar, lo cual llevaría a la persona a una acción directa (sin pensamiento) y a una evitación de la confrontación al

conflicto, bien por vía somática o bien por descontrol de impulsos (conductas agresivas, donde la persona daña a otros o se daña a sí misma, hasta poder llegar al extremo de autodestruirse: drogas, suicidio...).

Nos centraremos en este artículo en los desórdenes psicósomáticos, aunque no son menos importantes las conductas agresivas y violentas, que podremos tratar en otra ocasión.

Cada vez más los médicos reconocen que ciertas enfermedades se ven influidas por perturbaciones emocionales; los psicólogos contribuyen con información a esta relación; muchos psiquiatras dedican su

En los desórdenes psicósomáticos, el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento que puede provocar daños en órganos y tejidos

atención a distintos aspectos del problema y en este campo entran psicólogos experimentales y clínicos. La medicina psicósomática y el estudio de los problemas emocionales en relación con la enfermedad expresan la convergencia en este interés desde todas direcciones.

Cuando una persona se ve sujeta a estrés, sea de procedencia interna o externa, si no encuentra

salida a la irritación por vía mental (por ejemplo, poder expresar el enojo a través del lenguaje), puede ocurrir que la irritación viva el cuerpo, produciéndose reacciones en el mismo.

No es nueva la idea de que las perturbaciones emocionales están unidas a un exceso de actividad fisiológica, que puede producir enfermedades. En los desórdenes psicósomáticos, el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo que puede incluso provocar daños en órganos y tejidos. Se trata de enfermedades en las que la mala adaptación emocional o las alteraciones emocionales dominan y pueden llevar a lesiones orgánicas, alterando el funcionamiento visceral.

La tensión visceral, al no tener alivio o salida posible en la expresión o en la acción, aumentará, produciendo una alta gama de alteraciones fisiológicas. Cuando tal tipo de sucesos ocurra repetidas veces, los cambios viscerales sobrepasan los límites



normales, se vuelven patológicos y producen desórdenes psicossomáticos. Tal origen se atribuye hoy en día a muchos casos de úlceras pépticas, asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión, migrañas, disfunciones sexuales, algunas afecciones de la piel...

El individuo que sufre un desorden psicossomático trata de descargar sus tensiones y aliviar su ansiedad mediante procesos autónomos y viscerales directos (inconscientes). Podemos ver un ejemplo en un paciente tratado con psicoterapia, que acudió a consulta después de que los médicos no encontraran más que soluciones de alivio sintomático a su asma bronquial y problemas de la piel. Pudimos comprobar el aumento de los episodios de asma y problemas dermatológicos cuando el paciente consideraba que su esposa no le prestaba suficiente atención.

Otro caso significativo es el de un alto ejecutivo que enfermó de úlcera tras ser despedido injustamente por su jefe. En la psicoterapia él quiso en un principio dar la impresión de indiferencia hacia el asunto, pero cuando pudo empezar a expresar el enorme resentimiento hacia su jefe, su mejora médica fue considerable. Por tanto, son numerosos los casos de pacientes que, en cuanto dan salida mental al conflicto emocional, los síntomas mejoran ostensiblemente.

Por otra parte, los desórdenes psicossomáticos también pueden ser vistos como "adaptaciones":

1. Porque ponen en lugar de una situación intolerable una enfermedad física real o aparente. En lugar de volverse neurótica o psicótica, la persona enferma físicamente. En

la mayor parte de las culturas una enfermedad física es aceptable, mientras que se considera a la enfermedad mental como una debilidad inaceptable o como una locura.

2. Porque aunque el desorden psicossomático conlleva una gran ansiedad, ésta será más fácil de soportar que una ansiedad basada en conflictos surgidos de impulsos infantiles.



3. Porque pueden proteger a un paciente de caer en una psicosis, aunque tanto los procesos que llevan a un desorden psicossomático como a una psicosis son inconscientes.

4. Porque dan al paciente los privilegios otorgados a una persona enferma. Esta "ganancia secundaria", como se la llama, puede dar satisfacciones valiosas a una persona fundamentalmente inmadura.

5. Porque el paciente puede utilizar su enfermedad física como medio para obtener el interés, el cuidado y el afecto que ha estado necesitando desde siempre, pero que no ha podido obtener mientras estuvo sano.

Podemos concluir que una buena canalización del estrés que la vida cotidiana plantea (para no descargar el "mal humor" en el cuerpo o en las personas más cercanas), supondría:

- Darse una pausa para reflexionar los conflictos emocionales, tratar de pensarlos y entenderlos. Cuando las cosas se comprenden se pueden entender mejor.
- Dar prioridad al pensamiento antes que a la acción: pensar antes de actuar.
- Expresar las emociones a través del lenguaje. Utilizar el lenguaje para comunicar, no para manipular o agredir. Se trataría de controlarse pero sin no reprimirse.
- Poner en práctica la reflexión de conflictos para fortalecer las funciones yoicas: análisis, juicio, simbolización, concentración y memoria.

La maduración de la personalidad conlleva un mayor desarrollo de estos aspectos dejando que nuestra mente pueda conducir, en la medida de lo posible, nuestras vidas, ya que nuestro cuerpo no puede pensar y la acción sin pensamiento nos puede llevar a situaciones de descontrol. El éxito del tratamiento de los desórdenes psicossomáticos depende también de la cooperación inteligente y bien dispuesta del médico especialista y del psicólogo o psiquiatra, cada uno de ellos experto en su propia especialidad.

600 Auxiliares asisten en Santander a un Congreso sobre Trasplantes



Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería

El pasado mes de mayo se celebró en el Palacio de la Magdalena de Santander el XIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que supuso para la entidad organizadora, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), un nuevo éxito de convocatoria y organización. Al mismo asistieron más de 600 Auxiliares de Enfermería que participaron en un programa científico en el que se expusieron un total de 38 trabajos entre ponencias, comunicaciones, pósters y mesas redondas centradas en el eje del congreso, los trasplantes.

El acto inaugural estuvo presidido por el consejero de sanidad, consumo y servicios sociales, don

Jaime del Barrio Seoane. Además, participaron en el acto la concejala de sanidad del Ayuntamiento de Santander, María José García Repeto; el doctor Julio González Cotorruelo, presidente del Comité Científico y coordinador de trasplantes en Cantabria; la presidenta de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, Dolores Martínez Márquez; y la presidenta del Congreso, Nieves Delgado Ventura.

Tras el acto protocolario de inauguración comenzó el turno de los ponentes, el primero de los cuales fue el doctor José Manuel Revuelta, catedrático de cirugía por la Universidad de Cantabria. Algunos de los datos expuestos por este ponente

reflejan el auge de las donaciones y trasplantes experimentados en España en los últimos años. Los primeros trasplantes renales se realizaron en nuestro país en 1975, y desde que comenzó el Registro Nacional se han realizado 24.698 trasplantes renales, 8.681 hepáticos y 384 pancreáticos.

El doctor Revuelta afirmó en su intervención que la humanidad se ha sentido siempre atraída por los trasplantes desde la antigüedad, como lo demuestran las numerosas expresiones artísticas y literarias encontradas en la mitología sobre criaturas quiméricas, los centauros, los tritones o las sirenas. En la actualidad, el trasplante de órganos y tejidos constituye una realidad terapéutica para

El Congreso dedicó un espacio a las experiencias de trasplantados y familiares de éstos.



aquellos pacientes con un fallo irreversible de alguno de sus órganos o tejidos.

Por su parte, el doctor José Luis del Moral Echeverría, director general de Justicia de la CAM, expuso los principios generales de la Legislación sobre trasplantes de órganos y tejidos humanos. El marco normativo esencial en materia de cesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos lo constituye la Ley 30/79 de 27 de octubre sobre extracción y trasplante de órganos, que establece que estas actividades sólo podrán realizarse con una finalidad terapéutica, es decir, deben realizarse con el único propósito de favorecer la salud o las condiciones de vida del receptor, respetando siempre los postulados éticos de la investigación biomédica y los derechos fundamentales de la persona.

Asimismo, en la jornada inaugural participó el doctor Enrique Moreno González, premio Príncipe de Asturias en 1999 y jefe

del servicio de cirugía digestiva y trasplantes de órganos de abdomen del hospital madrileño Doce de Octubre, que centró su intervención en el trasplante hepático y pancreático.

Gran calidad en las comunicaciones de los Auxiliares de Enfermería

La participación de los Auxiliares de Enfermería se vio reflejada en las comunicaciones expuestas a lo largo de las tres jornadas en las que expusieron el trabajo realizado en distintos servicios y el papel que los Auxiliares de Enfermería desempeñan en los equipos de trasplantes.

Algunas de estas funciones son desarrolladas incluso fuera del hospital. Esta experiencia fue expuesta por Eulogia Calvillo, Auxiliar de Enfermería del Hospital Marqués de Valdecilla, en su comunicación "Qué aporta el Auxiliar de Enfermería en el trasplante de médula ósea en el domicilio. ¿Qué es la Hospitalización Domiciliaria".

Así, Eulogia Calvillo explicó que la hospitalización domiciliar es la que se dispensa a los pacientes que, sin precisar de toda la infraestructura hospitalaria, necesitan vigilancia activa o asistencia compleja, por lo que reciben cuidados médicos y de enfermería en el propio domicilio.

Es necesario no confundir esta modalidad con el seguimiento de enfermos crónicos, un sistema de consultas externas, un sistema de atención al enfermo terminal, una solución a problemas sociales o una solución a las situaciones de saturación del hospital.

En la hospitalización domiciliar el paciente y la familia son informados del tipo de asistencia que se ofrece y la aceptan de forma voluntaria. Los procesos que se atienden son transitorios, la atención debe ser continua y el paciente dispone (como ocurre en el hospital) de personal sanitario cualificado y de todos los recursos hospitalarios.

El programa de hospitalización domiciliar se divide en dos fases



Arriba, una de las autoras de la comunicación merecedora del segundo premio y elaborada por un equipo de AE del Hospital Doce de Octubre de Madrid. Abajo, el doctor Enrique Moreno durante la exposición de su ponencia.

bien definidas. La primera fase o de acondicionamiento, y la segunda fase, la atención al paciente en su domicilio y que comienza una vez infundidas las células progenitoras hematopoyéticas. En esta fase es fundamental la labor del Auxiliar de Enfermería en cuanto al seguimiento realizado al paciente en su domicilio. Tiene una actividad bien definida en cuanto a la provisión y coordinación de recursos y en la atención al paciente si acude al hospital para que le sean realizadas pruebas complementarias para que éste permanezca en el centro el menor tiempo posible.

Por su parte, los Auxiliares de Enfermería del valenciano Hospital Universitario Dr. Peset, Julia Villoria Lecussán y M^a Paz Santos García presentaron “Apoyo emocional para el enfermo en



espera de trasplante renal”, con el objetivo de describir las fases anímicas por las que pasan los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Los Auxiliares de Enfermería, por el contacto directo que tienen con los pacientes para proporcionarles los cuidados básicos, son los profesionales sanitarios que primero perciben el estado de ánimo de aquellos.

En este sentido, destacaron que la tendencia general en estos

pacientes es la de experimentar estados de ánimo bajos cuando comienzan las sesiones de hemodiálisis junto a fases de euforia y esperanza cuando aparece la posibilidad de ser trasplantados, que se transforman en una reducción de la esperanza a medida que transcurre el tiempo y no se materializa el trasplante.

Para conocer la situación anímica de los enfermos en lista de espera para un trasplante renal, los autores realizaron una investigación entre estos pacientes en

la Unidad de Diálisis Periódicas y la Unidad de Agudos del Hospital Ramón y Cajal, cuyos resultados finales revelaron unos mayores índices de ansiedad y depresión entre estos pacientes que entre la población general. La conclusión que se puede extraer en consecuencia es que el personal de enfermería debe fomentar habilidades y comportamientos afectivos y efectivos que ayuden a mejorar el estado de ánimo de estos pacientes.



*Jóse Luis López del Moral Echeverría, director general de Justicia de la CAM, planteó la "Legislación de trasplante de órganos y tejidos humanos".
Abajo, una Auxiliar de Enfermería en un momento de su intervención.*



Por último, afirmaron que la ayuda emocional es tan importante como los tratamientos médicos y los cuidados de enfermería, por lo que las personas que cuidan de la salud deben saber que una actitud alegre ayuda a los pacientes a superar su ansiedad y miedo.

Como punto final del programa científico, intervinieron personas que han vivido muy cercana esta realidad sanitaria en sí mismos o en algún familiar. En la mesa redonda "Integración social del trasplantado" se contaron distintas experiencias de cómo afecta un trasplante no sólo

al paciente sino a todas las personas de su entorno.

Premios a las mejores comunicaciones y póster

En la jornada de clausura de este congreso se entregaron los premios a las mejores comunicaciones y mejor póster presentado por los Auxiliares de Enfermería en este evento.

El primer premio a la mejor comunicación se concedió a la titulada "Trasplantes de ligamentos y tejidos" elaborada por Elena Gaztañaga Fernández de Retama, Julia Enriqueta Muñoz García, Isabel Sevillano Aparicio y Cecilia Talledo Arco, Auxiliares de Enfermería del Hospital de Basurto de Bilbao.

El segundo premio se entregó a los autores de "Trasplante de médula ósea en la unidad de cuidados intensivos pediátricos", de Luisa Polo Mínguez, Amparo Aragón, Araceli Prado, Ángeles Macías, Rafael Pozo y Yolanda de Lamo, Auxiliares de Enfermería del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid.

Asimismo, el premio al mejor póster se entregó al trabajo "Una llamada, una vida", elaborado por M^a Anunciación Encinas Santos, Auxiliar de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Por último, la presidenta de FAE, Dolores Martínez, anunció en la jornada de clausura que el décimocuarto Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería se celebrará en Tenerife, y que el eje central del mismo será Oncología, invitando a todos los profesionales a participar en esta cita con el mismo entusiasmo para que la respuesta en esta nueva convocatoria resulte igualmente un éxito.

Malos humos para nuestra salud

TEXTO / Montse García

La planta del tabaco (*Nicotina tabacum*) pertenece a la familia de las solanáceas (como el tomate, el pepino...) y son sus hojas las que se utilizan para su consumo. Desde su entrada en España en el siglo XV, el tabaco siempre ha contado con acérrimos defensores en el campo médico-científico en nuestro país. El más destacado de estos es el médico sevillano Nicolás Monardes, autor de la obra *Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven de medicina* (Sevilla, 1574) en cuya segunda parte dedica un amplio capítulo a la descripción de las innumerables virtudes curativas del tabaco. La obra adquirió tal reputación que tres años más tarde era traducida al inglés y en no más de un siglo fue objeto de cuarenta y dos ediciones sucesivas, siendo considerada como pionera en el campo de la farmacognosia. Tan importante fue el impacto del tabaco como agente terapéutico que, en un lapso de unos 25 años se editaron no menos de catorce libros en castellano y otras lenguas (portugués, holandés, inglés, francés, italiano y latín) analizando los efectos beneficiosos de la planta sobre más de noventa enfermedades y dolencias de muy diversa índole.

Desde entonces, el consumo de tabaco ha aumentado hasta convertirse, según todos los expertos

en una epidemia cuya magnitud es abrumadora. En la actualidad son atribuibles al consumo de tabaco el 30% de las muertes por todos los tipos de cáncer, el 65% de las producidas por cáncer de pulmón, el 35% de las causadas por enfermedad coronaria y el 90% de las originadas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La enfermedad cardiovascular, el cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema son el grupo de patologías más frecuentes pero, además, el tabaquismo aumenta la morbilidad, es decir, los fumadores sufren muchas más enfermedades.

Destaca también la disminución del rendimiento físico entre

los fumadores y otros aspectos como la halitosis y la aparición de manchas en los dientes. No hay que olvidar, tampoco, los efectos adversos y perversos que tiene sobre la piel, siendo una causa de su envejecimiento y también atrofia el sentido del olfato y del gusto. En definitiva, el tabaquismo se relaciona con una elevada tasa de morbilidad, relacionándose con más de 25 enfermedades.

Entre los años 1978 y 1982 murieron en España 621.678 personas por causas atribuibles al tabaco. Pero éste no es un problema que afecte únicamente a nuestro país, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el tabaco causa la muerte de cuatro millones de personas cada año y si las tendencias de consumo no varían en el año 2020 se producirán 10 millones de muertes por esta causa.



Cada año el tabaco causa 3.500.000 muertes en el mundo, es decir 10.000 muertes diarias, y siguiendo la tendencia actual los fallecimientos llegarán a 10.000.000 por año entre el 2020 y el 2030

Efectos de la nicotina y otros componentes

El tabaco es una droga legal, socialmente aceptada y cuyo consumo se ha convertido en la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. Los efectos nocivos del tabaquismo pueden presentarse con cualquier cantidad de consumo. Tal y como aseguran desde el Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) “no hay un consumo sano y seguro”.

En el humo del cigarrillo se han descrito más de 4.500 componentes tóxicos de los que más de 50 han demostrado ser cancerígenos. Destacan por su concentración y toxicidad cuatro grandes grupos: nicotina, monóxido de carbono (CO), agentes irritantes (fenoles y acroleínas) y agentes cancerígenos (entre otros, benzopileno, criseno, benzantraceno, ciclopentano, metilprinero).

Es la nicotina, principio activo del tabaco, la sustancia adictiva que, como tal, tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia farmacológica y psicológica y síndrome de abstinencia. Un cigarrillo normal de un gramo contiene más o menos 10-20 mg de nicotina, lo que significa

que 1-2 mg de nicotina entrarán en los pulmones con el humo (el 10% de cada cigarrillo).

La nicotina se distribuye rápidamente en la sangre y en los tejidos. Por su alta liposubilidad cruza fácilmente la barrera hematoencefálica lo que explica sus efectos inmediatos sobre el sistema nervioso central. Actúa también sobre el sistema cardiovascular por su actividad simpático-mimética y sobre el sistema gastrointestinal debido a su actividad parasimpaticomimética.

La acción de la nicotina sobre el sistema mesolímbico dopaminérgico es la responsable de la dependencia, puesto que este sistema es el encargado de regular las sensaciones placenteras del organismo. En definitiva, al incrementar la nicotina la sensación de placer, el fumador tiene avidez por esta sustancia y si no es nuevamente administrada, puede aparecer el síndrome de abstinencia. Esta acción explicaría también el hecho de que un ex fumador que entra de nuevo en contacto con la nicotina tiene mayor riesgo de recaer en el hábito ya que los receptores dopaminérgicos retoman inmediatamente su necesidad de nicotina. Entre las acciones que provoca la nicotina están el aumento de la tensión arterial, de la frecuencia cardiaca, de la glucemia, de la acidez gástrica...

Por su parte, el monóxido de carbono es un gas incoloro que procede tanto de la combustión del tabaco como de la del papel de la envoltura del mismo en el caso de los cigarrillos. Se absorbe y pasa rápidamente a la sangre, sustituyendo al oxígeno lo que justifica el hecho de que la sangre de las personas fumadoras esté menos oxigenada que la de las personas no fumadoras.

Los agentes irritantes actúan fundamentalmente sobre la mucosa bronquial del pulmón, provocando dificultad en la expulsión del moco y otros problemas respiratorios y los agentes cancerígenos son los responsables de la formación de los procesos tumorales y entre ellos destacan los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las aminas aromáticas y las nitrosaminas.

Un cigarrillo encendido perjudica al fumador y a quien comparte la habitación con él. En el cigarrillo encendido se producen dos tipos de corrientes de humo: la corriente primaria y la secundaria. La corriente primaria se genera en el cono de ignición del cigarrillo cada vez que el fumador da una calada y pasa al interior de su organismo. La corriente secundaria está formada por el humo que se escapa del cigarrillo encendido y que no ha podido inhalar el fumador activo. Esta corriente secundaria, que presenta una mayor concentración de componentes nocivos del tabaco (nicotina, monóxido de carbono, amoniaco, nitrosaminas, etc.), es la que va a afectar a los fumadores involuntarios, también llamados pasivos, que conviven con los fumadores activos.

Los fumadores involuntarios presentan, con mayor frecuencia que los que no lo son, alteraciones respiratorias, cardíacas,





En 1988 la Organización Mundial de la Salud establece el día 31 de mayo como Día Mundial sin Tabaco y plantea tres objetivos fundamentales:

- Llamar la atención de la opinión pública mundial sobre la problemática tabáquica.
- Implicar y hacer partícipes a las instituciones sanitarias gubernamentales y no gubernamentales tanto nacionales como locales en el tema.
- Aumentar el número de población abstinentes (no fumadora).

otorrinolaringológicas e incluso cáncer de pulmón. Los hijos de padres fumadores padecen un 30% más de infecciones respiratorias, un 20% más de crisis asmáticas y un 50% más de otitis que los hijos de padres no fumadores.

Dejar de fumar es posible

Entre las medidas de apoyo para abandonar el tabaco, la semFYC cita la ayuda psicológica (entrevista estructurada) y la terapia farmacológica.

El tratamiento no farmacológico, consiste en una primera fase, en la aplicación de una serie de cuestionarios que ayudan al profesional a valorar el grado de dependencia al tabaco. Al mismo tiempo, se va mentalizando paulatinamente al paciente de las innumerables ventajas de dejar de fumar. Así se forma, se motiva y refuerza el deseo y la voluntad para conseguir ese

fin. En una segunda fase se ofrecería ayuda profesional para el abandono del tabaco mediante el consejo médico que es preferible que se acompañe de la entrega de información de apoyo por escrito.

Por otro lado, las posibilidades del tratamiento farmacológico se han visto notablemente aumentadas con la reciente aparición del bupropión en nuestro país. Así, actualmente se cuenta con los tratamientos basados en los sustitutivos de nicotina y que se pueden administrar por vía oral (chicles y comprimidos para chupar), por vía nasal (inhaladores) y vía transdérmica (parches).

Además, desde hace pocos meses el tratamiento farmacológico se ha visto complementado con el bupropión, primer fármaco no nicotínico y en comprimidos que se está demostrando como una herramienta eficaz para

ayudar al fumador a conseguir abandonar el consumo de tabaco. Es un medicamento que actúa en el sistema nervioso central a nivel de los síntomas dopaminérgicos y noradrenérgicos controlando el impulso adictivo. El tratamiento completo dura, en líneas generales, de dos a tres meses.

Control del tabaquismo

En los últimos años se han dado pasos muy importantes en el control del tabaquismo. Entre estos destacan algunos como la prohibición legal de publicidad directa, la obligación de informar sobre los efectos perniciosos que el fumar tiene para la salud en cada cajetilla o la aprobación del Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo que regula la venta y el uso de tabaco, limitando los lugares de su consumo y la prohibición de vender tabaco a los menores de edad.

Naprapatía

La naprapatía es un moderno tratamiento manual de terapias contra el malestar en la musculatura, ligamentos, columna y articulaciones. Tiene su origen en la quiropráctica y en la disidencia de unos de sus especialistas, Okley Smith, que no compartía con los quiroprácticos algunas cuestiones relacionadas con las subluxaciones. Comienza así a trabajar de forma distinta a los quiroprácticos tratando, a diferencia de estos, el cuerpo como una unidad. La naprapatía es una terapia y un sistema de manipulación que trabaja con toda la anatomía y fisiología, no solamente en una vértebra concreta, sino con todos los segmentos en conjunto.

Con los años esta terapia llega a desarrollarse plenamente y tiene una gran implantación en los países nórdicos, especialmente en Suecia, donde este tratamiento está integrado en el sistema sanitario de salud. Cinco años de estudios en la Scandinavian College of Manual Medicine otorgan el título de doctor en naprapatía y la posibilidad de poder desarrollar estas técnicas en cualquier hospital sueco. En España, sin embargo, ésta es una especialidad que comienza a extenderse en la actualidad y de la que, todavía, existen pocos expertos implantados en el país.

El naprápata trabaja solamente de forma manual y nunca utiliza

medicamentos, en el supuesto de que esto sea necesario siempre remite al paciente al especialista adecuado. Manipula la columna vertebral buscando la zona afectada y localizando así las vértebras desviadas y los discos dislocados. Mediante la aplicación de leves presiones con sus manos ajustará la columna a su posición correcta. De esta forma, los nervios y terminaciones no sufrirán esa irritación que causa dolor y que se puede reflejar en otras partes del organismo.

El doctor Gutty Bryn, doctor en naprapatía, insiste en la idea: “el naprápata trata el cuerpo como una unidad. Tenemos problemas de inervación hacia ciertos segmentos y vamos tratando estos segmentos, cada articulación, pero también todos los elementos que pertenecen a esa articulación buscando las causas relacionadas con la misma. La búsqueda de la causa. Ésta es la gran diferencia de la naprapatía. Por ejemplo, en el caso del codo de tenista un terapeuta actúa directamente sobre el dolor aplicando, si lo considera oportuno, ultrasonidos u otras técnicas directamente sobre la molestia. Nosotros intentamos reducir cuanto antes la molestia, pero vamos buscando la causa del dolor y, normalmente, ésta está a nivel articular. Siempre buscamos la etiología de la enfermedad”.

“Una inflamación o tendinitis se puede mejorar con antiinflamatorios

**Medicina
natural
en la
columna**

TEXTO / M. García

pero las inflamaciones son reacciones normales del organismo; si eliminamos éstas con medicamentos le hacemos más daño a nuestro cuerpo que si buscamos la causa de la misma y actuamos sobre ella”, afirma el doctor Gutty Bryn.

El naprapata utiliza muy poca fuerza al hacer un ajuste, lo que provoca muy poca o ninguna molestia. Pero todo depende de la técnica, por lo que si la manipulación no se hace correctamente hay un riesgo de que el problema se haga aún mayor. De

El doctor Gutty Bryn, doctor en naprapatía, insiste en la idea “el naprapata trata al cuerpo como una unidad.

ahí la importancia de que sólo terapeutas cualificados apliquen estas técnicas.

Cualquier persona puede someterse a un tratamiento de naprapatía. Antes de empezar el tratamiento se realiza un chequeo de salud y, en casos necesarios, de neurología básica. La naprapatía es muy efectiva para combatir múltiples dolencias (dolores de cabeza, ciática, lumbalgia, estrés, dolor de pies, de manos...), únicamente descartan patologías que no les afectan como fracturas, cáncer o problemas psicósomáticos.

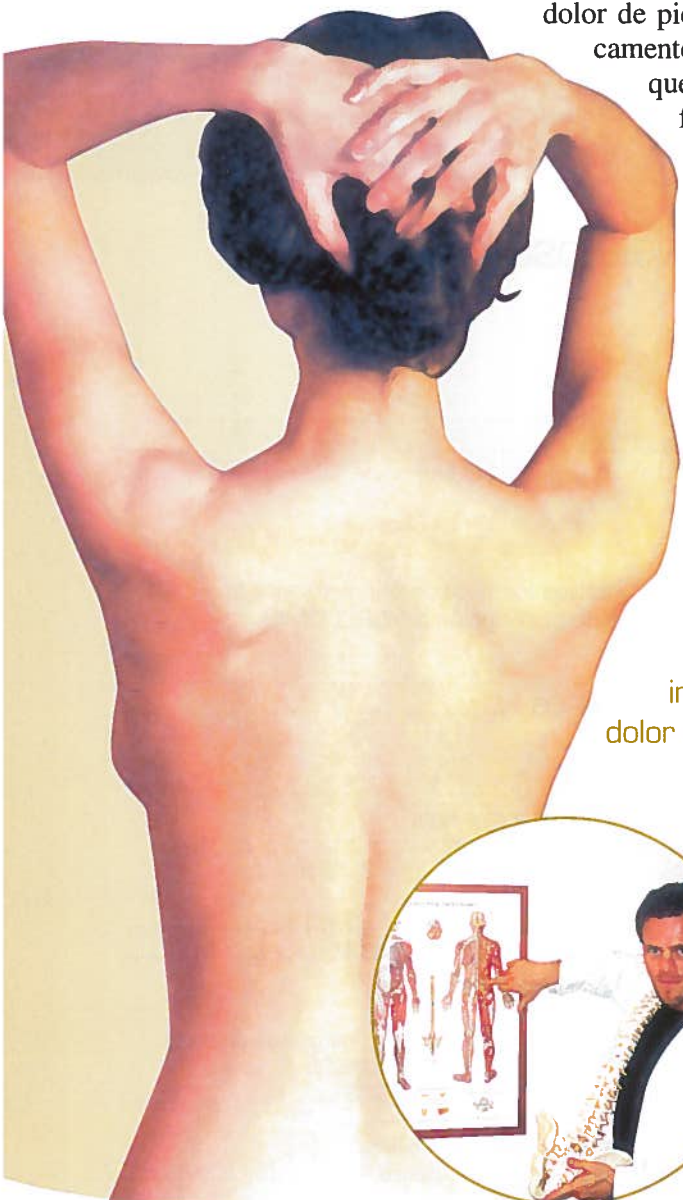
Si usted tiene una afección en su columna vertebral (desviaciones, sobrecarga, lesiones, malas posturas, etc.) las terminaciones nerviosas de la misma estarán irritadas y reflejarán dolor en distintas partes de su cuerpo. La naprapatía corrige los agentes causantes del dolor.



Normalmente, la primera sesión junto con el chequeo se realiza en aproximadamente unos cuarenta y cinco minutos y posteriormente las sesiones de tratamiento se aplican durante treinta minutos. La duración total del tratamiento varía en función de las circunstancias de cada paciente pero, en cualquier caso, no es conveniente interrumpir el tratamiento ni ante las primeras mejorías ni porque éstas tarden un poco más de lo esperado.

Después de las sesiones se da una reacción en el cuerpo, que puede sentir cierto cansancio, frío y a veces se podría sentir un dolor agudo algo mayor en las siguientes horas. Pero esto es perfectamente normal, significa que el proceso de curación ha empezado.

Por otro lado, la naprapatía es una alternativa muy eficaz en su vertiente preventiva. Cada día que pasa estamos castigando nuestro cuerpo con sobrecargas y malas posturas que hacen que aumenten las disfunciones de nuestra columna vertebral. Visitas periódicas al naprapata pueden evitar muchas recaídas y mejorar nuestra calidad de vida.



PROTOCOLO DE REDACCIÓN

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 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN
 POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
 a de 200 Firma

Tarifa suscripción, anual (incluidos gastos de envío). Los suscriptores en el extranjero deberán abonar los gastos de envío.
 AFILIADOS 8,41 euros, NO AFILIADOS 13,22 euros. NO AFILIADOS

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

NOSOCOMIO C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 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, 77 - 6º izq. 28004 Madrid.

REHABILITACIÓN DEL ENFERMO ESQUIZOFRÉNICO CRÓNICO

M^a Luz Caño Alonso

Auxiliar de Enfermería en el

Hospital Psiquiátrico Santa Isabel. León

Primer Premio VI Certamen Nacional de Investigación FAE

INTRODUCCIÓN

A lo largo de estos últimos años, la medicina ha experimentado notables variaciones y avances, que naturalmente afectan a la psiquiatría moderna, con cambios no sólo organizativos, sino normativos, de creación, de reestructuración, de recursos, etc., modificando sustancialmente el panorama de la asistencia psiquiátrica. Una de estas innovaciones es la "Rehabilitación Psiquiátrica", donde participa activamente el Auxiliar de Enfermería.

Este trabajo consta de cinco capítulos, en donde se dan unas nociones sobre la rehabilitación de la esquizofrenia y la psicoeducación, haciendo hincapié en el entorno social y familiar de los enfermos esquizofrénicos. Posteriormente, se pasa a detallar la intervención del Auxiliar de Enfermería dentro de este campo

en el Hospital Santa Isabel de León, y, finalmente, lo relativo al estudio de investigación que realicé en el hospital con las familias que lo aceptaron voluntariamente. En dicho estudio se pretende averiguar el grado de conocimiento de las familias, antes y después de la Escuela de Familias, sobre la enfermedad, comportamiento, hábitos, recursos asistenciales, así como la forma de afrontar los problemas de la enfermedad.

REHABILITACIÓN DEL ENFERMO ESQUIZOFRÉNICO CRÓNICO

CONCEPTO DE LA REHABILITACIÓN

La rehabilitación se ha relacionado con un conjunto de prácticas y procedimientos que ocupan un lugar, pero que son intrascendentes y, que en sí, no

forman parte de la rehabilitación psiquiátrica. En general, lo que faltaba es definir sus metas y objetivos.

Persona y ambiente

El punto de partida esencial para entender debidamente la rehabilitación es considerar a la persona como individuo dentro del contexto de su ámbito. El modo como se comporta una persona es el resultado de la interacción entre las capacidades y la personalidad que posee como individuo y el ambiente en que vive y se desenvuelve. Una parte importante del programa de rehabilitación es adaptar el entorno físico a la persona, para que desarrolle sus actividades lo mejor posible.

La rehabilitación psiquiátrica trata de la interacción entre persona y ambiente, pero lo que es importante es el contexto social. Asimismo, se debe tener en cuenta que la conducta humana varía mucho de una situación a otra¹.

1. Cfr. N. Watts Fraser y H. Bennett Douglas: *Rehabilitación Psiquiatría, teoría y práctica*. Ed. Limusa, México, 1990, pág. 15.



Además de la adquisición de nuevas habilidades, la rehabilitación proporciona un incremento notable en el nivel básico de confianza en sí, o una reducción estable en el nivel de respuesta a determinado tipo de estrés.

Los programas de rehabilitación, han de estar enfocados a los objetivos apropiados para la persona, y basados en una evolución global de las influencias que determinarán el curso de la rehabilitación y los objetivos apropiados.

La rehabilitación ha de ser, tanto para los pacientes con afecciones agudas como para los crónicos, y se debe introducir en una etapa temprana, y no tardía, de su tratamiento².

ESTRATEGIAS DE LA REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

La rehabilitación psiquiátrica consiste en recobrar, con la mayor extensión posible, el pleno desenvolvimiento social e instrumental a través de procesos de aprendizaje y apoyo del medio social. Cuando no se puede

restablecer plenamente debido a que persisten los déficit y los síntomas, la rehabilitación debe dirigirse a ayudar al individuo a:

- Adquirir habilidades ocupacionales y de autonomía, dotándole de medios que lo faciliten.
- Ajustar su nivel de funcionamiento a situaciones asequibles y realistas.

La rehabilitación se inicia inmediatamente después de haber logrado que un episodio agudo se estabilice. Los objetivos de los profesionales de la rehabilitación son mantener la mejoría de los síntomas durante el proceso, establecer o reestablecer las capacidades de autonomía y ayudar al individuo a alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

Debido a que los objetivos se centran en el desempeño de la vida diaria, es vital que el individuo participe al máximo en la elección de objetivos y en el proceso de aprendizaje. La rehabilitación integral incluye: evaluación, adiestramiento y modificación del ambiente en aquellas áreas importantes para la vida personal y comunitaria; autocuidado, incluyendo también medicación y automanejo de los síntomas; relaciones familiares; ocupación y empleo; manejo del dinero y compras; alojamiento; actividades de ocio; transporte; preparación de comidas; y elección y utilización de servicios públicos. Para establecer los objetivos concretos dentro de estas áreas, se debe realizar con la participación activa del paciente, su familia y otras personas significativas.

Los profesionales que participan en la rehabilitación son psicólogos, asesores de rehabilitación ocupacional, terapeutas ocupacionales, enfermeras, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, psiquiatras y profesionales de la salud mental.

La rehabilitación cuenta con dos estrategias principales para satisfacer las necesidades y los objetivos de los pacientes:

- Ayudar al paciente a desarrollar o adquirir de nuevo habilidades sociales e instrumentales.
- Modificar los soportes del entorno físico y social del paciente para compensar las limitaciones y minusvalías que puedan quedar.

ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

No es lo mismo el cuidado de un esquizofrénico al comienzo, que en pleno brote psicótico, o en un estadio de remisión o cronicidad de la enfermedad.

Si el brote se acaba de producir, lo más importante es darle seguridad al paciente. El mayor sufrimiento viene de la sensación de desconfianza que le ocasionan sus vivencias paranoicas. Es importante que el terapeuta sea firme en sus actuaciones. No conviene preguntar si el paciente prefiere hacer esto o lo otro. Debido a su gran ambivalencia, su no saber qué hacer, no le permite decidir nada.

El terapeuta deberá guiar con tranquilidad, seguridad y convicción los pasos que habrá de dar. Actividades rutinarias, sin gran esfuerzo intelectual, suaves, pero con sentido, e inteligentes, son las más adecuadas.

2. Cfr. N. Watts Fraser y H. Bennett Douglas: *Rehabilitación Psiquiatría, teoría y práctica*. Ed. Limusa, México, 1990, págs. 16-20.

Una vez que el paciente está en pleno brote psicótico paranoico-alucinatorio, lo importante es evitar que se lesione o cause daño a otros. En este caso, se usan, a veces, medidas de contención mecánica o una sedación intensa con medicamentos, haciéndose necesaria una proximidad atenta y de cuidado.

Una vez superada la fase aguda, el paciente puede quedar como vacío, sin energía ni impulso vital aparentes. En esta ocasión, la actuación del terapeuta deberá ser activadora, sin grandes estímulos, pero con tendencia creciente hacia la motivación y realización de actividades simples, pero con dedicación de tiempo.

Habrà que diferenciar las distancias y no confundir compasión y ganas de ayudar con querer ser amigo o compañero, porque el enfermo mental es incapaz, con frecuencia, de diferenciar estos límites. Esto sucede porque no tiene habitualmente conciencia de enfermedad y no entiende qué hace en el hospital. A veces el terapeuta tiene que contestar a preguntas de síntomas y sobre su tratamiento, aunque es labor del médico.

La presencia del terapeuta es esencial, no sólo desde el aspecto asistencial, sino también evaluador, en cuanto a los efectos negativos que la enfermedad puede haber ocasionado sobre el rendimiento intelectual y emocional del paciente, también sobre su desempeño funcional.

En el caso de los pacientes crónicos, con defectos o síntomas residuales, lo importante es mantenerlos integrados grupalmente, pues tienden mucho al aislamiento y a la incomunicación social.

ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS

LA FAMILIA

Cualquier persona que entra en un servicio de rehabilitación proviene de una familia que ha influido en su pasado e influirá en su futuro. Por lo general sus relaciones son muy estrechas, en algunos casos, la familia puede residir en un lugar muy alejado, o no existir, pero su influencia en el pasado y su actual ausencia afectan a la condición presente de la persona.

Los resultados de las investigaciones en torno a la influencia que ejerce la familia en el estado clínico, son importantes para el estudio de la rehabilitación. Se puede decir que las actitudes y sentimientos de la familia determinan el curso clínico de los pacientes que sufren desde esquizofrenia a estados depresivos.

La familia puede influir en la opinión que tenga el paciente de sí mismo como "enfermo", sea negando, o bien insistiendo, en la enfermedad.

El trabajo con las familias tiene dos metas: prevenir la recaída, y fomentar aquel comportamiento que lleve a una rehabilitación satisfactoria, desalentando la conducta que impide este proceso.

Las investigaciones de Creer y Wing (1974) han demostrado la considerable carga que debe soportar una familia, con frecuencia sin quejarse, cuando entre sus miembros hay alguien que sufre esquizofrenia. A menudo, los pacientes llegan a culparse a sí mismos, y compensan esa culpabilidad sacrificando sus vidas y las de otros miembros de la familia, cuidando excesivamente al pariente enfermo.

Uno de los procedimientos beneficiosos puede ser ayudar a la familia a que comprenda lo que está ocurriendo y cómo afecta al paciente, e intentar, donde convenga, modificar las cosas. En primer lugar, son importantes la claridad y las explicaciones sobre la naturaleza de la enfermedad del paciente, el tipo de comportamiento que puede haber, las metas y limitaciones del tratamiento.

Un efecto del contacto entre el personal médico y la familia es que permite anticipar las crisis o dar una respuesta más rápida cuando ocurren. Lo más perjudicial para una familia es sentirse abandonada en el momento de la crisis del pariente. La ayuda rápida o saber que existe esa ayuda se deben considerar como partes esenciales del tratamiento familiar y un medio importante de reducir las angustias de la familia.

Se puede decir que tanto los grupos de "autoayuda, resolución de problemas y participación", como la "terapia familiar" tienen dos objetivos para impedir la recaída. El primero es ejercer algún efecto general en las actitudes y en la atmósfera de la familia. El segundo es modificar las actitudes o fragmentos de conducta específicos.

Abordaje conductual de la familia

Las familias asumen la responsabilidad de la supervisión y seguimiento de su familiar enfermo, a pesar de lo impredecible que resulta un trastorno mental grave. Es común tener que olvidarse de las vacaciones y no poder seguir una rutina de sueño correcto.

Muchos pacientes tienen invertidos los ritmos de sueño y vigilia, así pues, no resulta grato que muchas familias vean amenazada su integridad al afrontar que uno

de sus miembros es un enfermo mental. Puede incluso llegar el divorcio o la separación familiar, a consecuencia de los conflictos y diferencias que surgen entre los esposos a la hora del cuidado y la atención.

Incluso para las familias que no tienen problemas, el impacto de cobijar a una persona enferma mental crónica grave es intrusivo y alterador. Hay que pagar un precio mucho más elevado que el económico. Los costes emocionales que recaen sobre los familiares son la ansiedad y tensión, la culpa, la desmoralización y la depresión, el dolor y la frustración. Las experiencias estresantes que padecen los familiares de enfermos mentales a menudo revierten en sintomatología psiquiátrica. Así, se hace primordial atender las necesidades de los familiares en la prevención primaria del trastorno mental.

Los estudios sobre familiares de enfermos mentales con quienes conviven revelan que en el hogar existe una gran cantidad de tensión y estrés. Es comprensible que los familiares que viven con un enfermo con conductas a veces peligrosas, muestren una tensión y unas alteraciones que a menudo alcanzan niveles sintomáticos y disfuncionales.

La culpabilidad es otra de las reacciones emocionales que experimentan muchas familias. Más de la mitad de las familias tienen sensaciones de culpa basándose en su fracaso para reconocer las primeras señales de alarma, para prevenir la ocurrencia del trastorno, por no actuar adecuadamente ante la enfermedad o por no influir en el paciente con tal de que busque y acepte tratamiento. Pero esta culpabilidad puede reducirse por



medio de explicaciones sinceras sobre la vulnerabilidad inevitable y genética para la esquizofrenia.

Es necesario ayudar a las familias a decidir qué y cuánto deben invertir, emocional y económicamente, en la atención y en el apoyo continuos al familiar enfermo. Las familias necesitan liberarse de la carga de emociones y tomar decisiones realistas sobre su futuro y el del familiar enfermo mental. Algunas familias optan por hacerse cargo de la mayor parte de atención. Otras son capaces de integrarse en la atención de manera intermitente, con períodos de descanso. Algunas deciden que la atención y el apoyo escapan a sus capacidades y conocimientos, y buscan asistencia profesional para lograr ayuda, residencias y otros servicios sociales de atención.

Aunque son las familias quienes deciden, el hecho es que los pocos recursos, servicios y personal dedicados a los enfermos mentales fuerzan a la mayoría de las familias a adoptar funciones asistenciales.

Hay un nuevo enfoque para ayudar a que conjuntamente el paciente y su familia mejoren su afrontamiento del trastorno mental crónico y severo. Esta estrategia se llama tratamiento conductual

familiar, y el objeto es lograr el mayor nivel posible de funcionamiento independiente del paciente.

Hay que señalar que hay pacientes que nunca progresan hasta un punto tal como para vivir con independencia o semiindependencia; para este grupo, o las familias o los servicios comunitarios deben procurar atención y cuidado. En los círculos psiquiátricos profesionales, se ha visto la necesidad de que existan hospitales o asilos de larga estancia, para esta minoría de enfermos mentales crónicos.

Todas las orientaciones psicopedagógicas del abordaje familiar proporcionan información, dan razonamientos y descifran la enfermedad mental, permiten la descarga emocional y facilitan apoyo social, constituyen una orientación para desarrollar habilidades, tanto en los pacientes como en sus familiares³.

CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA PSICOEDUCACIÓN

CONCEPTO DE PSICOEDUCACIÓN

Cada vez hay más evidencia de que las personas mejor informadas

3. Cfr. Paul Liberman Robert: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1993, págs. 169-200.

son capaces de mantener una mayor adherencia a los tratamientos y están más motivadas para desarrollar un estilo de vida saludable que atenúe los factores de riesgo, respecto a la predisponibilidad a padecer un trastorno.

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y de la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y a la de su núcleo familiar.

El modelo psicoeducativo se distingue por ser una aproximación altamente sistematizada, orientada a objetivos muy definidos y que utiliza técnicas pedagógicas. Las metas de estos procedimientos son impartir información acerca de la enfermedad mental, de los recursos, de los servicios e incrementar las habilidades de autocuidado en el paciente esquizofrénico y de convivencia en el núcleo familiar. Parte de reconocer el derecho que asiste al enfermo y su familia, de conocer lo que se sabe hoy de su enfermedad y busca crear una alianza más productiva entre pacientes, familiares y profesionales de la salud mental⁴.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Autores como Cnaan, Anthony o Barton han identificado una serie de principios básicos que se asocian a las técnicas e intervenciones de la rehabilitación

psicosocial, agrupándolos en tres principios fundamentales:

Recuperación

Es un concepto emergente introducido por los usuarios y afectados por una discapacidad física o psíquica que hace referencia al proceso de superación psicológica del impacto que tiene la enfermedad y/o discapacidad en uno mismo. Tiene que ver con un proceso personal y único de cambio de actitudes, valores, metas y desempeño de roles. Suele ser un proceso complejo y largo en el que se supere el estigma de haber sufrido o estar sufriendo una enfermedad mental.

Competencia

Consiste en el logro del máximo aprovechamiento de las capacidades y potencialidades del sujeto. Es un proceso con una orientación individualizada que se apoya fundamentalmente en las partes sanas o conservadas de cada sujeto.

Fortalecimiento

Hace referencia al papel activo que deben tomar los propios usuarios y sus organizaciones, en la defensa de los derechos de los que sufren o han sufrido alguna enfermedad mental. Abarca algunos frentes como son la influencia en los profesionales y responsables de los servicios asistenciales, para conseguir un nivel de prestaciones adecuado, o la presión sobre los políticos y medios de comunicación para luchar contra la estigmatización y discriminación social que sufren los afectados.

Según Barton, los cuatro ámbitos de aplicación donde se llevan a cabo toda la gama de intervenciones rehabilitadoras orientadas por los principios anteriormente citados son:

- *Las habilidades sociales.* Supone el afrontamiento de las dificultades que encuentran las personas que sufren un trastorno mental grave, en las interacciones con los demás y en la resolución de problemas para desenvolverse eficazmente en la comunidad. Son intervenciones de tipo comportamental, emocional, cognitivo y relacional, derivadas de los principios del aprendizaje social.
- *Soporte social.* Comprende una serie de estructuras que cubren una serie de necesidades básicas para la vida, como el alojamiento, la manutención, el uso del tiempo libre o la simple facilitación de lugares de encuentro y de relación. Estas actividades contribuyen a la normalización y a la participación en la vida social como ciudadanos de pleno derecho.
- *Servicios de capacitación y promoción laboral.* Son fórmulas que van desde el fomento de la motivación, a la capacitación y formación laboral con oportunidades para el empleo, tanto en un nivel protegido como en el mercado libre de trabajo.
- *Apoyo familiar.* El abordaje y tratamiento de los trastornos mentales graves en la comunidad ha demostrado la importancia que tiene la familia, tanto en el desencadenamiento como en la contención de los síntomas y problemas asociados a los mismos.

El apoyo familiar se encuadra dentro del llamado sistema informal, que comprende los cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u

4. Rebollo Moller Sergio, Lobato Rodríguez M^a José: *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*, Ed. Fundació Nou Camí, Barcelona, 1998, págs. 43-45.

otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

Los cuidados de salud de los enfermos mentales necesitan una coordinación entre sistemas sanitarios formales e informales, y una interrelación entre ambos⁵.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El fenómeno de la desinstitucionalización ha supuesto una ruptura epistemológica en el modo de entender la enfermedad mental y de abordar los problemas de salud mental, y especialmente en el abordaje terapéutico de los enfermos mentales crónicos. El tratamiento comunitario y el movimiento de la desinstitucionalización han hecho de los familiares agentes principales del cuidado de los pacientes, incorporándoles en el proceso terapéutico y rehabilitador de éstos, al constatarse el importante papel que tiene la familia en el curso de la enfermedad.

Hay estudios que determinan que ciertas actitudes emocionales del ambiente familiar del paciente con esquizofrenia pueden influir en su pronóstico a corto y medio plazo.

Por todo esto, es evidente la necesidad de ofrecer a las familias información, apoyo y estrategias que permitan manejar con éxito situaciones difíciles derivadas del convivir con este tipo de pacientes, a la vez que se posibilita el mantenimiento de éstos en su comunidad de origen y se reduce la necesidad de hospitalización.

Los programas de rehabilitación psicosocial han de llevar a

cabo un abordaje integral, promoviendo siempre contextos que favorezcan el desarrollo y la evolución de las capacidades que aún conserva cada persona. Y avanzando gradualmente hacia una mayor autonomía, respetando los ritmos propios y peculiares de cada persona, pero en los que nunca se puede establecer un final predeterminado.

La rehabilitación psicosocial necesita recursos específicos de salud mental, pero no sólo de ellos. Son necesarios también los normalizados que posee la comunidad, y es conveniente utilizar los resortes sociales formales y los informales. Estos programas con recursos específicos de salud mental y con los inespecíficos o generales se consideran mediaciones, puentes hacia un sistema normalizado, tolerante, y no hostil que permita vivir a cada uno con sus posibilidades y limitaciones.

La psicoeducación no sólo es educación, sino que también apoya. Las intervenciones psicoeducativas se realizan en pequeños grupos, donde aparte de dar información, se apoya psicológica y socialmente, se busca rebajar la ansiedad y aumentar el sentimiento de apoyo y confianza. Se informa sobre: cuál es el problema, por qué ocurren los síntomas, qué podemos esperar, qué estrategias y normas podemos usar de forma razonable para vivir con el problema.

La psicoeducación ha proporcionado beneficios en la atención a las familias de personas que padecen trastornos esquizofrénicos. Hay diversos enfoques psicoeducativos familiares.

Sirven para informar, orientar y entrenar a los familiares en el afrontamiento de las consecuencias de padecer un trastorno esquizofrénico de curso crónico.

Algo común a las diferentes prácticas psicoeducativas es que se trata de valorar a la familia y al usuario como elementos activos y competentes en la solución de sus problemas, tratando de crear una alianza entre profesionales y usuarios. Esto implica una relación más igualitaria entre profesionales, familias y usuarios.

En las sesiones de psicoeducación con la familia se realizan de cuatro a diez sesiones impartidas por un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social. En las primeras, se pretende dar a la familia una oportunidad para expresar su angustia, frustración, culpa y miedos acerca del paciente. Posteriormente, se les informa sobre los recursos de los servicios de salud mental.

A continuación, se proporciona información acerca del diagnóstico, tratamiento y plan de alta del paciente. Por último, se busca incrementar el conocimiento de los familiares acerca de los recursos que existen en la comunidad y la forma de afrontar las conductas alteradas del paciente.

Las metas de estos procedimientos son impartir información acerca de la enfermedad mental y de los recursos y servicios, e incrementar las habilidades de autocuidado en personas vulnerables a presentar episodios esquizofrénicos y otras habilidades de convivencia en el núcleo familiar⁶.

5. Cf. Rivas Guerrero Fabio: *La Psicosis en la comunidad*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios, Madrid, 2000, págs. 243-307.

6. Cfr. Rebollo Moller Sergio, Lobato Rodríguez M^a J^{ose}: *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*, Ed. Fundació Nou Camí, Barcelona, 1998, pág. 47-57.

INTERVENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ISABEL (LEÓN)

Las intervenciones que realiza el Auxiliar de Enfermería en esta Unidad se dividen en dos grupos. Por una parte, las que inciden sobre el sujeto, y, por otra, las que inciden sobre el medio.

Intervenciones sobre el sujeto

Se realizan mediante programas que inciden sobre los déficit de los pacientes tras una evaluación previa, como son:

1. *Programas de higiene personal*: que tratan de conseguir que el sujeto presente un aspecto correcto dentro y fuera de la Unidad, trabajando diferentes formas de conducta (ducha, lavado de cabeza, afeitado, elección de ropa, etc.).

En estos programas la labor del Auxiliar es supervisar que se duchen y, en algunos casos, ayudar a realizar tanto el afeitado como la ducha. En cuanto a la elección de la ropa, estamos los Auxiliares presentes para que se cambien de ropa y separen la usada para lavar, en determinadas ocasiones les ayudamos a ponerse las prendas.

Asimismo, al llegar el paciente a la Unidad de Rehabilitación, se les enseña cómo hacer su cama, ordenar la habitación y el armario, y más tarde ya sólo es supervisar con algunas indicaciones al respecto.

2. *Programas de manejo por la ciudad*: cuyos déficits se trabajan *in situ*, con frecuentes salidas a la

ciudad en grupos no muy numerosos, dos días a la semana, que permiten el propio conocimiento de la ciudad (visitas a lugares clave como museos, monumentos, grandes superficies, exposiciones, etc.) y, al mismo tiempo, la utilización de recursos como los transportes públicos, el callejero o el manejo de dinero.

En las salidas, los Auxiliares ayudamos en el aprendizaje de la utilización de bonos de autobús, comportamiento en grupo, desenvolvimiento en la ciudad y en los establecimientos públicos y manejo de dinero.

3. *Programas de educación sanitaria*: en ellos se fomenta la utilización de recursos de salud comunitaria. Cada paciente sabe quién es su médico de cabecera y visita su ambulatorio cuando la patología lo hace necesario.

También se trabaja en programas de higiene bucodental, de prevención ginecológica, de educación alimentaria, de prevención de la obesidad, de primeros auxilios y de automedicación. En este último se da información sobre la propia enfermedad y la forma diaria de la medicación, la conveniencia de seguir controles regulares, de atenerse a la medicación prescrita, de saber reconocer los síntomas de la propia enfermedad, conocer los efectos secundarios de los fármacos y qué hacer cuando aparecen, tener conciencia de la importancia de la medicación en la aparición de recaídas, etc.

En estos programas, el Auxiliar de Enfermería realiza tareas de acompañamiento a los pacientes a las consultas en los ambulatorios, ya sean para ginecólogo, médico de cabecera, urólogo, oftalmólogo, u otros que por su patología necesiten los pacientes de la Unidad. En cuanto a los programas de higiene bucodental, estamos al cuidado de su

realización diaria y de su forma de manejo.

4. *Programas de rehabilitación cognitiva*: en forma de talleres de atención-concentración, incidiendo sobre los déficits de atención, concentración y memoria, o de talleres de educación compensatoria, en los que se trabaje el aprendizaje y la recuperación de la lectura, escritura, cultura general y operaciones matemáticas sencillas.

En estos programas, el Auxiliar realiza las tareas que previamente ha dejado indicado el psicólogo, como realización de fichas de escritura, de memoria visual, de operaciones matemáticas..., que se realizan dos veces a la semana en dos grupos diferentes según el nivel de conocimiento.

5. *Programas de ocio y tiempo libre*: que van desde hacer excursiones por la provincia, a organizar grupos de vídeo o a fomentar la salida semanal al cine.

En estos programas el Auxiliar acompaña a los enfermos en las excursiones que realiza el centro a diferentes ciudades, playa, campo, etc. Y acompaña a los pacientes que acuden a un cine de la ciudad una vez por semana, así como a la visualización de vídeos que se proyectan en la sala de cine todas las tardes de la semana, excepto sábado y domingo.

6. *Programas de psicomotricidad*: que buscan mediante ejercicios y juegos sencillos y lúdicos favorecer la mejora de la movilidad y de la coordinación de movimientos, limitada en estos pacientes.

El Auxiliar enseña los ejercicios y juegos a los enfermos, controlando quién los efectúa y quién no, animando a la realización de los mismos. Asimismo, guía la relajación que se realiza al final de la sesión.

7. *Programas de rehabilitación ocupacional*: como son el taller

de encuadernación, de jardinería, de pintura (en su propia unidad), todo dentro del propio hospital. Existen otros recursos como la asistencia a cursos programados por entidades fuera del hospital (CEAS, OSCUS, ALFAEM), así como programas de formación en colaboración con entidades como la Gerencia de Servicios Sociales y el INEM.

En estos programas el Auxiliar está presente en el taller de pintura, haciendo indicaciones en las diferentes tareas y trabajos manuales, guiando a los pacientes y enseñándoles técnicas de pintura y modos de hacer de la misma. Este programa es diario. Cuando se acaban los materiales, el Auxiliar sale a la ciudad con un grupo de pacientes para realizar la compra de los mismos.

8. Programas de organización de la vivienda: con dos objetivos, el de aprendizaje de las tareas que implica el cuidado de una casa, y la toma de conciencia de cuidar las cosas comunes y poder resolver problemas de convivencia. Los pacientes participan en el cuidado del comedor, los baños y la sala de estar de la Unidad. El comedor funciona como autoservicio. También hay un taller de cocina que sirve tanto para el aprendizaje del cocinado de alimentos, como para aprender a comprar en tiendas y supermercados y a manejar el dinero con autonomía.

En estos programas, el Auxiliar está presente en el comedor a la hora de las comidas, controlando el reparto de las mismas y otros aspectos del comedor. También supervisa que los pacientes, a quienes les toca la realización de las tareas del comedor, las lleven a cabo y de la mejor manera. En cuanto al taller de cocina, el Auxiliar les orienta sobre la elaboración de la comida y controla

que la cocina quede ordenada. Esta actividad se realiza una vez a la semana.

Existe un piso de transición, que es un lugar de entrenamiento en todas las habilidades necesarias para afrontar una vida autónoma y favorecer la creación de un grupo de convivencia más cohesionado y estrecho, al ser un grupo de cuatro pacientes. El Auxiliar en el piso se encarga diariamente de la administración de la medicación, a sus horas pautadas, organiza los menús de la semana, pedidos a cocina, y controla que estén las tareas y las comidas realizadas, así como las labores de fregado, cambio de camas, limpieza de baños, ropa personal, etc.

9. Programas de pisos protegidos: son unos programas que sirven como alternativa a la hospitalización psiquiátrica de larga estancia. En el piso, cuatro pacientes llevan una vida normalizada, realizando todas las tareas propias de una casa. Este piso se encuentra ubicado en la ciudad.

En estos programas, los Auxiliares se encargan de llamar diariamente dos veces por teléfono para saber cómo han pasado el día, qué han comido, qué van a hacer respecto al ocio, etc.

Intervenciones sobre el medio

Es en gran medida el mayor reto por desarrollar y resolver en el proceso de la rehabilitación psicosocial, y de momento sólo se cuenta con:

1. Alternativas residenciales: asociaciones de enfermos mentales, asociaciones de mujeres, centros de acción social, talleres ocupacionales de San Cayetano, ALFAEM, residencias de 3ª edad, etc. En definitiva, estructuras comunitarias que actúan como redes de apoyo.

2. Programas de familia: se basan en la importancia que tienen las actitudes de los familiares del enfermo en el pronóstico y evolución de su trastorno. Se valen de estrategias de psicoeducación, de resolución de problemas y de entrenamiento en habilidades de comunicación, siendo su objetivo la mejora del clima familiar como instrumento que permite reducir el número de recaídas y mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia, incluido el paciente.

Es importante, por todo lo antes dicho, que la familia reciba una información clara sobre la enfermedad y que le ayude a reconocer síntomas de alarma o que le ayude a participar en el seguimiento de la medicación y que sea orientada en cuanto a la mejoría de la comunicación con el paciente, para favorecer una atmósfera familiar, tolerante y relajada.

Desde la Unidad se han tenido ya cinco experiencias con grupos de familiares que han pasado por este tipo de programas. Los grupos se denominan Escuela de Familias. Los temas se van dando a lo largo de seis sesiones, concediendo una importancia fundamental al espacio en que las familias comparten y ponen en común sus experiencias, respecto a la enfermedad y a la convivencia con un familiar enfermo.

En estos programas, el Auxiliar participa con su presencia, ayudando a los profesionales que los imparten, y apoyando asimismo a las familias. En uno de estos programas de Escuela de Familias he realizado el estudio de investigación que presento en este trabajo, para valorar si las familias poseían información, así como la eficacia de esta Escuela de Familias.

Complementariamente a la intervención en estos programas, los Auxiliares realizamos tareas como la de acompañar a los pacientes a la cafetería del centro, a la sala de televisión, pasear con ellos por las zonas ajardinadas, charlar con ellos, escuchar sus problemas, repartir la medicación, colaborar con el psicólogo, trabajador social, ATS..., estamos presentes en la reunión diaria de "Buenos Días" con los pacientes y, posteriormente, con el equipo multiprofesional.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

Estudio de Investigación Social para averiguar el grado de conocimiento que tienen los familiares de los enfermos esquizofrénicos crónicos, que están ingresados en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Santa Isabel de León, en lo referente a: qué es la esquizofrenia, comportamiento y hábitos de estos enfermos, recursos asistenciales, grupo de autoayuda y cómo afrontar los problemas de la enfermedad.

El objetivo es conocer la evolución en el conocimiento del curso de la enfermedad de los familiares de los enfermos ingresados, por lo que sería un estudio de investigación evaluación, es decir, un estudio comparativo de un antes de impartir la Escuela de Familias y de un después de haber acudido a ésta. El estudio de investigación se sitúa dentro del programa de Escuela de Familias.

La muestra corresponde al 32% del universo, constituido

por ocho familias al comenzar la Escuela de Familias. A la tercera sesión, una familia no volvió a asistir porque su hijo fue dado de alta, por lo que quedaron siete familias. Por este motivo, la muestra en este caso sería del 28%, con una media de dos a tres personas por familia. Los resultados de la muestra no tienen valor estadístico ni es extrapolable a toda la población, su validez se limita al colectivo investigado.

El instrumento utilizado ha sido un cuestionario compuesto por 18 preguntas, todas ellas categorizadas. Dicho cuestionario se lo he entregado al comienzo de las seis sesiones de que consta la Escuela de Familias. A continuación se han impartido las diferentes sesiones a estas familias durante los meses de enero, febrero, marzo y abril del año 2001, con un intervalo de 15 días cada mes más las vacaciones de Semana Santa, siendo impartidas por los diferentes profesionales.

La aplicación del primer cuestionario se realizó en la primera sesión, que se realizó el 2 de febrero por la autora que lleva a cabo el estudio. Fueron contestados por las familias, y en la segunda sesión, realizada el 16 de febrero, me los entregaron.

El cuestionario pretende medir los cambios producidos en cuanto al conocimiento acerca de la enfermedad; y a la actitud de la familia ante la enfermedad.

Las familias que han participado en el estudio son residentes en la comarca del Bierzo, en León capital, y en algún pueblo de la provincia. Los miembros de estas familias que asistieron son padres, madres y hermanos de los pacientes.

Los pacientes tienen entre 30 y 40 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia residual. De

los cuales, cuatro son mujeres, y los otros cuatro hombres.

La Escuela de Familias es un programa que está formado por seis sesiones de hora y media de duración.

CONCLUSIONES GENERALES

En la Escuela de Familias se trata de informar y formar a los familiares sobre todas las cuestiones que rodean a esta enfermedad y a los propios enfermos en cuanto a síntomas típicos, comportamiento de estos enfermos, pronóstico, medicación, efectos secundarios, reacciones ante la no toma de medicación, tratamiento, ayuda que se les puede facilitar, cómo reaccionar ante sus delirios, conocimiento de los síntomas de sus crisis, la influencia de un ambiente adecuado, la rehabilitación psicosocial y el conocimiento de todos los recursos existentes.

Se aprecia una carencia de información básica en este campo, a pesar de que las familias están en contacto con los servicios psiquiátricos.

En la evaluación inicial de los cuestionarios comprobé que las familias no conocían todos los aspectos que rodean a la enfermedad y a sus familiares, por lo que al realizar el segundo estudio pude verificar que sus conocimientos y su formación se habían ampliado considerablemente y se encontraban todos más seguros a la hora de enfrentarse a la convivencia diaria con dichos familiares. Un mayor conocimiento de la enfermedad ayuda a enfrentarse a la convivencia diaria con el familiar enfermo.

Todas las familias valoraron positivamente la utilidad de estas sesiones y el apoyo que habían recibido en ellas.

ELABORACIÓN E INTERPRETACIÓN DE TABLAS

TABLA 1. Síntomas típicos de la esquizofrenia. ¿Saben lo que es la esquizofrenia?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Oír voces y tener ideas extrañas.	2	25	7	100
Sólo tener ideas extrañas.	6	75	0	0
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

El 2% saben cuáles son los síntomas de la esquizofrenia, el 6% no lo saben exactamente. Esto nos demuestra que como acaba de comenzar la escuela de padres todavía no tienen la suficiente información para dar una respuesta adecuada.

Posterior a la Escuela de Familias

Todos los encuestados tienen claros los síntomas de la esquizofrenia: entre otras cosas, oír voces y tener ideas extrañas.

TABLA 2. Si el paciente se levanta todos los días muy tarde y está mucho tiempo encerrado, ¿qué piensa su familia?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Es por enfermedad.	7	88	7	100
Se aburre y es perezoso.	1	12	—	—
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Siete de los encuestados saben la causa por la que su familiar enfermo no se levanta y pasa mucho tiempo encerrado, tan sólo una persona lo achaca a que son perezosos y se aburren.

Posterior a la Escuela de Familias

Todos los familiares están concienciados de que el comportamiento y las costumbres de su familiar enfermo, que se salen de lo "habitual", se deben a la enfermedad.

TABLA 3. Síntomas de alarma

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
a) Cambios bruscos de carácter y comportamiento. b) Tomar irregularam. el tratamiento. c) No relacionarse con nadie sin dar explicaciones.	3	38	7	100
a) + c)	1	12	—	—
Todas las anteriores.	4	50	—	—
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

En esta tabla la mitad de los encuestados conocen los síntomas de alarma de la esquizofrenia, y son una minoría, el 12%, que sólo relacionan con síntomas de alarma el tener carácter brusco y no relacionarse con nadie.

Posterior a la Escuela de Familias

Todas las familias reconocen como síntomas de alarma lo mencionado anteriormente.

TABLA 4. ¿De qué depende el pronóstico de la esquizofrenia?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
De un conjunto de medidas: medicación rehabil. psicosocial.	7	87,5	7	100
No contesta.	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Una gran mayoría de las familias saben cual es el pronóstico de la esquizofrenia, solo una no ha contestado nada.

Posterior a la Escuela de Familias

Todos los familiares tienen muy claro de qué depende el pronóstico de su familiar esquizofrénico.

TABLA 5. ¿Para qué sirven los medicamentos?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
a) Ayuda a reducir los delirios y alucinaciones.	6	75	–	–
b) Son muy beneficiosos para superar la apatía y desgana.	1	12,5	–	–
a) + b)	1	12,5	7	100
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Sólo un 12% de los encuestados sabe con certeza los efectos de los medicamentos. Por el contrario el 75% tienen una apreciación escasa sobre los efectos de los medicamentos.

Posterior a la Escuela de Familias

El 100% de las familias coinciden en que los medicamentos ayudan a reducir los delirios y alucinaciones y son beneficiosos para superar la apatía y la desgana.

TABLA 6. ¿Qué deben hacer las familias si surge un efecto secundario molesto en su familiar?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Consultarlo con confianza con el médico psiquiatra y el equipo que le sigue.	8	100	7	100
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

No hay ni una sola familia que no tenga claro lo que hay que hacer.

Posterior a la Escuela de Familias

Las familias tienen muy claro lo que tienen que hacer si surge un efecto secundario molesto.

TABLA 7. ¿Qué deben hacer las familias cuando el paciente rechaza la medicación?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Comunicarle al paciente de la mejor manera posible y en caso de empeorar ingresar.	7	87,5	7	100
Animarle en su decisión puesto que la medicación no cura la esquizofrenia.	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Hay una mayoría de familias que saben cómo actuar en caso de que el paciente rechace la medicación, tan sólo una familia no sabe qué determinación tomar ante la negativa.

Posterior a la Escuela de Familias

Todas las familias saben ya cómo actuar cuando el enfermo rechaza la medicación.

TABLA 8. ¿Cómo actuar ante los efectos secundarios de la medicación?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Animar al paciente a que consulte con su psiquiatra.	8	100	7	100
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

El total de las familias saben muy bien cómo actuar ante los efectos secundarios de la medicación.

Posterior a la Escuela de Familias

Todas las familias ante los efectos secundarios de la medicación saben actuar con su enfermo.

TABLA 9. ¿Cómo pueden ayudar los familiares en el tratamiento del paciente?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Motivando el porqué el para qué de cada medicación prescrita por el médico.	7	87,5	7	100
No sabe, no contesta.	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de familias

Esta tabla nos informa sobre la ayuda que pueden prestar los familiares con el tratamiento del paciente, la respuesta mayoritaria ha sido explicarles el porqué y para qué de su medicación.

Posterior a la Escuela de Familias

Todas las familias saben cómo ayudar a su familiar enfermo con su tratamiento.

TABLA 10. ¿Qué harían los familiares ante un delirio de su familiar?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Introducir elementos y comportamientos de la realidad cotidiana.	6	75	7	100
Aceptar todo lo que dice.	1	12,5	–	–
Entrar en discusión y aceptar todo lo que dice.	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Seis de las ocho familias estudiadas saben cómo comportarse y dirigir un delirio de su familiar, y otras dos familias no saben cómo manejar esta situación.

Posterior a la Escuela de Familias

El 100% de las familias saben cómo comportarse y dirigir el delirio de su familiar.

TABLA 11. Situaciones que les parecen correctas a los familiares

Ítems	Anterior a la escuela de familias		Posterior a la escuela de familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
a) Las recaídas están muy ligadas a una falta de medicación de mantenimiento. b) El tratamiento psicosocial más la medicación es el mejor método científico hoy.	3	37,5	–	–
a) + c) (La disminución del estrés familiar mejora los pacientes)	1	12,5	–	–
b)	3	37,5	–	–
b) + c)	–	–	7	100
a) + b) + c)	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Una gran mayoría opinan que el tratamiento psicosocial más la medicación es en la actualidad el método más adecuado y que mejor funciona en esta enfermedad.

Posterior a la Escuela de Familias

El 100% de las familias saben que el tratamiento psicosocial, más la medicación, y la disminución del estrés familiar mejora a los pacientes.

TABLA 12. Causas del empeoramiento de la esquizofrenia

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
b) Críticas de los demás. c) Acontecimientos problemáticos y tensos. e) No hacer nada.	1	12,5	7	100
a) Mal tiempo atmosférico. b) Críticas de los demás.	1	12,5	–	–
c) Acontecimientos problemáticos y tensos.	4	50	–	–
b) + e)	1	12,5	–	–
b) + c)	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias
Seis de los encuestados contestan que los síntomas de la esquizofrenia pueden ser empeorados por acontecimientos problemáticos y tensos y son dos familias las que no saben con exactitud cuáles son las causas del empeoramiento de la esquizofrenia.

Posterior a la Escuela de Familias
Todas las familias tienen claro que los síntomas de la esquizofrenia pueden ser empeorados por las críticas de los demás, los acontecimientos problemáticos y tensos y el no hacer nada.

TABLA 13. Tensiones familiares

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Aumentan el nº de recaídas.	6	75	5	71,42
No tienen nada que ver con la enfermedad.	1	12,5	2	28,60
NS/NC.	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias
Los encuestados opinan, en su gran mayoría, que las tensiones familiares aumentan el número de recaídas, una familia no sabe que las tensiones familiares no están relacionadas con la esquizofrenia, y otra no contesta a la pregunta.

Posterior a la Escuela de Familias
No todas las familias están de acuerdo en que las tensiones familiares aumenten el número de recaídas.

TABLA 14. Formas para mantener un ambiente tranquilo en la convivencia con el paciente esquizofrénico

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
a) Fijar límites con claridad, sin discutirlos.	3	37,5	—	—
c) Fijar los límites antes de que aumente la tensión no tolerando abusos.	1	12,5	—	—
d) Evitar límites que no se van a cumplir, asumiendo posición firme ante decisión.	—	—	—	—
b) Formular peticiones específicas y no generales.	1	12,5	—	—
d)	1	12,5	—	—
c)	2	25	—	—
a) + b) + c) + d)	—	—	7	100
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Una pequeña representación de los familiares (37,5) ha contestado que formular peticiones específicas y no generales, y fijar los límites y no tolerar abusos son las formas correctas para mantener un ambiente tranquilo en la convivencia con el familiar.

Posterior a la Escuela de Familias

Todos tienen claro lo que deben hacer para convivir con tranquilidad en el hogar con un familiar enfermo.

TABLA 15. ¿Qué hacer ante las vacaciones familiares?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Ir porque tienen necesidad de ellas.	3	37,5	1	14,28
Sólo irán si el paciente les acompaña.	3	37,5	5	71,42
No ir porque se creen imprescindibles.	1	12,5	1	14,28
No sabe, no contesta.	1	12,5	—	—
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

Son cinco familiares los que opinan que lo mejor es no ir de vacaciones por los siguientes motivos: se sentirían culpables, se creen imprescindibles, el paciente no quiere que vaya, o sólo irían en el caso de que el paciente les acompañe.

Posterior a la Escuela de Familias

La mayoría tienen claro que si el paciente no les acompaña no salen de vacaciones. Dos han contestado respectivamente que irían de vacaciones por necesidad, y el otro que al ser imprescindible para su familiar no puede ir de vacaciones.

TABLA 16. ¿Qué pretende la rehabilitación del paciente esquizofrénico?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Capacitarlo para que viva lo más normal y autónomo posible.	6	75	7	100
Controlar a los pacientes.	1	12,5	–	–
Mantener entretenido al paciente y controlarlo.	1	12,5	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

El mayor número de familiares tiene claro que la rehabilitación del esquizofrénico tiene como fin capacitarlo para una vida lo más normal y autónoma posible.

Posterior a la Escuela de Familias

Todos tienen claro para qué sirve la rehabilitación: capacitarlo para una vida lo más normal y autónoma posible.

TABLA 17. ¿Cuáles son las estructuras intermedias en la atención psiquiátrica?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Hospitales de día, centros de día, comunidades terapéuticas, casas a medio camino.	4	50	7	100
Centros de día.	2	25	–	–
Hosp. día/Centros día.	2	25	–	–
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

La mitad de las familias conocen perfectamente cuáles son las estructuras intermedias, y las otras familias lo conocen parcialmente.

Posterior a la Escuela de Familias

Los recursos con los que se cuentan en salud mental son bien conocidos por los familiares de los pacientes.

TABLA 18. ¿Quién lleva en España el peso de la asistencia a los enfermos mentales graves?

Ítems	Anterior a la Escuela de Familias		Posterior a la Escuela de Familias	
	Nº encuestados	%	Nº encuestados	%
Los servicios públicos de psiquiatría y las familias.	7	87,5	7	100
Órdenes religiosas y familias.	1	12,5	-	-
TOTAL	8	100	7	100

Anterior a la Escuela de Familias

La mayoría de las familias saben en manos de quién está la asistencia de los enfermos mentales, sólo una cree que está en manos de las órdenes religiosas y de las familias.

Posterior a la Escuela de Familias

El peso de la asistencia de los enfermos mentales es llevado en España por los servicios públicos de psiquiatría y las familias.

Bibliografía

- PRIMERAS JORNADAS REGIONALES DE SALUD MENTAL: *De las Estructuras Intermedias a la Rehabilitación*, Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, León, 1993.
- AAVV: *Terapia integrada de la esquizofrenia*, ed. Ariel Psiquiatría, Barcelona, 1996.
- AAVV: *Intervención de enfermería en la familia del paciente con esquizofrenia*, Revista Enfermería Científica, Madrid, 1995 sep-oct 162-163.
- AAVV: "La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 73, 74, 75, ed. AEN, Madrid, enero-marzo 2000.
- AAVV: *Los hogares protegidos en el marco de la asistencia psiquiátrica*, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública y Asistencia, Madrid, 1991.
- AAVV: *Rehabilitación psicosocial: conceptos y estrategias*, Duphar, Oviedo, 1997.
- COOK J.S., FONTAINE K.L.: *Enfermería psiquiátrica*, ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid 1991.
- DURANTE MOLINA Pilar, NOYA ARNAIZ Blanca: *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*, ed. Masson, Barcelona, 1998.
- MARZOTTO María: "Esquizofrenia y familia", *Revista Área 3* oct-dic 5, Madrid, 1997.
- N. WATTS Fraser, H. BENNETT Douglas: *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*, ed. Limusa, México, 1990.
- PAUL LIBERMAN Robert: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, ed. Martínez Roca, Barcelona 1993.
- REBOLLEDO MOLLER Sergio, LOBATO RODRÍGUEZ Mª José: *Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares y afectados*, Colección Saúde Mental, serie Reforma Psiquiátrica Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1995.
- REBOLLEDO MOLLER Sergio, LOBATO RODRÍGUEZ Mª José: *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*, Fundació Nou Camí, Barcelona, 1998.
- REBOLLEDO Sergio, LOBATO Mª José: *Cómo afrontar la esquizofrenia, guía para las familias*, ed. Fundación ONCE, Madrid, 1994.
- RIVAS GUERRERO Fabio: *La psicosis en la comunidad*, ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000.

CURSO DE CUIDADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: EL NIÑO EN COMA

Cristina Andueza Díaz
*Auxiliar de Enfermería
Pamplona*

EL NIÑO EN COMA

El coma es un estado de depresión de la conciencia en el que hay incapacidad para reaccionar ante cualquier tipo de estímulo externo.

La tasa de mortalidad es del 30% y persiste con un déficit neurológico en el 20% de los casos.

Para mantener un nivel de conciencia normal es necesaria la integridad de dos estructuras: la corteza cerebral en toda su extensión o gran parte de ella, y el sistema reticular activador ascendente.

ETIOLOGÍA

- Traumatismos: contusión cerebral, hemorragia cerebral.
- Infecciones del SNC: meningitis, encefalitis, absceso cerebral.
- Intoxicación: depresores y estimulantes del SNC. Tóxicos.
- Desequilibrio metabólico: fallo renal, fallo hepático, hipo/hiperglucemia. Alteraciones de osmolaridad e hidroelectrónicas. Errores congénitos del metabolismo. S. de Reye.
- Procesos expansivos: tumor cerebral, absceso cerebral,

hemorragia cerebral. Hidrocefalia.

- Vasculares: embolia cerebral, encefalopatía hipertensiva, lupus.
- Hipóxica/Isquemia: casi ahogamiento, insuficiencia respiratoria, parada cardiorrespiratoria, cardiopatías congénitas, hipotensión aguda, intoxicación por monóxido de carbono.
- Epilepsia: estado del mal epiléptico. Coma postártico.

EXAMEN NEUROLÓGICO

Habría que valorar cinco parámetros:

NIVEL DE CONCIENCIA

Mediante la escala del coma de Glasgow basada en:

- 1.1. Apertura ocular (1 a 4).
- 1.2. Respuesta verbal (1 a 5).
- 1.3. Respuesta motora (1 a 6).

Su total es de 3 a 15 puntos.

Si la puntuación es igual o menor de 8, nos hallaremos ante un coma profundo.

Esta escala resulta muy útil para la evaluación del niño comatoso y estima rápidamente su pronóstico.

Se puede repetir y ver la verdadera progresión del cuadro comatoso.

RESPUESTAS MOTORAS

- 2.1. Observar la postura y los movimientos espontáneos. La presencia de asimetrías, temblores, miodonías.
- 2.2. Observar la postura y los movimientos provocados por estímulos dolorosos: si localiza el dolor, si son movimientos asimétricos.
- 2.3. Rigidez de decortización: hiperextensión MMII y flexión MMSS.
- 2.4. Rigidez de descerebración: hiperextensión MMII y MMSS.
- 2.5. Flaccidez difusa: hipotonía de todo el cuerpo.

TIPOS DE RESPIRACIÓN

- 3.1. Cheyne-stokes: respiración periódica, aumentando-descendiendo con pausas de apnea.
- 3.2. Kusmaul o acidótica: hipernea rápida y profunda.
- 3.3. Apnéusica: pausas respiratorias prolongadas.



- 3.4. Atáxica o de Biot: es desorganizada. Implica lesión bulbar.

PUPILAS

Se observará el tamaño, simetría y reacción a la luz; el reflejo fotomotor. La llegada de luz a la retina provoca contracción pupilar, el oscurecimiento del campo visual produce dilatación pupilar.

El sistema nervioso autónomo es el que lo regula: la dilatación a través del simpático y la constricción por el parasimpático. La lesión de uno de los dos sistemas que forman el arco reflejo fotomotor origina alteraciones en el tamaño y/o reactividad pupilar.

Dependiendo de a qué nivel se produzca la lesión: corteza, diencefalo, mesencefalo, protuberancia o bulbo, nos encontraremos con unas pupilas mióticas o midriáticas.

MOVIMIENTOS OCULARES

- 5.1. Anomalías de la mirada conjugada:
 - Mirada hacia la lesión, se debe a una lesión hemisférica.
 - Mirada lejos de la lesión, en el caso o actividad comicial.
 - Mirada hacia el lado paralizado debido a una lesión protuberancial.
- 5.2. Se valorarán también el reflejo corneal, el reflejo oculocefálico y el oculo vestibular.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN NIÑO EN COMA

El objetivo principal del tratamiento es la estabilización y el mantenimiento de las funciones vitales. Un segundo objetivo es la



corrección del proceso etiológico que ha llevado el coma.

- Si hay una parada cardiorespiratoria, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar. ABC.
- Vía aérea permeable mediante la aspiración de secreciones y la colocación del tubo de Guedel, teniendo especial cuidado en las maniobras de apertura de dicha vía aérea en el caso en que se sospeche la existencia de una lesión cervical.
- Ventilación: oxígeno humidificado en concentración adecuada y relacionada con las necesidades del niño.
- Circulación: obtener un acceso venoso para administrar líquidos y fármacos. Mantener una normovolemia para garantizar una correcta perfusión tisular cerebral.
- Control de las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de O₂.
- Control de la temperatura intentando mantener una normotermia mediante unas

medidas físicas o antitérmicos ya que la hipertemia aumenta el metabolismo cerebral.

- Prevención y control de convulsiones.
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC), debe estar por debajo de 80 mm Hg para conservar así la presión de perfusión cerebral.
- En lactantes es importante medir el perímetro cefálico. Un aumento rápido de este perímetro constituiría un signo de alarma.
- Observación y palpación de la fontanela anterior. Ésta debe ser normotensa. Si se encuentra abombada o tensa, nos da información sobre el aumento de PIC, y si está deprimida, se relaciona con la pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- Medidas de protección cerebral que incluyen la cabeza en línea media y 30% de inclinación sobre la horizontal.
- Analgesia y sedación para disminuir el malestar y la agitación, y evitar estímulos que aumentan la presión intracraneal.

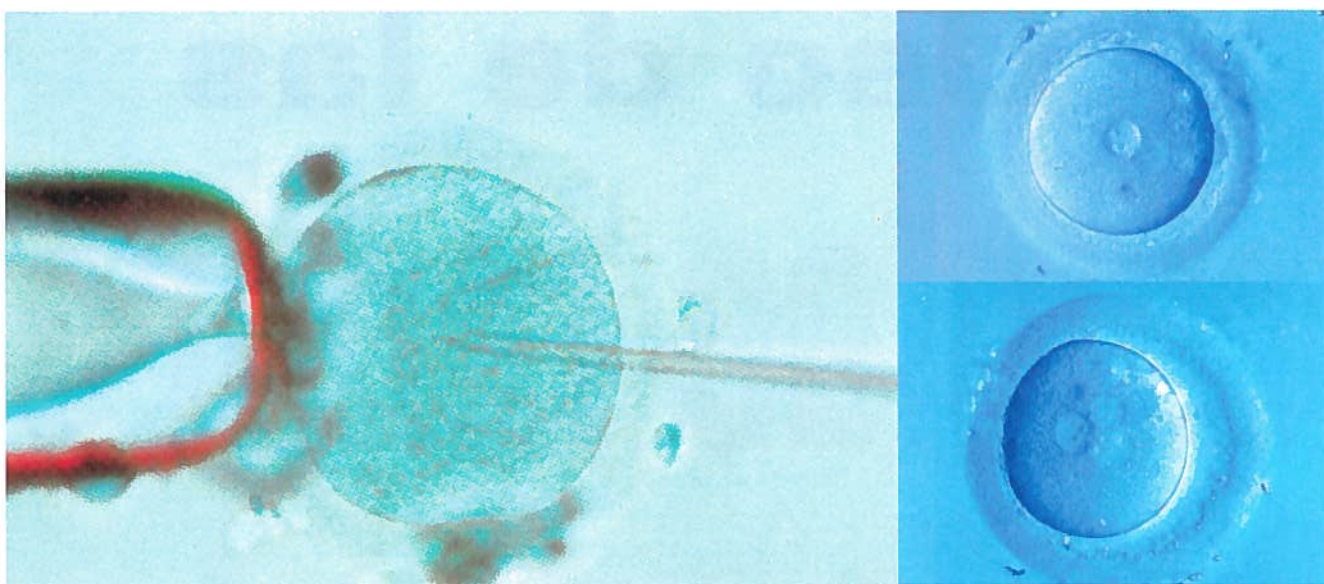
- Control de la diuresis y balance hídrico.
- Se realizarán analíticas y cultivos de orina, sangre, esputo.
- Alimentación enteral si precisa o parenteral.
- A la vez, se evitarán los cuidados para molestar lo menos posible al niño.
- Es fundamental realizar un aseo muy riguroso al niño, incluyendo, sobre todo, la higiene de la mucosa bucal y de los ojos.
- Evitaremos el uso de colonias, mantendremos una buena hidratación de la piel y mucosas. Cambio estricto de pañal y sábanas.
- Protección de las zonas con aumento de presión para prevenir las úlceras por presión con cambios posturales, colchones antiescaras y todos los medios físicos que sean necesarios.
- Es importante también la limpieza de todo lo que rodea al niño: su cuna o incubadora, todas las tubuladoras, mascarillas, etc., ya que el riesgo de infección es alto.
- Aparte de todos estos cuidados físicos y técnicos, no debemos olvidarnos de otro aspecto también muy importante, que es el emocional. Debemos acordarnos de esa familia, de esos padres que están sufriendo y ofrecerles todo nuestro apoyo psicológico.

Habrà que permitir en la medida de lo posible que los padres tengan acceso a su hijo, al contacto físico, que le puedan tocar, acariciar y hablar puesto que todo esto sería muy beneficioso tanto para ellos como, por supuesto, para ese niño que está falto de ese cariño y de ese contacto físico tan importante para su desarrollo emocional.

Uso de las células madre

en beneficio de
la salud

TEXTO / Cristina Botello



El anuncio hecho recientemente por la empresa de biotecnología norteamericana Advanced Cell Technology Inc., en el que afirmaba haber utilizado tecnología de clonación para cultivar una pequeña cantidad de células que podrían usarse luego como fuente de células madre, ha suscitado la polémica sobre la obtención de este tipo de células.

La clonación consiste en transferir el núcleo de una célula adulta a un óvulo al cual previamente se le ha extraído su propio núcleo, reemplazando así en el laboratorio la fecundación normal de un óvulo por un espermatozoide. La clonación puede tener dos fines, reproductivos o terapéuticos y es, en este último caso, en donde adquiere relevancia el uso de las células madre o estaminales, las cuales tienen como característica principal la capacidad de dividirse indefinidamente y llegar a transformarse en otros tipos de células, incluidas las del cerebro, el corazón, los huesos, los músculos y la piel.

La clonación consiste en transferir el núcleo de una célula adulta a un óvulo al cual previamente se le ha extraído su propio núcleo

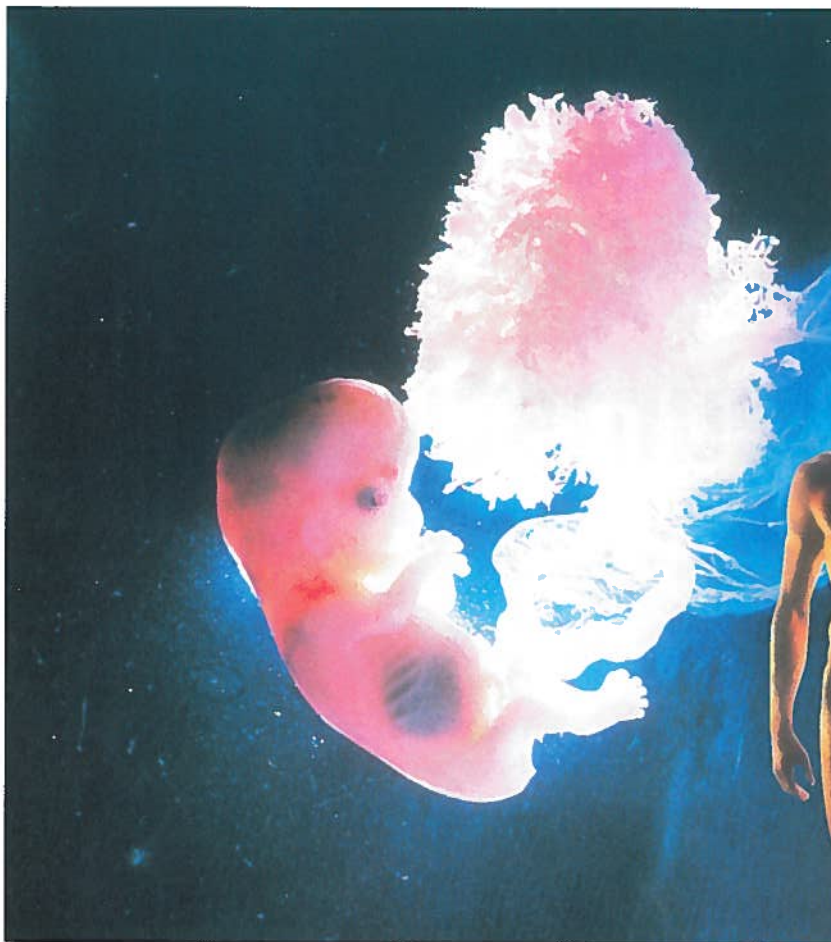
Este tipo de células tiene numerosas fuentes, así se pueden encontrar en el cordón umbilical, la placenta, la médula ósea o en los embriones.

Estas últimas, las células estaminales embrionarias, están contenidas en los embriones humanos de pocos días, siendo muchos los científicos que obtienen este tipo de células de los embriones que desechan las clínicas de fertilidad como parte de las técnicas de fertilización *in vitro*. Sin embargo, en la actualidad han surgido grupos de científicos que se dedican a producir embriones con el único fin de extraerles las células estaminales.

Este tipo de células son pluripotenciales porque pueden convertirse en células de prácticamente cualquier tejido, con lo que permiten al embrión desarrollarse y llegar a ser un cuerpo

totalmente formado, una célula totipotente, capaz de producir un espécimen completo. Del primer al cuarto día, la célula original va dividiéndose en varias células, cada una de las cuales, si se separara del resto, sería capaz de producir un individuo completo, por lo que son también células totipotentes. A partir del cuarto día se forma el blastocito, constituido por dos capas: una externa que forma la placenta y otros órganos necesarios para sustentar el desarrollo fetal, y la capa interna que origina casi todos los tejidos del cuerpo.

Sin embargo, no toda la comunidad científica está de acuerdo con la extracción de células madre de embriones, opinan que es poco ético porque supone la destrucción de un embrión. La alternativa está en extraer las células madre de



Sobre la extracción de células madre de embriones, algunos científicos opinan que es poco ético porque supone la destrucción de un embrión. La alternativa está en extraer las células madre de personas adultas

personas adultas. Así, son ya muchos los investigadores que trabajan usando células madre de adultos en trasplantes de médula ósea para pacientes con cáncer.

Las células normales de un individuo adulto no tienen capacidad de multiplicarse, salvo las células madre, que albergan el tejido maduro en el cuerpo de los niños y de los adultos, y

que son las que se encuentran en la médula ósea y en la piel. Sin embargo, este tipo de células tienen una serie de inconvenientes con respecto a las embrionarias, así éstas son escasas y difíciles de aislar, mientras que las embrionarias son más abundantes y en teoría más versátiles. Junto a estos inconvenientes se pueden señalar una serie de ventajas: al ser células

multipotenciales están más especializadas que las embrionarias, por lo que pueden llegar a generar células con una especialización diferente de la original, por ejemplo, las células madre neuronales de la médula espinal han producido diferentes tipos de células sanguíneas. El cuerpo maduro utiliza estas células como reserva para sustituir a otras caducas. Así, se puede afirmar que las células madre adultas tienen un gran potencial y más facilidades que las células madre embrionarias, puesto que se puede partir de células del propio individuo y, por tanto con la misma carga genética.

Ahora, la intención de los científicos es controlar las características de transformación de las células madre para tratar determinadas enfermedades, sustituir tejidos y órganos dañados por enfermedad o por lesión a fin de restablecer una función normal con injertos y tratamientos para pacientes que han perdido células y tejido. En este sentido son muchas las personas que necesitan un trasplante de órganos como el hígado o el riñón y que podrían beneficiarse si se desarrollara este tejido a partir de células madre.

Así, las células madre tendrán aplicaciones en terapias celulares, medicina regenerativa, como los males de Parkinson o Alzheimer, lesiones medulares, quemaduras, lesiones de corazón o cerebrales, diabetes, osteoporosis y artritis reumatoide.

Liposucción asistida por un sistema neumático **Lipomatic**

TEXTO / Dr. Ignacio Sanz Alonso
Instituto Médico Láser

Sin lugar a dudas, la máxima contribución al tratamiento quirúrgico de los acúmulos grasos del organismo (lipodistrofia) que se ha producido a lo largo del siglo XX ha sido la liposucción. Hasta la aparición de la misma, tan sólo se podían tratar estos acúmulos mediante la extirpación directa, ocasionando unas secuelas cicatriciales que, en la mayoría de las ocasiones, ofrecían resultados muy deficientes a los pacientes.

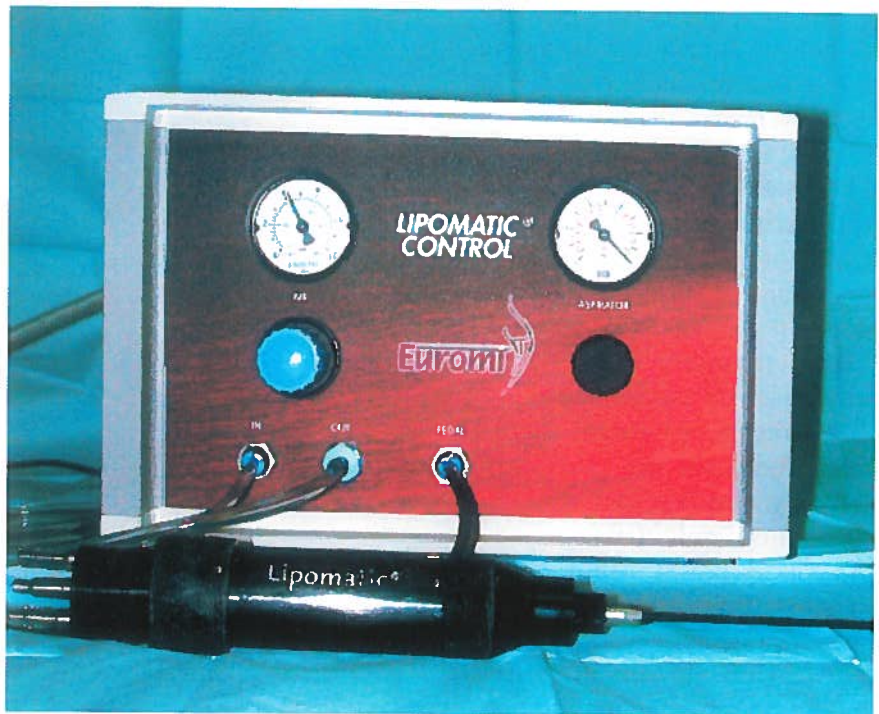
BREVE HISTORIA DE LA LIPOSUCCIÓN

Los pioneros en las técnicas de liposucción fueron Fischer e Illouz. Estos cirujanos utilizaban aspiradores con cánulas de gran tamaño que producían aspiraciones poco homogéneas sin realizar ningún tipo de infiltración, lo que ocasionaba pérdidas hemáticas muy importantes que limitaban la utilización de esta técnica. Era lo que se denominaba liposucción seca.

Más tarde, Fournier introdujo la liposucción con jeringa, en la que el tamaño de las cánulas y la potencia de aspiración eran mucho menores, lo que redundaba en contornos corporales más homogéneos.

Lo que dio el espaldarazo definitivo a esta técnica fue la utilización de la fórmula de Klein junto al concepto de la liposucción tumescente. La fórmula de Klein consiste en la combinación de suero fisiológico, lidocaína como anestésico local, adrenalina como vasoconstrictor y bicarbonato para elevar el pH de la solución. Con mayores o menores variaciones, ésta es la combinación que se sigue utilizando en la actualidad.

Para llevar a cabo la liposucción, se infiltran volúmenes suficientes hasta conseguir que el área que deseamos tratar se ponga tensa y blanquee por efecto de la adrenalina y de la presión que ejerce el líquido infiltrado. Esto nos permite realizar liposucciones de mayor volumen sin que se produzcan pérdidas hemáticas excesivas en el paciente y sin necesidad de recurrir, en demasiadas ocasiones,



a otro tipo de anestesia (epidural o general).

Para finalizar este breve resumen sobre la historia de la liposucción, no podíamos dejar de mencionar al Dr. Gasparotti, que introdujo el concepto de liposucción superficial, que nos ha permitido realizar liposucciones de volúmenes importantes

consiguiendo una retracción y adaptación cutánea muy satisfactorias.

TIPOS DE LIPOSUCCIÓN

Liposucción tradicional

Lo primero que se realiza antes de iniciar la intervención es la obtención de fotos preoperatorias que nos permitan valorar de una manera objetiva el resultado de esta intervención.

Tras el marcaje de las áreas que vamos a liposucionar (haciendo especial hincapié en las posibles asimetrías, zonas de máxima proyección y depresiones), procedemos a infiltrar la solución anestésica y vasoconstrictora que hemos comentado previamente. Una vez conseguido el efecto vasoconstrictor deseado, empezamos la liposucción, utilizando cánulas que excepcionalmente superan los 4 mm de diámetro. El diseño de las mismas varía en función de los gustos del cirujano.

Una vez finalizada la intervención, colocamos prendas de



compresión que el paciente deberá utilizar durante un tiempo variable que no suele exceder las cuatro semanas.

Liposucción asistida por ultrasonidos

Conceptualmente, es una idea interesante. Consiste en la introducción de unas cánulas especiales en cuyo extremo hay un emisor de ultrasonidos que emite en una longitud de onda que destruye y emulsiona de manera selectiva las células grasas, aspirándose dicha emulsión simultáneamente.

Este tipo de liposucción no ha tenido gran aceptación entre los cirujanos por diversos motivos: elevado coste del equipo, prolongación muy llamativa del tiempo quirúrgico, mayor dolor postoperatorio para el paciente, posibilidad de provocar quemaduras y necrosis cutánea e inadecuada readaptación cutánea.

Liposucción asistida por motor eléctrico

Consiste en la utilización de un motor eléctrico que ejerce sobre la cánula un movimiento de vaivén. Presenta algunos inconvenientes: el equipo tiene una fuerza insuficiente, es bastante frágil, rompiéndose con facilidad, y la esterilización, como en todos los motores eléctricos, ocasiona algunos problemas de infraestructura.

Liposucción asistida por aire comprimido o medicinal: Lipomatic

Es el método más reciente de liposucción asistida. Su uso es sencillo y prácticamente no requiere mantenimiento, además



de carecer de riesgos para el paciente.

El Lipomatic ha sido concebido con el objeto de facilitar la actuación médica, disminuyendo

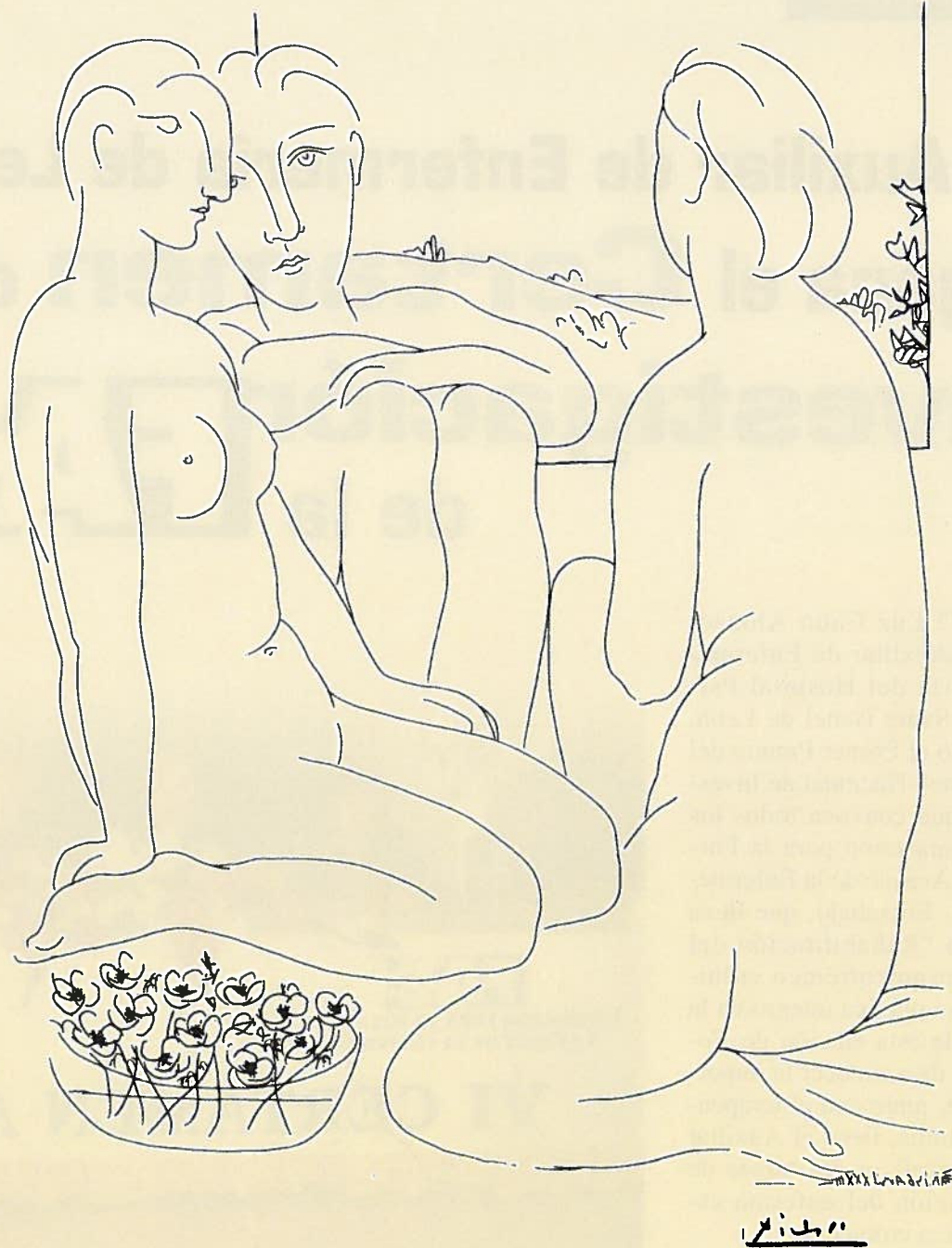
de manera significativa el esfuerzo del cirujano, permitiendo una mayor precisión en zonas de difícil acceso o con gran fibrosis (liposucciones secundarias o de varones). Además, aporta importantes ventajas para el paciente.

Funciona con un motor neumático accionado por aire comprimido que dota a la cánula de un triple movimiento: vaivén, rotación y vibración. Como resultado de estos tres movimientos, se genera una trayectoria helicoidal que va a emulsionar la grasa a la vez que es aspirada por la cánula. Todo ello conlleva a una recuperación del paciente más rápida, ya que el edema y la equimosis secundaria al tratamiento son menores. Además, la vibración estimula la síntesis de colágeno durante la liposucción superficial, facilitando la posterior readaptación de la piel.

Por otra parte, la frecuencia de vibración del Lipomatic es de 10 Hz, lo que genera una liberación de endorfinas en 20 ó 30 minutos que hace que se prolongue el efecto anestésico.

CONCLUSIÓN

El Lipomatic es la técnica más reciente de lipoescultura, es seguro, eficaz y fácil de manejar. Prácticamente, no requiere mantenimiento, es de fácil limpieza y se puede esterilizar en autoclave. Está exento de riesgos para el paciente debido a que las cánulas no se calientan, evitando el peligro de quemaduras y necrosis de la piel. Permite una buena retracción cutánea y buenos resultados en áreas fibróticas difíciles de liposuccionar por su localización o por la existencia de liposucciones previas.



- Depilación con láser
- Rejuvenecimiento facial con láser (Derma K)
- Vascular
- Dermatología

- Proctología
- Cirugía estética facial y corporal
- Dietética
- Odontología y cirugía maxilofacial

INSTITUTO MÉDICO LÁSER

Almagro, 36. 28010 MADRID
Teléfono: 902 30 29 30

Un Auxiliar de Enfermería de León gana el **Certamen de Investigación de la FAE**

M^a Luz Caño Alonso, Auxiliar de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León, ha recibido el Primer Premio del VI Certamen Nacional de Investigación que convoca todos los años la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE). El trabajo, que lleva por título “Rehabilitación del enfermo esquizofrénico crónico” (que se publica íntegro en la separata de esta edición de *Nosocomio*), da a conocer la importancia que, junto con el terapeuta y la familia, tiene el Auxiliar de Enfermería en las tareas de rehabilitación del enfermo esquizofrénico crónico.

La rehabilitación psiquiátrica de la esquizofrenia consiste en recobrar el pleno desenvolvimiento social e instrumental. Se inicia inmediatamente después de haber estabilizado un episodio agudo de esta enfermedad, con los objetivos de restablecer las capacidades de autonomía y ayudar al individuo a alcanzar una calidad de vida satisfactoria. La rehabilitación integral incluye evaluación, adiestramiento y modificación del ambiente en las áreas más importantes de la vida personal y comunitaria.



La familia, junto a enfermo y terapeuta, es el tercer actor que cumple una función esencial en un episodio de esquizofrenia. Las actitudes y sentimientos con las que influye en el paciente son trascendentales para la rehabilitación. El trabajo con la familia debe tener dos metas: prevenir la recaída y fomentar los comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria.

En definitiva, las nociones de mayor relevancia sobre la rehabilitación de la esquizofrenia y

*José Ángel Peña,
Dolores Martínez, el teniente alcalde
de León Julio César Rodrigo de
Santiago y el director gerente del
hospital psiquiátrico Santa Isabel.*

la psicoeducación (con especial atención al entorno social y familiar de los enfermos), la experiencia del Auxiliar de Enfermería en este campo y un estudio de investigación con familias de afectados por esta enfermedad son los pilares fundamentales del trabajo ganador del Premio que otorga la Fundación

para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) en su edición de este año.

El acto de entrega, que se celebró en el Salón de Actos del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León, estuvo presidido por Dolores Martínez, presidenta de la FAE, que además de este premio entregó un accésit y una mención especial.

El Comité Científico del Certamen, integrado por prestigios profesionales de la sanidad, concedió el accésit al trabajo "La insatisfacción laboral en enfermería y su tratamiento desde la prevención de riesgos laborales", de Carmen Calleja Allende, Auxiliar de Enfermería de Gijón. Este estudio plantea las posibles soluciones, vistas desde la prevención de riesgos laborales, a las fuentes de insatisfacción laboral que afectan a los Auxiliares de Enfermería.

Por otro lado, la mención especial se otorgó al trabajo "La atención sociosanitaria a la población inmigrada africana hospitalizada", de Mercè Borràs Dòlera, Montse Picañol Vilanova y Anna M^a Rodríguez Rizos, Auxiliares de Enfermería



M^a Luz Caño Alonso. Hospital Psiquiátrico Santa Isabel (León). 1^{er} Premio.

en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Este trabajo recoge las dificultades que surgen entre los Auxiliares de Enfermería y los inmigrantes que llegan a nuestro país cuando estos requieren atención sanitaria.

La presidenta de la Fundación, Dolores Martínez Márquez, insistió en el acto de entrega en la importancia que tiene este premio dentro de la sanidad ya que a través de él se potencia la investigación en el terreno de la enfermería básica. Junto a ella han acudido al acto el patronato de la FAE, responsables de la política leonesa y las direcciones de gerencia y dirección de enfermería del centro sanitario.

El Certamen Nacional de Investigación de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, FAE, es el único premio dirigido a los Auxiliares de Enfermería de nuestro país en reconocimiento a la labor de investigación que diariamente desempeña este colectivo con el desarrollo de su trabajo.

El objetivo principal de este premio es reconocer la labor de investigación que diariamente desarrollan en sus respectivos puestos de trabajo los profesionales Auxiliares de Enfermería dentro de la

Carmen Calleja Allende. Gijón (Asturias). Premio Accésit en 2^o término.



sanidad española y potenciar más, si cabe, la investigación entre los profesionales de la enfermería básica.

En el año 1996, y ante la ausencia de convocatorias dirigidas a los profesionales Auxiliares de Enfermería, la FAE creó este Certamen Nacional de Investigación, dedicado a la divulgación de trabajos elaborados por Auxiliares de Enfermería. El premio se otorga al mejor trabajo original presentado y se entrega en la jornada en la que se conmemora el Día Internacional de la Enfermería, proclamado en 1974 por el Consejo Internacional de Enfermería, que recuerda el nacimiento de Florence Nightingale, reconocida internacionalmente como la enfermera que logró convertir en práctica común una serie de medidas sanitarias fundamentales que mejoraron considerablemente las condiciones higiénicas de los hospitales, aumentando las posibilidades de mejora y supervivencia de los ingresados.

Una vida más fácil, las prótesis

TEXTO / Cristina Botello

Durante las últimas décadas, se han conseguido numerosos avances en el campo de la Medicina, que han repercutido en una gran mejoría para nuestra salud y nuestro cuerpo. Entre estos avances hay que destacar la aparición de las prótesis, sustitutos artificiales de una parte del cuerpo que falta, como pueda ser un brazo o una pierna, un ojo, un diente, etc., empleándose por razones funcionales, estéticas o de ambos tipos.

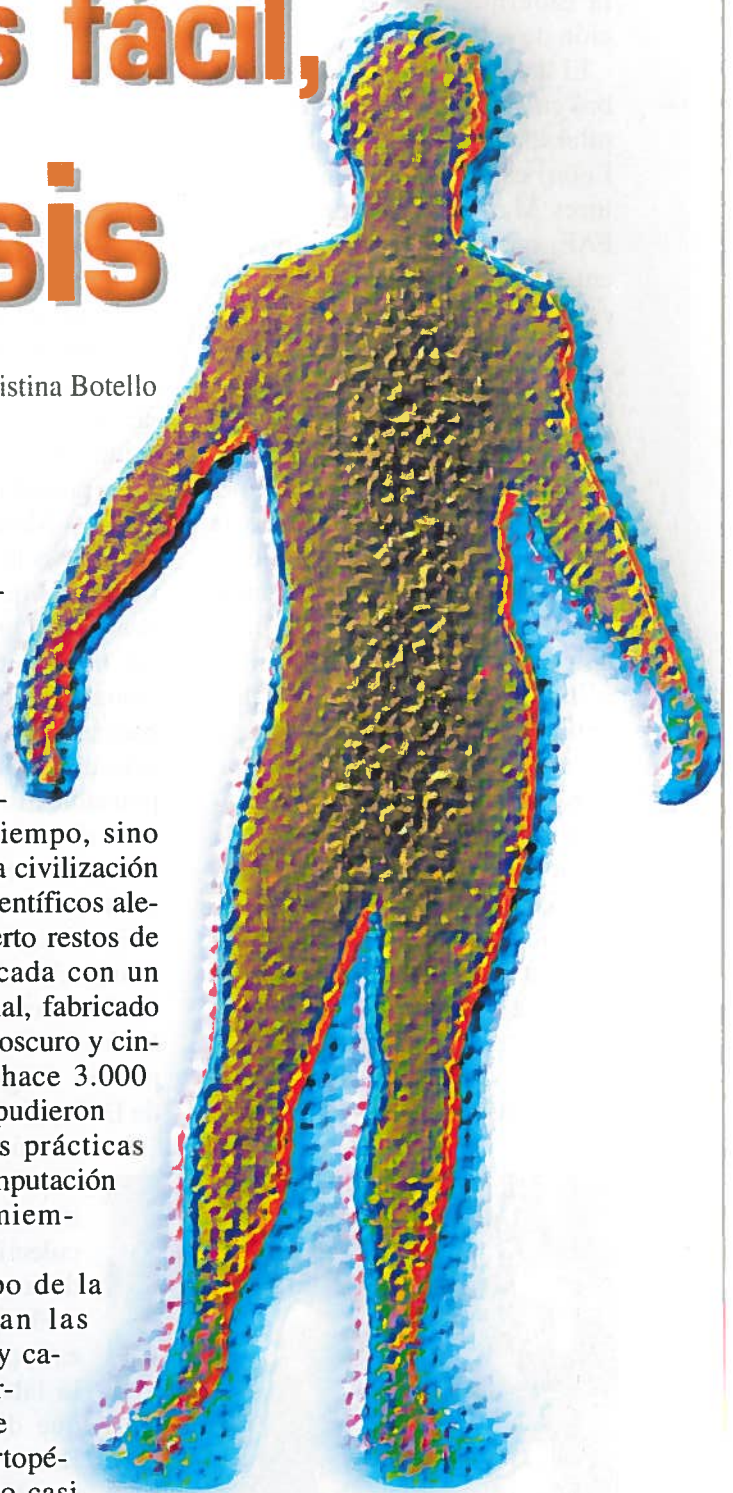
El titanio, zinc, porcelana, cementos de óxido, plata, silicona, polietileno, etc., son sólo algunos de los materiales con que se componen las prótesis. De esta manera, dependiendo de la parte del cuerpo que se quiera reconstruir se usarán unos u otros, así, por ejemplo, el polietileno es el plástico más usado en la fabricación de prótesis ortopédicas y en cirugía maxilofacial, mientras que las placas de titanio quedan reservadas, por ejemplo, para los codos, caderas o rodillas. Dentro de este abanico de materiales, el que más destaca es el titanio puro, ya que este metal presenta una total biocompatibilidad con otros materiales.

Prótesis ortopédicas

Normalmente, cuando se habla de prótesis, inmediatamente nos vienen a la cabeza las prótesis ortopédicas. Éstas no son un invento de nuestro tiempo, sino que se remontan a la civilización egipcia, en donde científicos alemanes han descubierto restos de una mujer momificada con un dedo del pie artificial, fabricado con madera marrón oscuro y cintas de cuero. Así, hace 3.000 años, los egipcios pudieron ser pioneros en las prácticas quirúrgicas sobre amputación y colocación de miembros.

Dentro del campo de la ortopedia destacan las prótesis de rodilla y cadera. Desde el marfil hasta la fibra de vidrio, la cirugía ortopédica lo ha intentado casi todo para reemplazar las articulaciones dañadas. Estos procedimientos, que se han venido realizando desde principios de siglo, se han ido modificando a lo largo del tiempo, tanto en la técnica empleada como en los

materiales utilizados. Así, nuevos materiales como el plástico, titanio o cobalto-cromo están proveyendo una larga duración en las prótesis para rodillas o caderas.





El problema más importante es la fijación de la prótesis al hueso, ya que éstas se sueltan. En los años ochenta aparecieron las prótesis porosas, con el fin de solucionar este problema. La superficie porosa de este tipo de prótesis permite que el hueso crezca en contra del sustrato, del metal. Sin embargo, la mayoría de los reemplazos continúan realizándose con cobalto y cromo, a pesar de que esta combinación resulta demasiado áspera y, si la superficie es tosca, aumenta el desgaste del polietileno. La prótesis de circonio, metal muy biocompatible, ha venido a solucionar este problema.

Además de las prótesis fijadas al hueso, o internas, existen otras externas, que pueden ser

permanentes o temporales, que requieren una elaboración o adaptación individualizada y que no precisan implantación quirúrgica en el paciente.

Otra parte de nuestro cuerpo muy propensa a las prótesis son los codos. Anteriormente esta articulación se reparaba usando láminas hechas para la cadera y ajustándolas a los codos, pero los resultados dejaban mucho que desear. Ahora se han creado nuevas láminas que se fijan con tornillos y encajan perfectamente. El sistema consiste en dos o tres placas de titanio especiales para el codo que permiten una restauración anatómica correcta, puesto que dan una gran estabilidad a la fractura.

La columna vertebral es otra de las partes de la anatomía humana en la que se suelen usar prótesis, entre las que destaca la de disco. Sin embargo, existen otros tratamientos para las fracturas de la columna. Anteriormente existía un procedimiento denominado vertebroplastia, por medio del cual se ponía una aguja y cemento en el hueso, pero conllevaba muchas complicaciones. En la actualidad se usa una técnica quirúrgica conocida como Cifoplastia, que consiste en que por medio de una pequeña incisión se crea un pasaje estrecho en el hueso fracturado, a través del cual se introduce un pequeño balón llamado KyphX. El balón se infla para levantar la parte colapsada del hueso y, después de



que la vértebra ha recuperado su volumen, se desinfla y se retira, dejando una cavidad definida que luego se rellena con material óseo, que generalmente es el mismo cemento con el cual se fijan las prótesis en los reemplazos de cadera y rodilla.

Prótesis dentales

Dentro de las prótesis, otro campo muy importante es el dental. En este sentido, la rama de la odontología relacionada con la restauración y mantenimiento de la función, comodidad, apariencia y salud oral es la prostodoncia.

En este terreno, hay que hablar de prótesis fijas, por un lado, y de prótesis removibles, por otro. Las primeras son aquellas que quedan fijadas en la boca, mientras que las segundas el paciente se las puede sacar. Sin embargo, también puede darse la combinación de ambas en lo que se denomina prótesis mixtas.

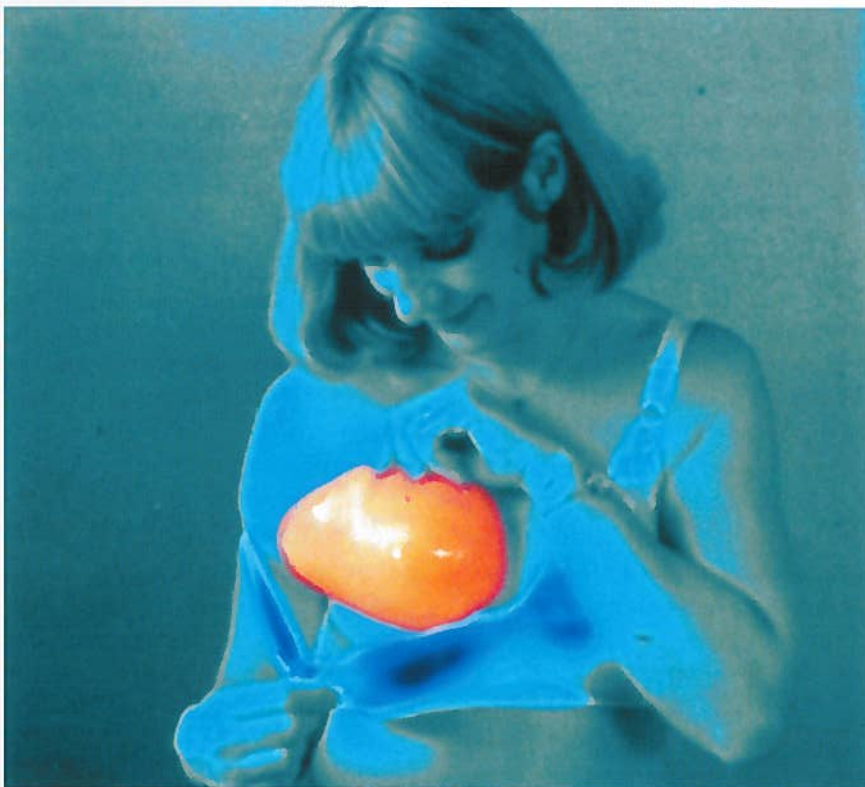
Los materiales que se usan para la confección de prótesis removibles han cambiado con el paso de los años. Al principio se hacían de caucho, posteriormente se empezaron a usar acrílicos,

aún usados hoy en día, ya que aunque se han confeccionado prótesis con bases metálicas, la sujeción es peor que la del acrílico debido a la falta de porosidad del metal, mientras que el acrílico, al absorber humedad, ayuda a mantener la fijación.

En este sentido, el mercado ofrece una gran variedad de sistemas

de fijación de prótesis dentales, que van desde los muelles intermaxilares, hasta los adhesivos, pasando por las almohadillas. Sin embargo, estos sistemas de fijación en muchos casos dan resultados poco fiables, que con la aparición de los implantes se han ido solucionando, ya que éstos permiten mantener la prótesis más sujeta y estable.

Sin embargo, son muchos los pacientes edéntulos o con hueso insuficiente para aguantar un implante, y que, por lo tanto, recurren a los imanes como medio para la sujeción de prótesis dentales. Estos imanes permiten que el paciente obtenga una valiosa ayuda en la masticación de alimentos y en el habla diaria. Los imanes están hechos de un material de tierras raras y van protegidos o encapsulados. Estos imanes tienen un gran poder de atracción, que permite que sean escondidos dentro de las prótesis, y que las mismas

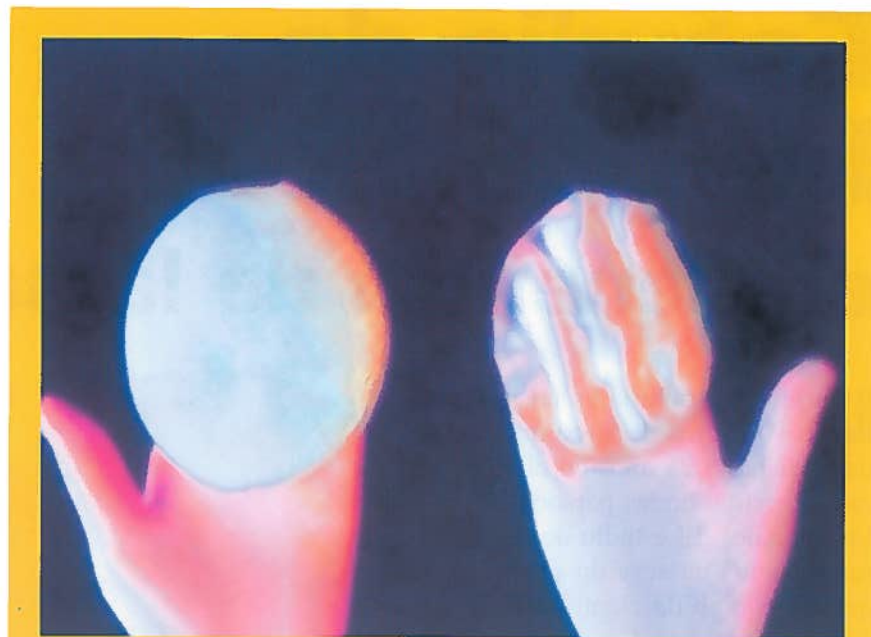


cumplan la función estética. Al estar escondidos en la prótesis, no tienen ningún efecto secundario, según estudios demostrados.

Por su parte, las prótesis fijas no se las puede extraer el paciente y, por lo tanto, no presentan los inconvenientes que presentan las removibles. En la confección de prótesis fijas se han usado diversos metales, antes se hacían puentes totalmente metálicos, con oro de 22 quilates, de acero y de paladio, sin tener en cuenta el efecto estético. Más tarde se añadieron resinas acrílicas sobre el metal, obteniéndose un efecto estético más favorable, pero los acrílicos se desgastaban y se decoloraban, perdiendo el brillo y, por tanto, la vivacidad inicial. Con los años, llegaron las cerámicas o porcelanas, que van fundidas sobre una estructura metálica blanca, como pueda ser la de circonio. Son materiales de gran dureza que conservan el brillo y mantienen el color, aunque son más frágiles que los acrílicos.

Lo ideal, en cuanto a material se refiere, es usar aleaciones de metales preciosos, como el oro o el paladio, aleados con otros metales no preciosos. También se pueden usar aleaciones de metales no preciosos, como la de cromo-níquel. Es preferible, siempre que podamos, utilizar materiales nobles, y sólo emplear los no preciosos en indicaciones muy precisas.

En el caso del uso de amalgama de plata como restaurador dental, defensores y detractores se han visto las caras en numerosas ocasiones. Se trata de un material muy controvertido por el mercurio que contiene, ya que, según algunos expertos, éste



Furor por la silicona

Hoy en día, desde el punto de vista estético, se ha puesto muy de moda usar otro tipo de prótesis, las de silicona. Así, desde que hace más de 20 años Amoena inventara y desarrollara la primera prótesis de silicona a escala mundial, constituyéndose en el gran motor de desarrollo de las nuevas tecnologías de silicona aplicadas a la fabricación de prótesis mamarias, han sido muchas las mujeres que se han sometido a operaciones para conseguir un aumento de pecho. Sin embargo, en las últimas décadas, el número de mujeres que se someten a este tipo de operaciones es cada vez mayor. En un principio, las prótesis de silicona se usaban en los procesos de reconstrucción mamaria después de realizar una mastectomía, implantándose bien debajo de la piel, bien debajo del músculo pectoral.

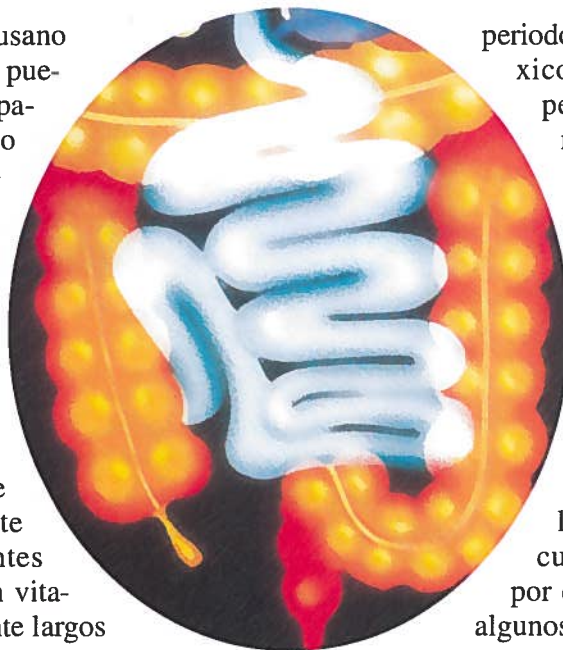
Básicamente, la prótesis está compuesta de varias capas de silicona, más o menos suaves, según el caso, recubiertas por una película de poliuretano de una o varias capas.

puede provocar desde migrañas hasta esclerosis múltiple. Sin embargo, no existen experiencias con un rigor científico que puedan demostrar algún aporte sobre la peligrosidad de las amalgamas. Lo cierto es que en la actualidad cada vez se valora más su uso por su longevidad y su poca propensión al fracaso.

Así, se puede decir que de un tiempo a esta parte en nuestro cuerpo se han ido introduciendo una serie de materiales, cada vez más frecuentes, que nos ayudan a mejorar nuestra salud y nuestra estética, y hacen más fácil nuestra vida, eliminando las molestias que nuestro cuerpo pueda sufrir.

Estudio de los gusanos en beneficio de la salud

La tenia o solitaria es un gusano de 10 metros de largo que puede vivir hasta 25 años en el aparato digestivo de las personas o los animales. El estudio de estos gusanos ha servido para que un equipo de científicos del Instituto de Ciencias Biológicas de la Universidad de Gales en Aberystwyth haya descubierto las proteínas que permiten a los parásitos producir infecciones crónicas o de larga duración. En este sentido, la investigación parte del estudio de los componentes (proteínas) del gusano que son vitales para su supervivencia durante largos



periodos de tiempo en un entorno tóxico como es el intestino de las personas y los animales. Igualmente, se está investigando la evolución de los parásitos transmitidos a través de la cadena alimentaria para controlar el comportamiento de los huéspedes de modo que les resulte más probable ser comidos por los depredadores a los que infecta.

Entre otros beneficios, estas proteínas podrían darnos la clave de cómo responde el cuerpo a las toxinas asociadas, por ejemplo, al envejecimiento o a algunos tipos de cáncer.

Situación del cáncer de mama en España

Recientemente ha tenido lugar la presentación de El Álamo, primer estudio global de la situación del cáncer de mama en España. Se trata de una investigación llevada a cabo por el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama, GEICAM.

El estudio se divide en varias fases, habiéndose realizado la primera entre 1990 y 1993. Las

conclusiones de este primer periodo son preocupantes, así, por ejemplo, a pesar de que el resultado terapéutico de la cirugía conservadora es muy similar al de la mastectomía o cirugía radical, el índice de las primeras era muy bajo frente a las segundas, a pesar de que la cirugía conservadora es menos traumática para la paciente.



Mayor supervivencia en niños discapacitados

Se ha presentado en Madrid el análisis prospectivo Delphi sobre “El futuro de la salud infantil y de la pediatría en España”. Este informe, que recoge los pronósticos de un grupo de 263 profesionales, pretende identificar tendencias, favorables o desfavorables, acerca de los problemas sobre la salud infantil. Problemas que ahora son



manejables, pero que dentro de unos años pueden ser crisis, como son la aparición de nuevas patologías en adolescentes, un aumento en los problemas de salud mental, enfermedades infecciosas por la resistencia a antibióticos, patologías relacionadas con el ámbito social (abandono, fracaso escolar, desnutrición, violencia y abusos físicos y emocionales), incremento de los

trastornos alimenticios como la bulimia o la anorexia, problemas por el consumo de alimentos ricos en calorías y grasas (hipercolesterolemia infantil), o patologías que provienen de la población inmigrante, y que ya estaban erradicadas en nuestro país como el raquitismo y enfermedades de la piel.

Entre los pronósticos de carácter positivo hay que señalar un aumento en la supervivencia de niños discapacitados y enfermos crónicos y la continuidad de la tendencia alcista en la recomendación de la lactancia materna. Asimismo, se espera que disminuya la incidencia de casos de VIH+ infantiles.

Igualmente, se prevé un aumento de la natalidad de la población inmigrante, lo que repercutirá en un eventual aumento de la tasa general.





Los ganadores del Primer Certamen de Cuento y Poesía convocado por SAE y FAE en la modalidad de poesía fueron José Antonio Ayago Montes, Badajoz, categoría 12-16 años (Badajoz) con la poesía "Hoy he visto" y Víctor Aparicio Rodríguez, Guadalajara, categoría 8-12 años (Guadalajara) con "La primavera". Publicamos en esta sección de Nosocomio ambos trabajos.

HOY HE VISTO...

Hoy he visto situaciones,
que me han hecho pensar.
Que todos ven como comunes
que a mí me hacen reaccionar.

Hoy he visto la alegría
en la cara de un abuelo,
que echando una lagrimilla
sonreía junto a su señuelo.

Hoy he visto la tristeza
en la tele, en Salvador.
¡Y no me da vergüenza
rezar por ellos a Cristo el Señor!

Hoy he visto la libertad,
tanto para decidir y actuar.
Las aves al volar,
mis manos para escribir más.

Hoy he visto muertes,
fruto de la impotencia
de aquellos que hablan vascuence
de esos que actúan por inercia.

Hoy he visto la sinceridad,
aunque sentir no lo hiciera.
Un sentimiento de maldad...
no tuve que dejar que me venciera.

Hoy he visto la amargura
cuando perdiendo los nervios...
De cómo será la locura
o cómo será el caso de turbio.

Hoy he visto la verdad,
en la boca del alumno
quien por no seguir en falsedad
optó por hacer lo justo.

Y es que hoy he visto tantas cosas...
que aquí no podría contar.
Cosas, de nuestra vida normal,

cosas, que me han hecho pensar.
Que en este papel no se quede,
mi reflexión a grito hecha.
No vaya a ser que nos quede
esta vida tan maltrecha.
¡Abre los ojos amigo
y date cuenta de la vida,
nunca pierdas ese ánimo,
pues al final de todo esto,
y no decir que "éste delira",
en el camino escrito está esto.

José Antonio Ayago Montes, 12-16 años

LA PRIMAVERA

Ya llega la primavera
con sonido a risa nueva.

En el campo hay mil colores
porque está lleno de flores.

Cerca de aquel campo colorido
hay una inmensa vereda,
donde hay árboles con nidos
y mil gusanos de seda.

Ya es de noche en la vereda,
pero de día en la ermita,
porque luciérnagas hay
y son todas pequeñitas.

Cerca de la gran ermita
los animales tiritan,
durmiendo sobre la hierba,
debajo de mariquitas.

Ya está todo muy tranquilo
en el campo y en el río,
esperando un nuevo día,
todo lleno de alegría.

Victor Aparicio Rodriguez

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

Practica,
fomenta
y exige
SALUD LABORAL

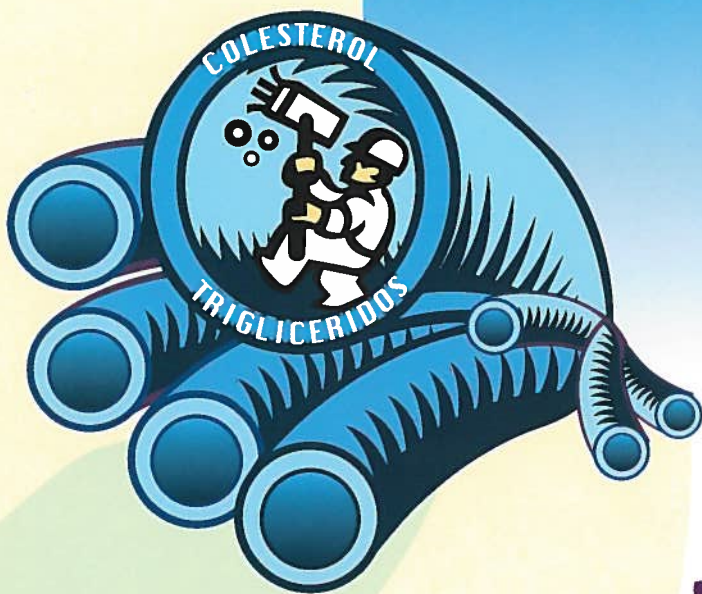


CONSIGUE TUS EJEMPLARES PONIÉNDOTE EN CONTACTO
CON EL DELEGADO DE S.A.E EN TU CENTRO DE TRABAJO
O LLAMANDO AL TELÉFONO 91 521 52 24

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.



Para más información: 902 100 019. www.puleva.es

