



n° 36 • Revista de Auxiliares de Enfermería  
Cuarto Trimestre 2003

# La quiropráctica

Separata: informes profesionales elaborados  
por Auxiliares de Enfermería

# PROGRAMA DE FORMACIÓN

CURSO ACADÉMICO  
2003/2004

**FAE**  
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN  
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

## CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actualización del Auxiliar de Enfermería/TCAE en hospitalización
- Actuación del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el bloque quirúrgico I y II
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y Bulimia
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minusválido físico y psíquico I y II
- Atención de Enfermería ante el maltrato
- 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 laringectomizado
- 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 I y II
- Cuidados especiales al recién nacido
- 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
- 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
- Medio ambiente y salud
- Movilización de pacientes y escuela de la espalda
- Nutrición y dietética
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II
- Patologías asociadas a la menopausia
- Prevención cardiovascular
- 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. PLANTA 4ª.** Antonio Mercero recoge las vivencias de un grupo de adolescentes que permanecen en la planta de traumatología de un hospital mientras reciben tratamiento contra el cáncer. **9. ÁCIDO FÓLICO.** Como cualquier vitamina, el ácido fólico es bueno para todos con independencia de la edad y el sexo, aunque el mayor consumo se realiza durante el embarazo. **11. SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS.** El Sindicato de Auxiliares de Enfermería y la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería participaron en las primeras jornadas que, bajo el epígrafe *La salud pública y la prevención de los riesgos laborales*, se celebraron en Ceuta. **13. RINITIS Y ASMA.** Neumólogos, alergólogos, otorrinos, internistas... y expertos en distintas especialidades han participado en el estudio ARIA para profundizar en el impacto que tiene la rinitis alérgica en el asma. **37. CICLO OVÁRICO.** El hipotálamo y la glándula hipófisis son los responsables de un complejo proceso hormonal que regula el recorrido del ciclo ovárico. **40. QUIROPRÁCTICA.** La movilización manual de articulaciones y manipulación vertebral se han utilizado para mejorar la salud desde la época de los griegos y egipcios. **47. CAMBIO DE HORARIO.** El cambio horario puede dar lugar a diferentes alteraciones de carácter negativo, tanto físicas como psicológicas.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

**DIRECTORA** Dolores Martínez Márquez. **CONSEJO DE REDACCIÓN** Ana Escobar Flórez, Lucía Turienzo Cabero. **REDACTORA JEFE** Montse García García. **REDACCION** Javier Villoslada, Cristina Botello. **COMITÉ CIENTÍFICO** Teresa Soy Andrade, José Ángel Peña, Cecilia Dou Marcos. **COLABORADORES** José Ángel Peña, BERBES ASOCIADOS, PLANNER MEDIA, PULEVA. **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería), Fuencarral nº 77, 6º izq. 28004 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: fae@futurnet.es. **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomas López, 3, 2º dcha. 28004 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@retemail.es. **DEPÓSITO LEGAL:** M-14.435-1993. **ISSN:** 3847

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

**DESDE QUE EN 1895** los hermanos Lumière asombraron a sus conciudadanos con la primera proyección cinematográfica —que incluía el cortometraje *La salida de la fábrica*—, la vida real ha sido fuente principal de inspiración para el séptimo arte.

El cine ha recreado desde epopeyas históricas hasta retratos cotidianos sobre la condición humana como ningún otro arte había conseguido antes, gracias a la fuerza que transmiten las imágenes. También la enfermedad —y, en último extremo, la muerte—, como parte indisoluble de la existencia, ha constituido el tema central de infinidad de películas memorables (*Alguien voló sobre el nido del cuco*, *El aceite de la vida*, *Philadelphia*, *Mi vida sin mí...* son sólo una mínima muestra de los primeros títulos que vienen a la mente).

A esta lista de películas reseñables que han abordado aspectos relacionados con la salud hay que incorporar ahora, por méritos propios, a *Planta 4ª*, el último proyecto de Antonio Mercero, que ha regresado a la gran pantalla eligiendo un argumento de complicado tratamiento: el cáncer infantil.

Sin ningún tipo de censura y adoptando un punto de vista que, por su realismo, no queda lejos del cine documental, este trabajo nos sumerge de lleno en las vidas de un grupo de enfermos que, aún imberbes, luchan contra el cáncer que padecen en la planta de traumatología de un gran hospital.

El resultado final es que la película, independientemente de que por sus especiales connotaciones implique más o menos al espectador, consigue sacar a la luz situaciones que a diario suceden en las plantas de muchos hospitales, que afectan directa o indirectamente a un considerable núcleo de población y que, aunque conlleven asociado dramatismo y dolor, no por ello deben ser silenciadas. En definitiva, el cine, una vez más, como fiel reflejo de la realidad.

# Buzón de sugerencias

## LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Nuria Benedicto

SECRETARIA PROVINCIAL  
DE SAE-BARCELONA

Los cuidados básicos suponen para el enfermo la actuación profesional del Auxiliar de Enfermería, pieza imprescindible del hospital humanizado. Nuestra actuación atiende las necesidades de la vida cotidiana del enfermo, contribuye a la efectividad del tratamiento médico, canaliza la necesidad de participación de las familias y sirve de enlace con otros profesionales de los centros. Además, quienes desempeñan esta profesión están capacitados y entrenados para asistir los cuidados paliativos de los enfermos terminales. En la actualidad, la base normativa de la relación funcional de dos colectivos que prestan sus servicios en la sanidad pública (los Auxiliares de Enfermería/TCAE por un lado y los ayudantes técnicos sanitarios y diplomados universitarios de enfermería por otro) se encuentra regulada en una orden ministerial de 1973.

Pero a nadie se le escapa que, 30 años más tarde de su promulgación, la evolución y revolución de las técnicas sanitarias ha sido más que notable. Seguiremos luchando por el Grupo C, conscientes de que es donde ya tendríamos que estar.

## ODONTOLOGÍA EN NOS

Rosa López

SALAMANCA

Soy Auxiliar de Enfermería en la comunidad de Castilla y León, y echo de menos en la revista un reportaje amplio sobre odontología, quizá un tema poco difundido todavía para la importancia que tiene. En los colegios no es extraño que en las revisiones que a veces se practican recomienden la visita al odontólogo, y tampoco es raro que los niños (me refiero a los del ciclo de primaria) confiesen que no le han visitado nunca. Lamentablemente mi opinión es que si esta cuestión se tomara más en serio, se evitarían soluciones drásticas en la edad adulta, aplicando una correcta educación bucal desde pequeños.

En vuestro último número publicásteis algo sobre la salud bucodental, pero a mí me ha sabido a poco. Gracias por hacer esta revista tan buena y tan nuestra.

## PUBLICACIÓN PARA EL COLECTIVO

Carmen Rocha

VIGO

Quiero daros la enhorabuena por el tono general de la revista. Hace poco que me he incorporado activamente a la profesión, por lo que acabo de conocerla y me alegra saber que las Auxiliares de Enfermería tenemos una publicación por y para nosotras. La posibilidad de publicar trabajos de investigación es un gran aliciente al que espero aportar mi granito de arena próximamente. En cuanto al "Y para variar", os sugiero hacer uno sobre viajes inolvidables, aunque sólo sea para viajar con la mente, ya que nuestro sueldo hace difícil llegar muy lejos. Espero que me deis ese capricho en algún número. Un saludo.

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

# Planta 4<sup>a</sup>

una película de ANTONIO MERCERO



Escrita por **INDEPENDENCIA PRODUCCIONES S.L.** con la participación de **TELEVISIÓN ESPAÑOLA** y **CAJAL** • **JOHÁN JOSÉ BALLESTA** | **LUIS ÁNGEL PRIEGO** | **CARMEN MORENO**  
**ESTORA DE CASTELLÓN** | **CARMEN OTRILLA** | **SONIDO DIRECTO** | **JUAN MARÍN** | **MONTAJE** | **ANDRÉS LÓPEZ** | **DIRECTOR DE ARTE** | **CARLOS DE CORDOBA**  
**ESTUDIO DE FOTOGRAFÍA** | **RAÚL PÉREZ RUBÉN CASAS** | **MONTAJE JOSÉ MARÍA SERRANO** | **MÚSICA** | **MANUEL VILLALBA** | **GUIÓN** | **ALBERTO ESPINOSA** Y  
**TÓRIBO MERCERO** con la colaboración de **TRUJALDO DEL NOROCCIDENTE** basada en la obra teatral "Las Pelotas" de **Albert Espinosa** | **DIRECTOR DE PRODUCCIÓN** | **EMILIO A. PÉREZ**

## El cine,



Las vivencias de varios jóvenes que residen en la planta de traumatología de un hospital mientras reciben tratamiento contra el cáncer es el tema que Antonio Mercero ha elegido para su última película. Recién estrenado este trabajo, el veterano y multipremiado director comentó para *Nosocomio* algunos de los detalles que han rodeado una producción que está ambientada en el mundo de la sanidad.

# Planta 4<sup>a</sup>

## testigo de la realidad

TEXTO Javier Villoslada

**PREGUNTA:** ¿Cómo surge la idea de plasmar el mundo del cáncer infantil en una película?

**RESPUESTA:** Yo estaba trabajando en un guión sobre la inmigración cuando se cruzó *Planta 4<sup>a</sup>*, que entonces era una obra de teatro, *Los pelones*. Mi amigo Ignacio del Moral, guionista de los *Lunes al sol* y *Farmacia de guardia*, me dijo que era una historia muy buena, que por qué no me metía en ello. Pero cuando me comentó que iba de chicos de 14 años con cáncer pensé que era un dramón tremendo, no me atrevía a tocarlo y tampoco sabía si sería viable luego en cine, porque resulta terrible contar una historia así. Me insistió en que me leyera el libreto, que era tragicómico, y al final me sorprendió favorablemente, rompiendo ese temor que tenía porque había mucho humor.

**P:** Precisamente el humor imprime toda la película, suavizando el dramatismo que supone mostrar los efectos de una enfermedad tan dura...

**R:** La dificultad está en equilibrar el drama con la comedia. El humor surge de los chavales, de cómo viven en ese hospital. Son jóvenes, de catorce o quince años,

que quieren vivir y hacer de todo: luchar, jugar, enamorarse... como si no tuvieran esa enfermedad. Hacen cosas divertidísimas y trasgreden las normas del hospital: salen por las noches con las sillas de ruedas, organizan carreras... y te tienes que reír a la fuerza. Eso les hace más cercanos y entrañables ante el espectador.

De la misma manera que creo que médicamente es importante la terapia del humor, que los enfermos se rían, la película es un poco eso: una terapia para el espectador, porque está viendo cómo unos chavales intentan vivir y se nota la solidaridad entre ellos en el dolor. Hay algo que les une mucho y es vivir allí intensamente, lo que da mucha fuerza a la película.

**P:** ¿Existieron dificultades para sacar adelante una historia que tiene el cáncer como tema central?

**R:** Plantearse esta película requería mucho coraje. Dos distribuidoras a las que presentamos el proyecto nos dijeron que era muy bonita, pero que no iba a ir nadie a verla porque el cáncer echa a la gente atrás. El guión llegó a estar parado casi un año porque vimos que no teníamos salida. Pero yo

tuve coraje, quería hacerla aun sabiendo que era muy difícil enganchar a la industria cinematográfica española con esta historia. Tuve la suerte de encontrar un productor, César Benítez, que también consideró estupendo el guión y me dijo: “vamos a intentar hacerlo”, a pesar de que la gente decía que era una barbaridad, que no iba a dar un duro.

Fue difícil al principio estructurar el guión, mezclar humor y dolor, comedia y tragedia. Fuimos haciéndolo durante casi un año y hubo ocho versiones antes del guión definitivo. Para mí lo bonito era tirar del hilo de la memoria de Albert (Antonio Mercero se refiere a Albert Espinosa, autor de la obra *Los pelones* y guionista en *Planta 4<sup>a</sup>*, n.d.r.). El 80 por ciento de la película son sus vivencias personales tras diez años en dos hospitales, los años más felices de su vida, ¡qué gran paradoja! Ellos estaban al principio en el Hospital Valle Hebrón, un hospital enorme que, por la noche, a partir de las 8 ó 9, se queda vacío. Me contaba que, como estaban tantas horas y se aburrían tanto, cogían la silla y paseaban por allí sin que nadie les molestase. Salían por las noches, iban a ver a las chicas anoréxicas,



«La película es una terapia para el espectador, porque está viendo cómo unos chavales intentan vivir y se nota la solidaridad entre ellos en el dolor»

jugaban a lo que fuera... Vivían intensamente su juventud.

**P:** Y el resultado final ha sido una película muy especial, que consigue calar en el espectador...

**R:** Yo desde el principio estaba enamorado. El rodaje fue muy bonito porque ibas poco a poco profundizando en las cosas que te rodeaban, en los personajes...

Cuando ya la vi montada, con la música puesta, estaba enamorado de la película. Tiene momentos muy emotivos y muy divertidos. Yo pensaba que tenía que funcionar, pero existía riesgo. De pronto, ha crecido con los éxitos de Montreal, de Málaga, de Valencia, de público también. En los pases que hemos hecho, la gente aplaude siempre al final. Tiene algo que toca a la gente por dentro, la gente sale *touché* porque toca un tema muy importante con valentía, pero con delicadeza, y eso gusta mucho.

Es un poco romper el tabú del cáncer. Parece que a la gente le da miedo pronunciar la palabra, más todavía si se trata de un niño. La película rompe ese tabú: se habla del cáncer con toda naturalidad

entre los niños, la gente y los médicos.

Además, si los directores somos testigos de la realidad, tenemos que testimoniar sobre lo que nos rodea, y el cáncer es un drama mundial terrible. Por tanto, testimoniar sobre este problema tan grave es casi nuestra obligación moral.

**P:** ¿Qué tipo de asesoramiento hubo para preparar los personajes que encarnan a profesionales de la sanidad?

**R:** A un familiar médico le dejé el guión para que lo leyera y me pusiera las pegas técnicas. Había alguna que me contó en el caso de las enfermeras, como que las de la noche no pueden ser las mismas que las de día, entonces evitamos que fuera así. Hay dos enfermeras que son las que más se ven, para que sus personajes tuvieran entidad. Ayudan a reponer las sábanas sucias, pero también se les ve servir la comida.

Luego, Albert lo sabía todo; me decía "esto es así, que yo lo he vivido", se les queda el lenguaje de los médicos. Hablan de la quimio y los análisis con toda naturalidad, algo que sorprende. En el rodaje hubo algún pequeño cambio más, pero sin problema, después no he visto ningún fallo ni nadie nos ha dicho nada.

**P:** ¿Hubo posibilidad de utilizar un hospital real para el rodaje?

**R:** Al principio fuimos un poco ingenuos creyendo que íbamos a rodar toda la película, las ocho semanas, en un hospital de verdad. Era imposible, lógicamente.

Nos dijeron que había uno muy bueno en Alcalá de Henares, bastante nuevo. Fuimos y me pareció estupendo porque era como



## Una sonrisa como terapia



Abordar el cáncer como argumento principal y que el protagonismo recaiga en pacientes que se encuentran entre la niñez y la adolescencia convierten a *Planta 4ª* en una película diferente desde la primera escena. El director Antonio Mercero aceptó el desafío que suponía la realización de este filme, y el resultado final es un reflejo del mundo del cáncer infantil sin cortapisas. Durante todo el metraje, el espectador es testigo directo de las sesiones de rehabilitación, las visitas de los médicos, los análisis, la administración de dietas hiposódicas, los desplazamientos en sillas de ruedas... actividades todas ellas que los jóvenes protagonistas han terminado de asimilar como parte de su rutina diaria.

Sin embargo, lejos del drama o el tono de compadecimiento que a priori podría plantearse, Mercero convierte *Planta 4ª* en un ejercicio de estilo donde prima el espíritu de superación sobre cualquier otra sensación. Según sus propias palabras, “la película muestra la lucha de unos chavales contra el dolor que se transforma, gracias a ellos, en un viaje hacia la luz y la esperanza”. Así es. *Planta 4ª* transmite vida, no enfermedad, y para ello resulta determinante el humor, que Antonio Mercero reconoce como principal rasgo de su carácter. El humor relaja la tensión que se pueda generar, a través de la vitalidad y las ganas de divertirse de los jóvenes protagonistas. Otro de los aciertos es la rotunda verosimilitud conseguida, consecuencia directa de involucrar en el proyecto a alguien que ha vivido de cerca la enfermedad. Se trata de Albert Espinosa, guionista de televisión, autor de la obra *Los pelones* y coguionista en la película, que superó un cáncer siendo adolescente. Con su ayuda, Mercero ha dotado de la necesaria credibilidad a este emocionante proyecto. Incluso Albert tiene una prolongación en la pantalla en el personaje de Izan, al que presta su apellido.

Todos estos elementos, junto a un rodaje no exento de dificultades (cuando todo estaba preparado para comenzar, sobrevino la crisis del 11-S y el permiso para rodar en un hospital militar fue denegado), y unos actores noveles en estado de gracia que se identificaron con el papel hasta el punto de llevarse la silla de ruedas a sus casas para seguir practicando, han dado como resultado un producto final que ya han sabido reconocer en los festivales de cine de Montreal (Premio al mejor director y Premio del público) y Málaga (Mención a la interpretación de sus jóvenes actores). Ahora sólo queda que el público también disfrute y se emocione con este cóctel cinematográfico que mezcla humor, solidaridad y amor a partes iguales.



«El cáncer es un drama mundial terrible, testimoniar sobre este problema tan grave es casi nuestra obligación moral»

yo quería, con galerías y pasillos luminosos. Nos dijeron que teníamos un ala y empezamos a rodar. Pero hubo una epidemia de gripe y no pudimos seguir porque tenían que ingresar a gente.

Entonces, el decorador imitó perfectamente una habitación. Gracias a eso se solucionó porque esa habitación, cambiando el decorado, era como si fueran muchísimas. Hicimos además otros decorados para ir rodando: el gimnasio, el comedor de las anoréxicas...

Luego el exterior y lo del baloncesto lo rodamos en un centro de adaptación de minusválidos de Vallecas. Al final, la epidemia de gripe se acabó y la última semana pudimos rodar en los pasillos del hospital la carrera de sillas de ruedas y muchas otras cosas que dan un aire de hospital bonito y luminoso. Yo quería que no fuera claustrofóbico. Por eso le pedí al operador un color pastel, suave, que no hubiera manchas de nada, porque creo que tiene que ser así, no podíamos cargar las tintas en el dolor. Y ha quedado muy bien.

**P:** ¿Se ha realizado algún pase especial para pacientes que estén en igual o parecida situación a la de los protagonistas de *Planta 4?*

**R:** Albert organizó un pase con toda la gente del hospital donde había vivido tantos años. Fue emocionante, la gente aplaudió mucho, reconociéndose de alguna forma en todo lo que veían. Lo que más le gustó fue que se acercó un médico y le dijo: “muy bien, me alegra mucho que hayáis sacado un médico que es un *ca-brón*, porque los hay, y muchos”. En vez de decir, “qué mal habéis dejado la profesión...”, dijo “es verdad lo que habéis hecho: hay médicos estupendos, que son tolerantes, cariñosos, cuidadosos y saben tratar a los enfermos, pero hay otros...”.

También la presidenta de la Asociación Española contra el Cáncer mandó una carta preciosa porque había visto la película y le había entusiasmado. Hizo un pase para chicos con cáncer de 14 y 15 años y me dijo: “si supieras lo felices que fueron viendo esa película, cómo se identificaron, cómo se reían a carcajadas...”. Les encantó la película. Para mí fue estupendo saber eso, que a los niños enfermos les ha gustado y se sienten identificados. De repente, nos hemos encontrado con una película que a todo el mundo le gusta mucho.

**P:** Para terminar, ¿hará un hueco al colectivo de Auxiliares de Enfermería en otro proyecto sobre el mundo de la sanidad?

**R:** Ahora voy a hacer *Manolito Gafotas*, una serie de Elvira Lindo. Luego, si hubiera una película, que no sé si haré otra de tipo hospitalario o médico, quién sabe si os llamaría...

# Ácido fólico

El ácido fólico es la forma sintética, esto es, fabricada por el hombre, de una vitamina del complejo B que en su forma natural se denomina folato y se encuentra en algunos alimentos. Una de las diferencias entre ambos es que el ácido fólico es más sencillo de asimilar por el organismo que la misma vitamina en su forma natural.

**EL ÁCIDO FÓLICO** actúa como coenzima (con la vitamina B-12 y la vitamina C) en la transformación de las proteínas y en la síntesis de proteínas nuevas. Es necesaria en la producción de glóbulos rojos y en la síntesis del ADN, en la función celular y en el crecimiento de los tejidos, por lo que es importante tener suficiente ácido fólico, especialmente durante la época del crecimiento y en el embarazo.

Bueno para todos

Los estudios demuestran que las mujeres que consumen la cantidad recomendada de esta vitamina desde antes de la concepción y durante el primer mes de embarazo pueden reducir el riesgo de tener un bebé con defectos de nacimiento en el cerebro y en la columna vertebral, tales como la espina bífida y la anencefalia (la espina bífida es una de las causas principales de la discapacidad infantil, y la anencefalia consiste en un subdesarrollo del cráneo y del cerebro en el recién nacido). Otros estudios sugieren

que el ácido fólico puede ayudar a prevenir otros defectos de nacimiento, como el labio leporino y la fisura palatina.

Además de contribuir a la prevención de los defectos del tubo neural, el ácido fólico cumple otra función muy importante durante la gestación. En este periodo la mujer necesita más ácido fólico para producir los glóbulos sanguíneos adicionales que necesita y permite el rápido crecimiento de la placenta y el feto. Esta vitamina es también necesaria para producir ADN nuevo a medida que se multiplican las células, por lo que sin las cantidades adecuadas de ácido fólico la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o de la placenta.

Los expertos recomiendan tomar 200 microgramos de ácido fólico diarios en personas adultas, pero esta cantidad se duplica para las mujeres embarazadas, a quienes se recomienda el consumo de 400 microgramos de ácido fólico.

Pero el consumo de ácido fólico, como ocurre con todas las vitaminas, no sólo es importante durante la gestación. El déficit de esta

vitamina en los niños puede suponer la detención del crecimiento y la disminución de la resistencia a enfermedades, mientras que su carencia en los adultos se traduce en irritabilidad, insomnio, pérdida de memoria o disminución de las defensas. Algunas personas que tienen deficiencias de ácido fólico desarrollan un tipo específico de anemia denominada megaloblástica, que se caracteriza por la presencia en el organismo de una cantidad reducida de hemáties.

Estudios más recientes sugieren que el ácido fólico también puede prevenir enfermedades cardíacas, porque parece ser que los individuos que poseen una cantidad elevada de homocisteína en la sangre tienen mayor riesgo de enfermedades cardíacas y ataques de apoplejía. La ingestión de cantidades adecuadas de ácido fólico permite que el nivel de homocisteína en la sangre disminuya, y posiblemente también el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Asimismo, son signos de una deficiencia en ácido fólico la inflamación de las encías, mala absorción intestinal, disminución de la fertilidad, abortos y algunas alteraciones

psíquicas como la depresión o la psicosis.

Buena parte del éxito del ácido fólico depende de la ingesta diaria, y no es difícil encontrarlo en su forma natural en algunos alimentos que son ricos en esta vitamina. Entre ellos, se encuentran el zumo de naranja, otras frutas y jugos cítricos, los vegetales con hojas verdes, el brócoli, los espárragos, las lentejas y los productos de granos enteros. Los complejos multivitamínicos y los productos enriquecidos contienen una forma sintética de ácido fólico en su forma natural (que el cuerpo debe descomponer para poder hacer uso de él). Aún no se sabe si el consumo de 400 microgramos del ácido fólico que se encuentra naturalmente en algunos alimentos proporciona el mismo nivel de protección contra los defectos de nacimiento que 400 microgramos de ácido fólico en su forma sintética. Esto se debe a que la cocción y el almacenamiento puede destruir parte del ácido fólico del tipo natural que se encuentra en algunos alimentos, y la cantidad de ácido fólico útil que el cuerpo puede obtener de diversas comidas varía considerablemente. Esta puede ser una de las causas que originan que las mujeres embarazadas tomen folatos en su forma sintética.

El ácido fólico beneficia a todo el mundo, hombres y mujeres de cualquier edad; pero las bondades del ácido fólico tienen también un límite, ya que algunas investigaciones apuntan que el consumo diario de esta vitamina no debe superar los 1.000 microgramos al día. Un exceso de ácido fólico puede ser peligroso para las personas con niveles bajos de vitamina B-12, ya que puede enmascarar esta carencia y favorecer una forma peligrosa de anemia.

**El consumo de ácido fólico no sólo es importante durante la gestación. El déficit de esta vitamina en los niños puede suponer la detención del crecimiento y la disminución de la resistencia a enfermedades.**



# Salud y prevención de riesgos

## Por un entorno laboral más seguro

Bajo el epígrafe *La salud pública y la prevención de los riesgos laborales* se desarrolló la primera jornada divulgativa sobre esta materia en Ceuta, organizada por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) y la Asociación para la Defensa de la Salud Pública de Ceuta (Adesce).

**LA JORNADA**, que tuvo lugar el pasado 17 de octubre, reunió en el salón de actos del Palacio Autonómico de Ceuta a diversos expertos en torno a las cuatro mesas redondas que componían este evento: *Prevención de riesgos laborales, Desinfección de alto nivel, Papel del Auxiliar de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud y Retos actuales en la organización de la sanidad pública*.

La consejera de Sanidad y Bienestar Social de Ceuta, Yolanda Bel, presidió el acto de apertura, mientras que el broche final lo puso la ponencia del Dr. Juan del Rey Calero, catedrático emérito de la Universidad Complutense de Madrid y Doctor Honoris Causa por la Universidad de Córdoba y Rey Juan Carlos de Madrid.

» El Auxiliar de Enfermería, eslabón necesario para la prevención

Dentro de la mesa redonda que abordó el papel del Auxiliar de Enfermería, cuya moderación corrió a cargo del secretario autonómico de SAE en Ceuta, Antonio Suárez Batista, se analizó la participación activa de este colectivo en los centros asistenciales para velar

por la seguridad y protección de la salud. Asimismo, se constataron y catalogaron los principales elementos que ponen en riesgo la integridad y el bienestar de los trabajadores.

Este foro contó con la participación de la secretaria general de esta organización y presidenta de FAE, Dolores Martínez Márquez, la vicesecretaria, Isabel Galán Villa; y la secretaria provincial de SAE en Valencia, Amparo Ruiz Mayor.

Dolores Martínez planteó durante su intervención una realidad de plena vigencia que afecta al normal desarrollo de las actividades laborales: el síndrome del *burn out*, conocido también como síndrome de "estar quemado" o de desgaste profesional.

Este fenómeno se considera la fase más avanzada del estrés profesional, y su aparición se asocia a un desequilibrio entre las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario. Su incidencia es mayor entre los profesionales de ayuda (los que trabajan en sectores como enseñanza, sanidad...) y se manifiesta a través de síntomas correspondientes a diferentes esferas de la persona: psicossomáticos, de conducta, emocionales o del ambiente laboral, que terminan

ocasionando trastornos asociados de carácter respiratorio, cardiovascular, inmunológico, endocrino, dermatológico, sexual o psicológico.

Una vez constatadas las circunstancias que predisponen a padecer este síndrome, todos los esfuerzos deben encaminarse hacia su prevención. Para ello, la presidenta de FAE reseñó que esta institución ha elaborado planes de prevención del síndrome *burn out* para algunos hospitales. En estas actuaciones se detallan objetivos generales (crear una comisión de investigación para analizar por qué aparece el estrés y optimizar los recursos humanos) y objetivos operativos (abrirse a la colaboración de representantes de departamentos de recursos humanos, dirección del centro y otros sindicatos, e investigar y hacer seguimiento de los casos probables de ser catalogados con riesgo de padecer el síndrome).

» Enfermedades y accidentes laborales

Por su parte, Isabel Galán planteó las circunstancias que predestinan la aparición de la enfermedad profesional y el accidente laboral entre los profesionales sanitarios. La

De izquierda a derecha: Amparo Ruiz, Dolores Martínez, Antonio Suárez e Isabel Galán, durante la mesa redonda sobre el papel del Auxiliar de Enfermería en el SNS.



idea de armonizar las políticas de prevención en España, donde aproximadamente más de un millón de personas se ven afectadas por alguna de estas dos realidades al año, lo que genera un gasto al Estado de más de doce millones de euros, fue presentado como el reto principal que debe subsanarse.

Para ello habría que tener en cuenta además las nuevas circunstancias que imperan en el entorno laboral actual, como es el caso del envejecimiento de la población activa, que ha supuesto un incremento en las estadísticas de accidentes a causa de la propia edad del trabajador.

Entre las medidas que reflejó Isabel Galán para poner fin a las altas tasas de siniestralidad laboral, se encuentran el fomento del conocimiento de la salud laboral y la prevención de riesgos en la escuela para que se adquieran hábitos correctos desde edades tempranas, así como la introducción de un cambio en la tendencia actual de no invertir lo suficiente en política social. De esta forma, si se produce un crecimiento económico (como ha sido el caso de España los últimos años), debería servir para aumentar la protección a través de políticas sociales.

En cuanto a la situación en España, las estadísticas revelan que se carece de un apropiado sistema de

formación y vigilancia de las enfermedades profesionales, por lo que aún queda mucho por mejorar en este aspecto. Para ello debería establecerse un modelo sistémico con el cual se sumaran los esfuerzos de la clase política a los de las organizaciones sindicadas.

En este sentido, Galán señaló que esta organización no escatimará esfuerzos a la hora de mantener viva la función preventiva. Para ello desde FAE se seguirá apostando por las campañas de divulgación para los trabajadores, la orientación y formación de los delegados y la programación de cursos de formación específica.

» Medidas para reducir los riesgos laborales

La ponencia *Prevención de riesgos laborales y actividades del Auxiliar de Enfermería*, desarrollada por Amparo Ruiz, abordó la prevención asociada a la protección de los Auxiliares de Enfermería en aquellas situaciones derivadas de la exposición a agentes biológicos.

Estos agentes conllevan riesgos que en los hospitales vienen dados, principalmente, por la manipulación de fluidos corporales y la relación directa con el cuidado del paciente. Los responsables que gestionan los centros de trabajo deben identificar y evaluar estos

riesgos, reducirlos, establecer medidas higiénicas, garantizar la vigilancia de la salud, realizar un historial médico individual de los trabajadores, notificar a la autoridad laboral la autorización de agentes biológicos de riesgo, informar a las autoridades competentes de cualquier incidente que pueda ser causa de enfermedad o infección grave en un trabajador y, por supuesto, informar y formar a los trabajadores en este terreno.

La formación, según defendió Amparo Ruiz, debe impartirse cuando el trabajador se incorpora a un trabajo que implique el contacto con agentes biológicos, adaptarse a la aparición de nuevos riesgos y evolucionar y repetirse periódicamente si fuera necesario.

La responsable de SAE destacó asimismo la necesidad de concienciar sobre la importancia que adquiere un efectivo sistema de prevención de riesgos para mejorar el desarrollo del trabajo diario y dignificar el buen hacer profesional de los trabajadores. Para ello, las dos partes implicadas (en este caso gestores de los centros y personal sanitario) deben poner todo su énfasis en promover la participación activa que haga cumplir con las normativas que obliga la ley y, además, conciencie a los trabajadores acerca de la necesidad de cumplir lo que se dispone en ellas.

Al término de esta mesa redonda, en la que la figura del Auxiliar de Enfermería fue el vértice central de las intervenciones, los asistentes a la jornada conocieron de primera mano las funciones que este colectivo profesional puede adquirir para que la prevención de riesgos y el cumplimiento de las normas se conviertan en una realidad cotidiana en los centros de trabajo.

# Rinitis y asma,



vinculadas por una misma enfermedad: **la alergia**

Cincuenta y cinco sociedades científicas de todo el mundo, entre ellas la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), han participado en el estudio *La rinitis alérgica y su impacto sobre el asma (ARIA)*. Se trata de un proyecto en el que han trabajado expertos en diversas especialidades (neumólogos, alergólogos, otorrinos, internistas, etc.) y para cuya elaboración se han revisado más de 3.000 trabajos científicos.

TEXTO Javier Villoslada

**LOS CRITERIOS** que se aplicaban hasta ahora para el análisis de la rinitis no se adecuaban a la realidad. Este déficit, junto a la comprobación del aumento de su incidencia en todo el mundo en los últimos años (en nuestro país se calcula que el 15% de la población la padece, porcentaje que aumenta



Se ha confirmado la vinculación de la rinitis con el asma bronquial, comprobando la relación directa entre ambos fenómenos. En palabras del doctor Antonio Peláez, presidente de la SEAIC, el estudio demuestra que la rinitis alérgica exacerba el riesgo de sufrir asma.

considerablemente en aquellas poblaciones con una elevada presencia de pólenes), han motivado la revisión y actualización que supone este estudio.

En todo momento, el objetivo buscado ha sido definir una nueva clasificación de la rinitis, una enfermedad que causa la reacción alérgica de la mucosa nasal ante la presencia de un determinado alérgeno.

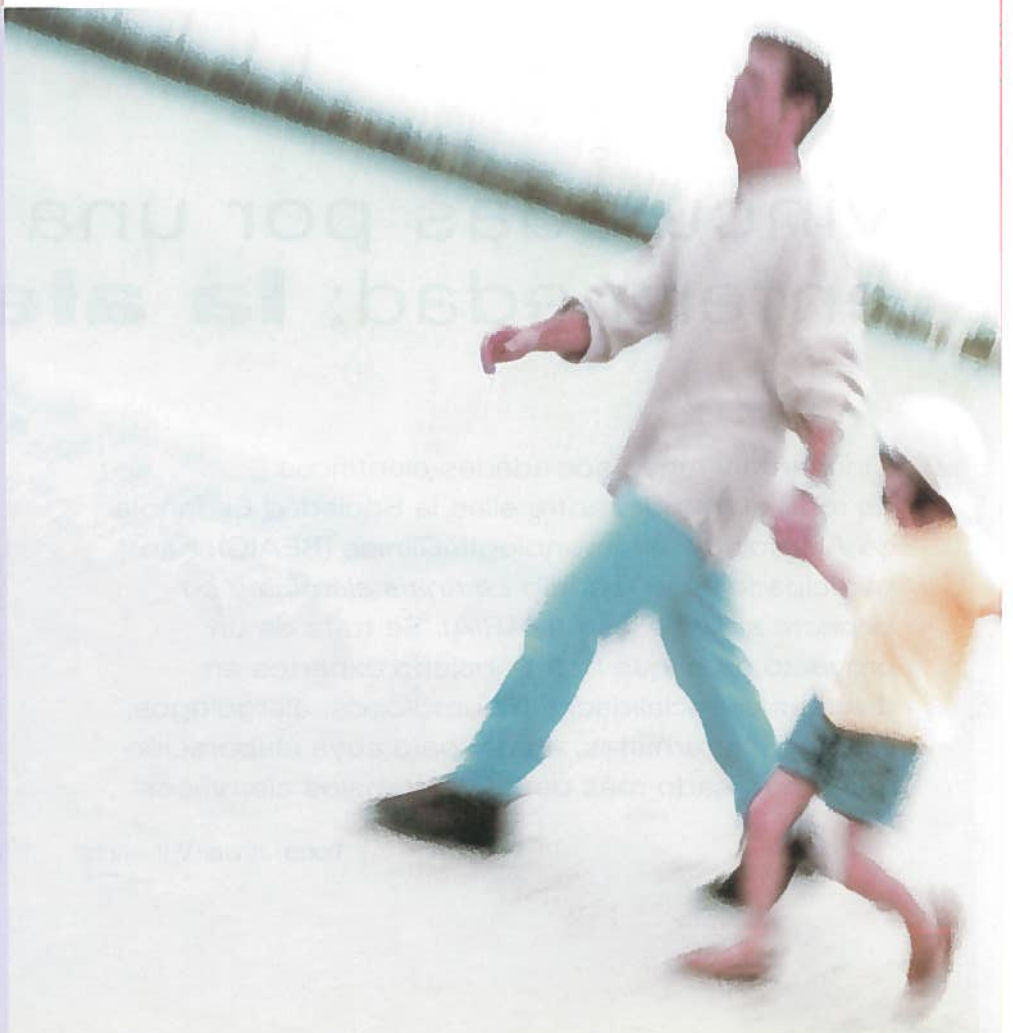
Al mismo tiempo, se ha confirmado su vinculación con el asma bronquial, comprobando la relación directa entre ambos fenómenos. En palabras del doctor Antonio Peláez, presidente de la SEAIC, el estudio demuestra que la rinitis alérgica exacerba el riesgo de sufrir asma. En los dos casos además lo correcto es referirse a ellos como manifestaciones de una misma realidad: la enfermedad alérgica.

#### » Clases y tratamiento

En la clasificación de la rinitis se han introducido novedades en los apartados de duración y gravedad de la misma. Así, ya no resulta adecuado considerarla, como hasta ahora, simplemente perenne o estacional: al comprobar que se trata de una patología perdurable en el tiempo, no asociada sin más a determinadas épocas del año, se clasifica como persistente o intermitente.

En cuanto al nivel de gravedad, al quedar patente que conlleva consecuencias psicológicas y sociales, queda especificada como leve o moderada según el caso, subdividiendo a esta última a su vez en grave o severa.

Además de aportar este renovado desglose de la rinitis, el estudio auspiciado por la SEAIC hace observaciones sobre cómo afrontarla.





En primer lugar, se aboga por el tratamiento global de la enfermedad, concibiéndola como un todo y actuando sobre una única vía aérea.

Al día de hoy, como señala el doctor Peláez, “la inmunoterapia es el único tratamiento capaz de evitar que una persona que sufra rinitis devenga en una afectación asmática”. La vacunación anti-alérgica, con un efecto que se prolonga entre los 3 y 5 años, es actualmente el único procedimiento de garantía para hacer frente a la rinitis.

Una de las mayores dificultades para el tratamiento de esta patología es precisamente su diagnóstico, ya que muchos de sus síntomas pueden confundirse con otros procesos respiratorios

menores. “La gente lo considera un constipado, aunque se repita todos los años, por lo que no consulta y, si lo hace, el médico de atención primaria tiene poco tiempo por paciente y a menudo no diagnostica la alergia”, señala al respecto el doctor Ignacio Antepara, jefe del Servicio de Alergología del Hospital de Basurto (Bilbao).

Por este motivo, se calcula que más de la mitad de los pacientes riniticos no tienen diagnosticado su proceso alérgico latente, por lo que el estudio refuerza la necesidad de acudir al especialista alergólogo antes de adentrarse en pleno periodo de polinización y manifestar los síntomas, para remitir el riesgo de que derive en una afectación bronquial.

### Merma en la calidad de vida

La rinitis, aunque no puede considerarse una enfermedad grave, condiciona la calidad de vida. Para el doctor Peláez, este deterioro en facetas de la vida diaria tiene manifestaciones en el plano físico (produce cefaleas y astenia), psíquico (baja el estado de ánimo) y social (limita la convivencia). Incluso, puede llegar a ser causa principal de accidentes, sobre todo en aquellas profesiones que implican la conducción o el manejo de maquinaria peligrosa.

Todos estos condicionantes deben ser tenidos en cuenta en un mundo en el que cada vez es mayor el número de sustancias que provocan reacciones alérgicas debido a los cambios introducidos en los factores medioambientales, más que en los condicionantes genéticos.

## Las condiciones socioeconómicas y la teoría higienista

El estudio ARIA ha señalado una serie de condicionantes asociados a unas mayores posibilidades de que la enfermedad alérgica aparezca, entre los que figuran de forma paradójica las condiciones socioeconómicas y el estilo de vida occidental.

En este sentido, se ha constatado cómo en las zonas más desarrolladas del planeta las enfermedades alérgicas se están multiplicando, mientras que en los países subdesarrollados su incidencia apenas es reseñable.

La causa de este fenómeno no es genética, más bien hay que buscarla en la “teoría de la higiene” elaborada al respecto: mientras que en las sociedades

industriales el organismo de los alérgicos reacciona contra agentes inofensivos e inoocuos en sí mismos, en los países subdesarrollados está ocupado en combatir auténticos agentes patógenos.

Algunos estudios han llegado a vincular a los hijos de padres con ocupaciones de clases sociales más altas o con estudios superiores a unas mayores probabilidades de padecer rinitis alérgica estacional.

En consonancia con esta línea teórica, se ha comprobado también que las personas que tienen fijada su residencia en el campo son menos alérgicas que los habitantes de las ciudades, a pesar de que los primeros están más en contacto con pólenes.



# 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 o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.
- » Los trabajos no admitidos para su publicación se devolverán a los autores con la mayor brevedad.

## Boletín de suscripción a NOSOCOMIO

### DATOS PERSONALES

Apellidos ..... 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 .....

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.

# El Auxiliar de Enfermería y las escalas de valoración en una población psicogeriatrica (II)

MARÍA ANTONIA GONZÁLEZ CHAVIANO

*Residencia Asistida de Mayores*

FELIPE TRIGO (BADAJOZ)

*Mención especial del VII Certamen Nacional de Investigación de FAE*

Este trabajo somete a estudio las diferentes escalas de valoración en una población internada en una unidad de psicogeriatría intentando demostrar que muchas de estas tablas de evaluación están pensadas para pacientes o personas sin patología asociada, lo cual las convierte en poco útiles para la valoración de determinados pacientes como es el caso de los psicogeriatricos. Se confecciona una escala de valoración que permite la valoración integral de estos pacientes psicogeriatricos y que, sin duda, mejorará la calidad asistencial ofrecida por los Auxiliares de Enfermería.

## 4. ANÁLISIS DE LA MUESTRA

Después de haber elegido la muestra de población y los índices de valoración, aplicamos dichos índices y los resultados obtenidos son los que a continuación se detallan.

### A. Escalas de valoración funcional

#### a) Cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en el anciano

La aplicabilidad de este cuestionario es de escasa utilidad en la valoración inicial del paciente

(durante el ingreso). Es una escala limitada al estudio de caídas. Durante el periodo que duró nuestra investigación no tuvimos ocasión de aplicarla puesto que ningún residente sufrió caída. A pesar de ello, pudimos sacar algunas conclusiones de esta escala, que expondremos más adelante.

## 6. CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO

Número de historia: .....  
Fecha de estudio: .....  
Hora del estudio: .....  
Examinador: .....  
Nombre: .....

*Título*

Procedencia del paciente

1. Institución: .....
2. Comunidad (AD-CS): .....
3. Domicilio: .....
4. Otro (precisar): .....

### A) Datos personales

1. Apellidos: ..... Nombre: .....
2. Sexo: ..... 1=M /2=F .....
3. Talla (cm): .....
4. Peso (kg): .....
5. Año de nacimiento: .....
6. Estado civil: a) Casado o vive en pareja b) Viudo c) Separado o divorciado d) Soltero
7. Profesión ejercida: .....
8. Práctica regular de algún deporte: Cuál: ..... Con qué frecuencia: .....

Dirección: .....

Teléfono: .....

Teléfono del médico de cabecera: .....

Hábitat:

1. Medio urbano
2. Medio rural
3. Pueblo
4. Aislado

Actividad:

1. Encamado
2. Se mueve solo por casa
3. Sale de casa
4. Sale para hacer compras
5. Sale para pasear
6. Puede realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, asearse)

### Análisis funcional

#### ¿Presenta usted dificultad para...?

1. Sostenerse de pie
2. Sentarse o levantarse de la silla
3. Mantenerse sentado
4. Recoger un objeto del suelo
5. Levantarse
6. Andar
7. Correr
8. Utilizar ambas manos
9. Precisar: Derecha-Izquierda
10. Utilizar ambos brazos
11. Oír
12. Ver
13. Hablar
14. Comprender las señales de tráfico
15. Realizar esfuerzos
16. Memorizar
17. Prestar atención
18. Orientarse en el tiempo
19. Orientarse en el espacio
20. ¿Se siente usted deprimido?

#### ¿Padece usted alguna enfermedad?

1. Cardiovascular
2. Ósea o articular
3. Neurológica
4. De audición
5. De la vista
6. De los pies
7. Psíquica
8. Otras (precisar naturaleza)

**6. CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO (cont.)**

**Fármacos**

Tratamiento actual: .....  
 Nombre de todos los medicamentos utilizados y dosis (precisar todos los medicamentos consumidos por el paciente en la semana previa a la caída): .....  
 Numero total: .....

**B) La caída**

**¿Es la primera caída?**

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

**1. ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses?**

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

Si se ha caído, ¿cuántas veces? .....

**2. ¿Ha cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída?**

- 0. No
- 1. Sí

Si lo ha hecho, explique en qué: .....

**3. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?**

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

**4. Información sobre las características de la caída:**

**1. Lugar de la caída**

- 1. Domicilio (en el interior)
- 2. Domicilio (en el exterior, terraza...)
- 3. En la calle
- 4. En un lugar público (en el interior)
- 5. En un lugar público (en el exterior)
  - 1. Se trata de un lugar familiar/habitual
  - 2. Se trata de un lugar no familiar

**2. Iluminación del lugar de la caída**

- 1. Bien iluminado
- 2. Mal iluminado

**3. Momento de la caída**

Precisar día y mes

Momento del día:

- 1. Mañana
- 2. Tarde
- 3. Noche (precisar hora)

**4. Condiciones meteorológicas**

- 1. Lluvia
- 2. Nieve
- 3. Viento
- 4. Hielo
- 5. Muy soleado
- 6. Ninguno de los anteriores

**5. Condiciones del suelo**

- 1. Liso
- 2. Resbaladizo
- 3. Irregular
- 4. Pendiente
- 5. Escaleras
- 6. Ninguna de las anteriores

**6. Tipo de calzado**

- 1. Descalzo
- 2. Zapatillas
- 3. Zapatos
- 4. Otro (precisar)
- 5. No recuerda

**7. ¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?**

- 0. No
- 1. Sí

**7 bis. Precisar la naturaleza de dicho objeto...**

¿Había sido instalado recientemente?

- 0. No.
- 1. Sí.
- 2. No lo sabe

**8. Tipo de caída**

- 1. Mareo
- 2. Aparentemente accidental
- 3. Totalmente sorpresa
- 4. Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...)
- 5. No puede decirlo
- 6. Otros (precisar)

**9. Actividad de la persona en el momento de la caída**

**10. Mecánica de la caída**

- 1. Hacia delante
- 2. Hacia atrás
- 3. Hacia un lado
- 4. De cabeza
- 5. Sentado
- 6. Sobre las manos
- 7. Sobre los brazos

**11. ¿Presenció alguien la caída?**

- 0. No
- 1. Sí

En caso afirmativo precisar quién .....

6. CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO (cont.)

**12. ¿Se cayó cuan largo es?**

- 0. No
  - 1. Sí
- De su cama

**13. ¿Tropezó con algún objeto?**

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

**14. ¿Cómo era el suelo?**

- 1. Duro
- 2. Blando
- 3. Si se ha caído sobre un objeto precisar de cuál se trata

**15. ¿Cuánto tiempo permaneció en el suelo?**

- 1. Se levantó inmediatamente
- 2. Unos minutos
- 3. Menos de una hora
- 4. Más de una hora
- 5. Más de 12 horas
- 6. No puede decirlo

**16. ¿Pudo levantarse?**

- 0. No
- 1. Sí con ayuda
- 2. Sí, solo

**17. Consecuencias inmediatas de la caída**

- 1. Ninguna
- 2. Herida superficial o contusión
- 3. Fractura y otras consecuencias graves
- 4. Traumatismo craneal
- 5. Defunción

**C) Contacto con el sistema sanitario**

**1. Alarma**

a) ¿Por quién fue dada?

- 0. Telealarma o televigilancia
- 1. Por la propia persona
- 2. Por un familiar (precisar quién)
- 3. Por un vecino
- 4. Por un testigo

b) ¿A quién?

- 1. Al médico de familia/cabecera
- 2. Servicio de urgencias
- 3. Bomberos
- 4. Ambulancia privada
- 5. Servicio médico ambulatorio

**2. Acontecimientos inmediatos**

¿Ha recibido algún tipo de cuidado médico?

- 0. No
  - 1. Sí
- En caso afirmativo:
- 1. En consulta externa
  - 2. En domicilio
  - 3. En el hospital

Si en el domicilio o en consulta:

- 1. Por el médico de cabecera
- 2. Por el generalista de guardia
- 3. Por un especialista
- 4. Por una enfermera
- 5. Por otra persona (precisar) .....

Si en el hospital:

- Ha sido hospitalizado
- 1. De forma urgente
  - 2. Posteriormente

**3. En qué servicios ha sido hospitalizado:**

b) Destino de la persona tras la caída (en el momento de la encuesta)

- 1. Domicilio sin apoyo
- 2. Domicilio con algún tipo de apoyo (precisar presentaciones)
- 3. Al cuidado de los familiares
- 4. Hospital
- 5. Residencia de válidos
- 6. Centro de rehabilitación
- 7. Residencia asistida

**7. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT DE GUIOZ Y COL**

I. Índices antropométricos	III. Parámetros dietéticos
1. Índice de masa corporal (IMC= Peso /talla ' en kg / m' 0 = IMC < 19 1 = 19 < IMC < 21 2 = 21,5 IMC < 23 3 = IMC > 2	11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas
2. Circunferencia branquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 < CB < 22 1,0 = CB > 22	12. ¿El paciente consume... Productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Huevos o legumbres 1 ó 2 veces por semana ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 0,0 = sí 0 ó sí 0,5 = sí 2 sí 1,0 = sí 3 sí
3. Circunferencia de la pierna (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP 31	13. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces? 0 = No 1 = Sí
4. Pérdida reciente de peso (3 meses) 0 = Pérdida de peso > a 3 kg 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = No ha habido pérdida de peso	14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses? 0 = Anorexia severa 1 = Anorexia moderada 2 = Sin anorexia
<b>II. Evaluación global</b>	
5. ¿El paciente vive en su domicilio? 0 = No 1 = Sí	15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = Menos de 3 vasos 0,5 = De 3 a 5 vasos 1,0 = Más de 5 vasos
6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Sí 1 = No	16. Forma de alimentarse 0 = Necesita ayuda 1 = Se alimenta solo con dificultad 2 = Se alimenta solo sin dificultad
7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No	<b>IV. Valoración subjetiva</b>
8. Movilidad 0 = De la cama al sillón 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del domicilio	17. ¿El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales) 0 = Malnutrición severa 1 = No lo sabe o malnutrición moderada 2 = Sin problemas de nutrición
9. Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas psicológicos	18. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra su estado de salud? 0,0 = Peor 1,0 = Igual 0,5 = No lo sabe 2,0 = Mejor
10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = Sí 1 = No	

Total (máximo 30 puntos)

ESTRATIFICACIÓN:

- < 24 puntos: estado nutricional satisfactorio
- De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición
- < 17 puntos: mal estado nutricional

### G. Mini nutricional

#### Assessment de Guioz y Col

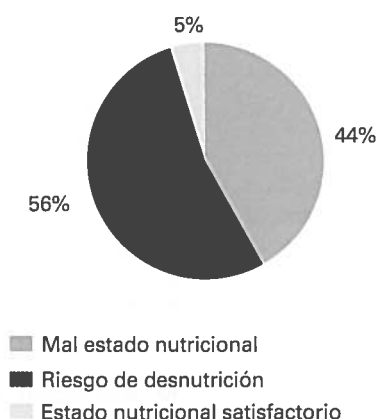
La simplificación de la estratificación de resultados de esta tabla en tres rangos (estado nutricional satisfactorio, riesgo de desnutrición y malnutrición), nos obliga a extender los resultados en tablas que muestren las puntuaciones obtenidas.

Los resultados obtenidos son:

Índice de masa corporal
<19 ningún paciente
Entre 19 y 21 → 1 persona
Entre 21 y 23 → 8 personas
Mayor de 23 → 41 personas
Problemas neurológicos
Demencia o depresión severa (29 personas)
Demencia o depresión moderada (21 personas)
Sin problemas psicológicos (0 personas)
Comidas completas al día
1 comida completa (8 personas)
2 comidas completas (42 personas)
3 comidas completas (0 personas)

Movilidad
De la cama al sillón (silla de ruedas) (28 personas)
Autonomía interior de la unidad (22 personas)
Consumo de medicamentos
Más de tres medicamentos (23 personas)
Menos de tres medicamentos (27 personas)
Consumo de verduras o frutas al menos dos veces al día
Sí las consumen 9 personas
No las consumen 41 personas.

Los resultados generales de este índice son los siguientes:

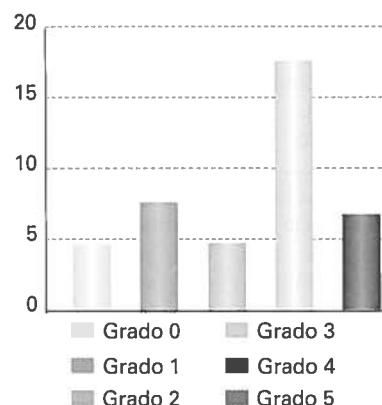


### B. Escalas de valoración del estado mental (cognitivo y afectivo)

Las escalas incluidas dentro de este tipo de valoración son las siguientes:

#### A. Escalas de incapacidad mental de Cruz Roja

Esta escala va desde un grado 0 en que la capacidad mental del paciente es normal, a un grado 5 donde el paciente presenta vida vegetativa. Los grados intermedios quedan explicados en la siguiente tabla, mientras que los datos obtenidos quedan reflejados en el siguiente gráfico:



### 8. ESCALA DE INCAPACIDAD MENTAL DEL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

- 0. Totalmente normal.
- 1. Ligera desorientación en el tiempo. Mantiene correctamente una conversación.
- 2. Desorientación en el tiempo. Conversación posible pero no perfecta. Trastornos del carácter. Incontinencia ocasional.
- 3. Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia.
- 4. Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual o total.
- 5. Vida vegetativa con agresividad o sin ella. Incontinencia total.



**9. ESCALAS DEL MINI MENTAL STATUS-EXAMINATOR DE FOLSTEIN Y COL.**  
 (Adaptación española de Lobo y Col)

**Nombre y apellidos** .....  
**Edad** .....  
**Ocupación** .....  
**Estudios** .....

**Orientación**  
 Dígame el día.....Fecha .....Mes.....Estación.....Año .....5  
 Dígame dónde estamos .....Planta .....Piso.....5  
 Ciudad.....Provincia.....Nación .....5

**Fijación**  
 Repita estas tres palabras: Peseta - Caballo - Manzana (repetirlas hasta que las aprenda) .....3

**Concentración y cálculo**  
 Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?.....5  
 Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás .....3

**Memoria**  
 ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? .....3

**Lenguaje y construcción**  
 Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj .....2  
 Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" .....1  
 "Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad?" "¿Qué son el rojo y el verde?" "¿Qué son un perro y un gato?" .....3  
 Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa .....1  
 Lea esto y haga lo que dice, "CIERRE LOS OJOS" .....1  
 Escriba una frase .....1  
 Copie este dibujo .....1

**Puntuación total** (Máximo=35)  
 Señalar el nivel de conciencia (Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma)

**B. Escala del mini mental Status-Examination**

En la muestra de población que hemos sometido a estudio, sólo la hemos podido aplicar a 13 individuos, ya que el resto no responden debido al importante deterioro cognitivo que presentan, el cual está asociado a demencias y otras patologías psiquiátricas.

Los resultados obtenidos son los siguientes:



Hemos de señalar que se considera que existe déficit cognitivo cuando se superan los 23/24 puntos.

**10. GERIATRIC DEPRESSION SCALE DE BRINK Y YASAVAGE**

	SÍ	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida en general?		
2. ¿Ha perdido muchas de sus actividades y aficiones?		
3. ¿Siente su vida vacía?		
4. ¿Se aburre a menudo?		
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?		
6. ¿Está preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?		
7. ¿Se encuentra alegre?		
8. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?		
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10. ¿Se siente a menudo desamparado?		
11. ¿Se encuentra con frecuencia inquieto o nervioso?		
12. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
13. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?		
14. ¿Le parece que tiene más problemas de memoria que los demás?		
15. ¿Cree que es estupendo estar vivo?		
16. ¿Se siente a menudo desanimado y triste?		

10. GERIATRIC DEPRESSION SCALE DE BRINK Y YASAVAGE (cont.)

	SÍ	NO
17. ¿Se siente inútil actualmente?		
18. ¿Le preocupa mucho el pasado?		
19. ¿Le parece que la vida es apasionante?		
20. ¿Le cuesta mucho esfuerzo empezar nuevos proyectos?		
21. ¿Se siente lleno de energía?		
22. ¿Siente que su situación es desesperada?		
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?		
24. ¿Suele preocuparse por pequeñeces?		
25. ¿Siente ganas de llorar a menudo?		
26. ¿Tiene dificultades para concentrarse?		
27. ¿Le gusta levantarse por las mañanas?		
28. ¿Procura evitar las relaciones sociales?		
29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?		
30. ¿Cree que su mente está tan clara como antes?		

**C. Escala de depresión de Brink y Yasavage**

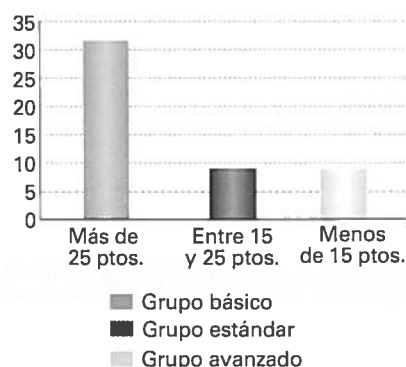
Al igual que en la escala anterior, sólo hemos podido aplicar la escala de depresión de Yasavage a 10 residentes. Por lo que los resultados se simplifican a:

- 2 residentes con depresión leve.
- 8 residentes con depresión establecida.

**D. Escala de comunicación de Holden**

En esta escala en la que se valora la observación, el conocimiento de la realidad y la comunicación, los rangos están distribuidos en grupo básico (aquellos pacientes que tienen un gran déficit de comunicación), en grupo estándar (en los que la comunicación es muy pobre) y en grupo avanzado (en los que la comunicación es ausente o nula).

La distribución de datos obtenidos es la siguiente:



11. ESCALA DE COMUNICACIÓN DE HOLDEN

Puntuación	0	1	2	3	4
<b>Observación</b>	Normal con todos	Buena con familiares	No la inicia espontáneamente	Pobre	Ausente
1. Iniciativa					
2. Interés por el pasado	Relatos muy completos	Relatos fraccionados	Existe cierta confusión	Gran confusión	Ausente
3. Agrado	Le agrada conversar	Sonríe y muestra interés	Apático	Raramente sonríe	No responde o llora
4. Humor	Le gustan las bromas	Cierto sentido del humor	Apático	Muy desinteresado	Muy negativo
<b>Conocimiento de la realidad</b>	Conoce a todos	Sólo algunos nombres	Hay que recordárselos	Sólo sabe su nombre	No sabe ni su nombre
5. Nombres					

**11. ESCALA DE COMUNICACIÓN DE HOLDEN (cont.)**

Puntuación	0	1	2	3	4
6. Orientación general	Sabe el día, fecha y tiempo	Olvida uno de éstos	Olvida, pero trata de recordar	Contesta equivocado	Muy desorientado
7. Conocimiento general	Normal	Sólo de hechos muy importantes	Pobre información	Confundido	No responde
8. Actividad espontánea	Muy activo	Necesita que se le motive	Sólo para actividades sencillas	Desinteresado	Ausente
<b>Comunicación</b> 9. Lenguaje	Sin dificultad	Ligeras dudas	Usa frases automáticas	Jergafasia	Casi ausencia de lenguaje
10. Interés	Normal	Trata de hablar con claridad	Utiliza más gestos	Labilidad emocional	Totalmente inexpressivo
11. Reacción frente a objetos	Normal	Muestra cierto interés	Muy poco interesado	Reacciona agresivo	Ausencia de reacción
12. Logro en la comunicación	Normal	Con cierta dificultad	Sólo con allegados	Se le ve frustrado	No lo intenta

Puntuación total:  
 Más de 25 = Grupo básico.  
 Más de 15 y 25 = Grupo estándar.  
 Menos de 15 = Grupo avanzado.

**E. Escala de valoración de síntomas neuropsiquiátricos de Cummins**

Los resultados obtenidos no se pueden simplificar en datos, por lo que nos vemos obligados a presentarlos en una tabla.

Hemos de señalar que algunos de los pacientes presentan varias alteraciones de conducta a la vez, por lo que pueden ser incluidos en varios apartados a la vez.

**F. Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth**

En esta escala surge el problema de que los cinco primeros ítems no son valorables en este tipo de ancianos, ya que están institucionalizados. Debido a esto la suma total de puntos no da un resultado fiable, por lo que sólo hemos evaluado aquellos ítems que sí son valorables. Entre los que destacan la valoración del entorno, la

**12. ESCALA DE VALORACIÓN DE SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DE CUMMIGS**

<b>Nombre .....</b>		<b>Edad .....</b>	
<b>Unidad/Centro .....</b>			
Síntomas neuropsiquiátricos		Síntomas neuropsiquiátricos	
Delirios		Sueño	
Alucinaciones		Apetito y hábitos de alimentación	
Agitación		Síntomas extrapiramidales	
Depresión/Disforia		Rigidez	
Ansiedad		Temblores	
Euforia/Júbilo		Otros	
Apatía/Indiferencia			
Desinhibición		Total	

Frecuencia (F): 0 = No presente; 1 = Ocasionalmente; 2 = A menudo; 3 = Frecuentemente; 4 = Muy frecuentemente  
 Severidad (S): 1 = Leve; 2 = Moderada; 3 = Grave  
 Trastorno ¿Cuánto le parece que perturba ocupacionalmente este comportamiento?  
 0= Nada; 1= Mínimamente; 2= Ligeramente; 3= Moderadamente; 4= Severamente; 5= Muy severamente o extremadamente

capacidad para recordar hechos recientes, memoria remota, habilidad en comer, vestir, el control de esfínteres y cambios en la personalidad y conducta.

Los datos obtenidos en número han sido sacados de cada uno

de los ítems, haciéndose imposible la suma de todos al no poder aplicar la tabla entera. Por este motivo, no consideramos oportuno mostrar los datos, ya que no conducen a una valoración precisa.

Delirios (24 personas)	Ocasional (14)	A menudo (3)	Frecuente (4)	Muy frecuente (3)
Alucinaciones (22 personas)	Ocasional (10)	A menudo (5)	Frecuente (5)	Muy frecuente (2)
Agitación (14 personas)	Ocasional (8)	A menudo (1)	Frecuente (1)	Muy frecuente (4)
Depresión	24 personas			
Ansiedad	9 personas			
Euforia /Júbilo	15 personas			
Apatía	38 personas			
Desinhibición	15 personas			
Irritabilidad	34 personas			
Conducta motora sin finalidad	21 personas			
Insomnio	35 personas			
Somnolencia	25 personas			
Anorexia	14 personas			
Rigidez	11 personas			
Temblor	12 personas			

### 13. ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TIMLISON Y ROTH

Paciente ..... Edad (nº años) ..... Sexo (V/M) .....  
Hospital, Clínica ..... Fecha de valoración .....

#### Cambios en la ejecución de las actividades diarias

	Total	Parcial	Ninguna
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	1/2	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	1/2	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (por ejemplo, compras)	1	1/2	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	1/2	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	1/2	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (por ejemplo, reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc.)	1	1/2	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (por ejemplo, visitas de parientes o amigos, etc.)	1	1/2	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	1/2	0
9. Comer:			
a. Limpiamente, con los cubiertos adecuados .....			0
b. Desaliñadamente, sólo con la cuchara .....			2
c. Sólidos simples (galletas) .....			2
d. Ha de ser alimentado.....			3
10. Vestir:			
a. Se viste sin ayuda .....			0
b. Fallos ocasionales (en el abotonamiento).....			2
c. Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse.....			2
d. Incapaz de vestirse .....			3
11. Control de esfínteres:			
a. Normal .....			0
b. Incontinencia urinaria ocasional.....			2
c. Incontinencia urinaria frecuente.....			2
d. Doble incontinencia.....			3

#### Cambios de personalidad y conducta

*Sin cambios*

12. Retraimiento creciente .....	0
13. Egocentrismo aumentado .....	1
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros.....	1
15. Actividad embotada .....	1

**13. ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TIMLISON Y ROTH (cont.)**

16. Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad).....	1
17. Hilaridad inapropiada.....	1
18. Respuesta emocional disminuida.....	1
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente).....	1
20. Falta de interés en las aficiones habituales.....	1
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva.....	1
22. Hiperactividad no justificada.....	1

**14. ESCALA DE VALORACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES EN ANCIANOS DE DÍAZ VEGA**

Fecha ..... Entrevistador .....

**Datos de identificación**

Nombre y apellidos .....

Edad ..... Sexo ..... Estado civil: casado/a ..... soltero/a.....

viudo/a ..... separado/a.....

Núm. de hijos vivos ..... fallecidos ..... ¿Tiene usted parientes?

Hermanos/Sobrinos

Primos/Nietos

**Análisis de las relaciones (observaciones)**

**Cónyuge**

— Tiempo que comparte diariamente con su cónyuge. Total ..... Parcial .....

— ¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona su cónyuge?\*  AE  AI

— ¿Qué le parece la relación que mantiene con su cónyuge?  Buena  Normal  Tirando a mala

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

**Hijos**

— ¿Con qué frecuencia ve, habla o se cartea con sus hijos?\*\*  1  2  3  
(tener en cuenta el número de horas en el momento de contestar la pregunta)

— ¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporcionan sus hijos?\*  AE  AI

— ¿Qué le parece la relación que mantiene con sus hijos?  Buena  Normal  Tirando a mala

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

**Familiares**

— ¿Con qué frecuencia ve, habla o se cartea con sus familiares?\*\*\*  Buena  Normal  Tirando a mala  
(tener en cuenta con qué familiares)

— ¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporcionan?\*  AE  AI

— ¿Qué le parece la relación que mantiene con sus familiares?  Buena  Normal  Tirando a mala

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

**Amigos**

— ¿Con qué frecuencia ve, habla o se cartea con sus amigos?\*\*\*  1  2  3

— ¿Qué tipo de ayuda o apoyo le proporcionan?\*  AE  AI

— ¿Qué le parece la relación que mantiene con sus amigos?  Buena  Normal  Tirando a mala

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

\* AE: apoyo emocional  
AI: apoyo instrumental

\*\* 1: menos de una vez al mes  
2: una o dos veces al mes  
3: una vez a la semana o más

\*\*\* 1: poco  
2: algo  
3: mucho

## C. Escala de valoración de los recursos sociales

### A. Inventario de recursos sociales

Del total de la muestra, sólo a 14 residentes se le puede aplicar este inventario. Esta valoración se centra en las relaciones que el paciente mantiene con las personas de su entorno más próximo. No consideramos importante mostrar los datos obtenidos, aunque sí la tabla, pues es la única que hace referencia a los recursos familiares.

## 5. CONCLUSIONES OBTENIDAS TRAS LA DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

*En primer lugar*, debemos señalar que las conclusiones obtenidas están guiadas por los objetivos iniciales que se pretendían con este trabajo de investigación. De tal forma que el primer objetivo de conocer las distintas escalas de evaluación del anciano ha quedado cumplido. Aunque sí cabe decir en este apartado, que conocemos la existencia de otras escalas, pero su aplicabilidad es escasa y más específica de otros profesionales de la enfermería.

*En segundo lugar*, creemos que el objetivo de conocer qué aspectos estudian dichas escalas de valoración también ha sido cumplido. A este respecto, señalamos que la distribución que hemos hecho a la hora de aplicar la tablas ha sido la siguiente:

- Escalas de valoración funcional.
- Escalas de valoración del estado mental.

- Escala de valoración de los recursos sociales.

Esta distribución de las distintas facetas estudiadas en el anciano nos muestran que se hace una valoración fraccionada de este. Es decir, cada una de las escalas evalúa por separado una faceta del anciano. Por tanto, en este apartado sacamos la conclusión de que para poder hacer un estudio integral es necesario aplicar al menos una escala de cada uno de los componentes físicos, psíquicos y sociales. De esta forma aparece la necesidad de realizar una escala de valoración que evalúe los tres componentes de forma unificada. Esto da respuesta al último punto de los objetivos: sí es necesario realizar una escala de valoración.

*En tercer lugar*, para conocer la aplicabilidad de cada una de las tablas seleccionadas, hemos de revisar los datos obtenidos en cada una de ellas. La revisión tabla a tabla (como hemos hecho en la evaluación de los resultados) nos dará a conocer las desventajas y ventajas que cada una nos ofrece a la hora de ser aplicadas en una población de ancianos psicogeríatricos institucionalizados. Por este motivo, a continuación pasamos a detallar las peculiaridades encontradas:

- Escala de valoración de úlcera por presión.
  - Esta escala, aunque hace alusión al estado de desorientación del anciano, no hace referencia al tipo de desorientación que presenta (espacial o temporal). Además, en una unidad de

psicogeriatría, la evaluación del estado mental del anciano es mucho más compleja que la simple descripción en cuatro apartados.

- En la valoración de la incontinencia del anciano, hemos de decir que en una unidad de psicogeriatría (tal y como nos demuestran los datos) los niveles de incontinencia son muy elevados, por lo que debería especificarse la utilización de pañales, sondajes, condones vesicales, etc. Según está formulada la pregunta en esta escala de valoración, la mayoría de los ancianos tendrían un riesgo potencial elevado de padecer úlcera por decúbito.
- Existe poca especificación en la limitación de actividad. No hace referencia al tipo de ayuda requerida por el anciano.

- Índice de Barthel.

- Es una escala con un alto índice de aplicabilidad en ancianos institucionalizados que permite modificaciones a largo tiempo.
- Incluye una valoración funcional más exhaustiva y detallada que otro tipo de escalas.

- Escala de valoración de las actividades instrumentales de Lawton.

- Las actividades presentadas en esta escala de valoración no pueden ser realizadas en una población psicogeríatrica como la que nosotros hemos elegido como muestra. La escala está confeccionada para ancianos con autonomía suficiente. No es,

por tanto, una escala de utilidad en una unidad de psicopsiquiatría, ya que los ítems que maneja (preparar la comida, hacer la compra, lavar la ropa, automedicación, etc.) son actividades que dicha población es incapaz de realizar.

• Índice de Katz.

- Esta escala presenta la ventaja de ser un cuestionario que se realiza con rapidez.
- Puede ser usado tanto en domicilio como en instituciones.
- Presenta la dificultad de no especificar los grados intermedios de incapacidad.
- No hace referencia a personas encamadas.

• Escala de inventario de recursos sociales de Díaz-Vega.

- Es una escala que no puede aplicarse a la tipología de pacientes institucionalizados a los que hemos sometido a estudio, debido a la importante desorientación temporo-espacial que presentan (incapacidad para reconocer a sus familiares u olvido de éstos después de las visitas).
- En algunos casos, las visitas de familiares son muy infrecuentes, convirtiéndose para ellos en personas desconocidas.
- Aquellos pacientes que son visitados de forma frecuente (casi a diario), y a pesar de presentar un cuadro de demencia, son capaces de reconocer cierto grado de familiaridad con dichas personas.

• Índice del mini-nutricional assessment de Guioz.

- Como en otras escalas, existen en este índice un grupo de ítems no aplicables a personas institucionalizadas.
- La valoración subjetiva es invalorable, ya que la población sometida a estudio no es capaz de contestar a dicho apartado.
- No incluye el tipo de dieta que sigue el paciente.
- En los problemas neuropsicológicos, no hace una distinción entre las demencias y su estado de evolución.
- Es una escala muy completa para valorar el estado nutricional del anciano.

• Escala de comunicación de Holden.

- Es poco aplicable a la población psicogeriatrica, sobre todo porque la comunicación está muy afectada.
- No se valora la actitud del anciano frente a órdenes verbales sencillas (“síntese”, “deme la mano”, etc.).
- Surgen dudas frente a qué tipo de objetos tienen capacidad de reaccionar, y qué tipo de actividad espontánea pueden realizar.
- Sería necesario evaluar qué tipo de reacción tienen frente a estímulos y gestos afectivos como un abrazo, un beso.

• Escala de demencia de Blessed.

- A pesar de ser una escala encuadrada dentro de la tipología de paciente que es atendido en este tipo de unidades, muchos de sus ítems de evaluación son escasamente útiles para valorar a este tipo de población.

— En el apartado de cambios de personalidad y conducta, sería aplicable a estados iniciales de demencia, pero no a casos instaurados, como ocurre con la mayoría de pacientes de este tipo de unidades.

— Faltan por valorar en esta escala estados de desorientación, reacciones emocionales, estados de agresividad y conductas patológicas.

• Escala de incapacidad física del hospital de la Cruz Roja.

- Es una escala de rápida y de fácil aplicación, pero es poco precisa.
- Dentro del apartado de las actividades de la vida diaria, no especifica qué tipo de actividades (aseo, higiene, vestirse, comer, etc.).
- No es precisa en la definición de normalidad

• Escala de incapacidad mental de la Cruz Roja.

- Al igual que la anterior, la puesta en práctica de la escala es rápida pero imprecisa.
- Cabe la posibilidad de que una persona pueda estar incluida en dos grados, puesto que el ítem a valorar consta de dos partes (desorientación + incontinencia). Resulta difícil incluir a una persona en dos ítems.
- Es una escala que sí se puede usar en personas institucionalizadas.
- No define bien el concepto de normalidad.

• Escala de mini-mental status examination.

- Es una escala que presenta ítems idóneos para valorar el

estado cognitivo del individuo, pero sólo es útil en aquellas personas con capacidad suficiente para poder contestar. En el caso de nuestra población a estudio, sólo se la pudimos aplicar a 13 personas debido al importante deterioro mental que presentaba el resto.

- Escala de depresión de Yasavage.

— Al igual que en la anterior escala, existe una gran dificultad para aplicarla en pacientes con patología psiquiátrica establecida. En nuestro estudio sólo se la pudimos aplicar a 10 pacientes. Esto es significativo de la poca utilidad de esta escala en población psicogeriatrica.

- Escala Neuropsychiatric Inventory.

— A pesar de recoger síntomas neuropsiquiátricos, en nuestra población (la mayoría con trastornos demenciales) faltarían aspectos como: deambulación lenta, alteraciones de deglución, agnosias y apraxias, amnesias de evocación verbal, desorientación temporoespacial, ecolalia, palilalia, jergafasia, mutismo y rigideces.

- Escalas de las caídas en el anciano.

— Escala muy completa y precisa que requiere elevado tiempo para su realización.  
— Aporta posibles medidas preventivas para evitar caídas.  
— Es una escala que potencialmente puede ser usada por los Auxiliares de Enfermería, sobre todo porque prestan una atención más directa al paciente, y con ello conocen

con mayor precisión los datos requeridos en esta escala.

— La población a estudio no respondería a este cuestionario, pero esta escala puede ser una herramienta de gran utilidad en nuestro trabajo como guía de seguimiento de caídas y sus factores asociados.

*En cuarto lugar*, tal y como hemos demostrado al aplicar cada una de las escalas a los pacientes de nuestra unidad, hemos de señalar que la aplicación de las escalas no supone una gran especialización para quien las aplica, por tanto, existe la posibilidad de ser usadas por los Auxiliares de Enfermería. Pero hemos de señalar que la dificultad aparece dependiendo de la tipología de la población a quien se le aplique. En el caso de la muestra de este estudio, las dificultades aparecieron por el deterioro cognitivo que presentan estos pacientes.

*En quinto lugar*, y haciendo referencia a la utilidad de estas tablas para conocer al anciano, diremos que sí ayudan a conocerlo, pero se corre el riesgo de despersonalización. Las escalas aplicadas por separado ayudan a conocer facetas independientes del anciano, pero, tal como señalábamos anteriormente, no dan un conocimiento integral del mismo.

*En sexto lugar*, afirmamos que las escalas de valoración del anciano sirven para conocerlo y establecer cuáles son sus necesidades. Al conocer estas necesidades se puede establecer un plan de cuidados para satisfacerlas. Todo plan de cuidados debería ir precedido por una valoración que nos ayude a crear y cumplir unos objetivos asistenciales, y de esta forma mejorar la calidad de los cuidados.

*En séptimo lugar*, creemos que el rol del Auxiliar de Enfermería

dentro la atención sanitaria se ve definido por las funciones que lleva a cabo. Pues bien, unas de las funciones que desarrolla es conocer a la persona a la que presta sus cuidados. Este conocimiento le puede venir dado por las escalas de valoración. Sabemos que en la actualidad el papel del Auxiliar de Enfermería queda en muchas ocasiones relegado al conocimiento del paciente tras el trato diario con él sin usar escalas de valoración inicial. Pues bien, incorporar estas escalas a su actividad laboral ayudaría sin duda a crear una identidad laboral propia del Auxiliar de Enfermería.

*En octavo lugar*, tenemos que añadir que cuando se habla de equipo multidisciplinar en el ámbito sanitario, el papel del Auxiliar de Enfermería queda tristemente olvidado. En nuestra opinión, debería fomentarse más la participación de éste en la atención del paciente. Sin duda alguna, son las escalas de valoración una herramienta que suponen el punto de inflexión entre todos los profesionales de enfermería, siendo necesaria la participación conjunta de todos ellos para ponerlas en práctica y de esta forma fomentar un objetivo común.

*En noveno y último lugar*, creemos que tras la aplicación práctica de las escalas de valoración se hace necesario e imprescindible intentar la creación de una nueva escala que consiga una valoración integral del paciente psicogeriatrico institucionalizado y que aporte una mayor calidad de trabajo al Auxiliar de Enfermería.

A continuación detallamos la escala de valoración que hemos confeccionado para la evaluación del anciano psicogeriatrico institucionalizado.



**ESCALA DE VALORACIÓN DEL ANCIANO PSICOGERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO**

Fecha..... Nombre del evaluador .....

**Filiación**

Nombre y apellidos .....  
 Edad..... Fecha de nacimiento..... Sexo.....  
 Estado civil:  soltero  casado  viudo  separado  
 Núm. de hijos .....

Forma de contacto con familiares/amigos.....

**Datos antropométricos**

Talla: .....cm      Peso .....kg      I.M.C.:.....

**I. VALORACIÓN FÍSICA**

**A) ACTIVIDADES LOCOMOTRICES**

**Deambulacion y movilidad**

**Tiene capacidad para:**

Ponerse de pie:  Sí (con ayuda/sin ayuda)  
 No

Caminar:       Independiente total (50 metros sin ayuda)  
 Con ayuda o supervisión de otra persona o con medios mecánicos  
 En silla de ruedas:  Uso independiente     Uso dependiente  
 Encamado (dependencia total para realizar movimientos)

Subir y bajar  
 escaleras:       Independiente (1 piso sin ayuda ni supervisión)  
 Necesita ayuda  
 Incapaz

**Movilización (traslado cama-sillón o silla de ruedas)**

No requiere ayuda para levantarse-acostarse  
 Requiere mínima ayuda (física o mecánica)  
 Requiere gran ayuda (movilización por una persona, apoya los pies)  
 Requiere movilización por dos personas y/o grúa (no apoya)

**B) ASEO E HIGIENE**

**Uso del retrete**

Utiliza WC sin ayuda de otra persona. Puede limpiarse solo adecuadamente  
 Necesita ayuda para el uso del WC, y para limpiarse. Utiliza orinal y/o cuña  
 Incapaz de utilizar WC adecuadamente

**Baño-lavado**

No precisa ayuda (o mínima ayuda) para baño, puede lavarse adecuadamente entero  
 Necesita supervisión y ayuda para lavado de varias partes del cuerpo (incluida cabeza)  
 Incapaz de lavarse adecuadamente (precisa de 1 ó 2 personas para realizar el baño, lavado y secarse)  
 Dependiente total (precisa utilización de silla de baño geriátrica o bañera, y necesita ser bañado por dos personas)

**Arreglo (incluye: peinarse, afeitarse, corte de uñas, lavado de dientes o dentadura)**

No precisa ayuda para arreglo personal  
 Precisa ayuda y/o supervisión para alguna actividad  
 Dependiente (incapaz de realizarlo adecuadamente y riesgo de lesión)

## **Vestido**

- Independiente. Se viste y quita la ropa sin ayuda. La selecciona adecuadamente y la coge del armario. Incluido abrocharse
- Precisa ayuda y/o supervisión para ponerse o quitarse la ropa. Incluye abrochar botones, atar cordones de los zapatos (las realiza en tiempo prudencial)
- Dependiente, precisa supervisión continua (elegirle la ropa) y debe ser vestido por otra persona

## **C) VALORACIÓN NUTRICIONAL**

### ***Ingesta diaria de líquidos***

- 1.500/2.000 cc (8 a 10 vasos)
- 1.000/1.500 cc (5 a 7 vasos)
- 500/1.000 cc (3 a 4 vasos)
- Menos de 500 (menos de 3 vasos)

### ***Número de comidas diarias***

- 4 veces al día
- 3 veces al día
- 2 veces al día
- 1 vez al día

### ***Cantidad ingerida***

- Todo el menú
- Más de la mitad del menú
- Medio menú
- Un tercio del menú
- Menos de un tercio del menú

### ***Tipo de dieta***

- Normal
- Blanda
- Triturada
- Por sonda
- Especiales (subrayar): Diabética, Hipolipemiante, Hipocalórica, Hiposódica...

### ***Suplementos dietéticos***

- No precisa
- Sí (indicar el tipo y frecuencia)

### ***Problemas de ingesta***

- Prótesis dental
- Sin piezas dentales
- Dificultad en: masticación, deglución (subraya)

## **D) COMER**

- Capaz de comer/beber sin ayuda en un tiempo razonable. Utiliza adecuadamente los cubiertos y sigue un orden correcto de comidas (primer plato, segundo plato y postre).
- Necesita ayuda para actividades como: trocear comida, extender mantequilla,... Capaz de comer por sí solo.
- Dependiente. Precisa vigilancia/supervisión continua. Come desaliñadamente, sólo con cuchara y/o a veces sin cubiertos.
- Dependiente total. Necesita ser alimentado por otra persona. Incluye alimentación por sonda nasogástrica.

## **E) CONTROL DE ESFÍNTERES**

### ***1. Esfínter urinario***

- Control voluntario. No presenta episodios de incontinencia. Utiliza sin ayuda dispositivos de ayuda (botella, sonda, orinal).
- Pérdida involuntaria de orina (1 vez máximo al día). Precisa ayuda para manipulación de sondas (cambio de bolsa) u otros dispositivos.

- Incontinencia urinaria con pérdida de orina (más de una vez al día). Utilización de sonda urinaria o colector permanente o precisa uso de pañal durante todo el día.

**2. Esfínter anal**

- Control voluntario fecal. No presenta episodios de incontinencia.  
 Pérdida involuntaria de heces (menos de una vez a la semana) o necesita ayuda para la colocación de enemas y/o supositorios.  
 Incontinencia fecal (más de una vez a la semana). Requiere el empleo permanente de pañal durante todo el día.

**F) OTRAS ACTIVIDADES**

**• Lavar la ropa o llevarla a lavandería**

- Sin ayuda. Limpieza aceptable  
 Necesita supervisión  
 Incapaz de hacerlo

**• Ordenar la habitación**

- Sin ayuda. Coloca en su sitio los enseres y objetos  
 Necesita ayuda o supervisión  
 Incapaz

**• Hacer la cama**

- Sin ayuda. Sigue secuencia adecuada  
 Con ayuda o supervisión  
 Incapaz de hacer la cama

**• Uso del teléfono**

- Utiliza el teléfono sin ayuda  
 Necesita ayuda para marcar números  
 Incapaz de utilizar teléfono y mantener conversación

**• Participación en actividades de terapia ocupacional**

- Participa de forma voluntaria en las actividades recreativas  
 Precisa estimulación continua para participar  
 Incapaz de participar

**II. VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN**

VARIABLE	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientación (tiempo, espacio y/o persona)	Letárgico	Estuporoso
Incontinencia	No	Ocasional (suele utilizar el baño)	Urinario. Usa pañal nocturno	Urinario y fecal. Precisa pañal todo el día
Actividad	Independiente	Limitación (uso de andador, bastón, etc.)	Dependiente en silla de ruedas	Encamado
Movilidad	Completa	Limitación ligera	Limitación importante	Inmovilidad
Nutrición	Ingesta adecuada	Rechazo a la comida ocasionalmente	No toma las comidas de forma completa	No come y rechaza suplementos nutricionales
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad	Piel ulcerada
Otros factores de riesgo	Sin factores de riesgo	Diabetes y bajo o sobrepeso	ACV	Concurrencia de varios factores

(Asignar una puntuación a cada una de las siete variables, si la puntuación supera los 12 ptos., existe riesgo de úlcera)  
Puntuación total:

### III. RIESGO DE CAÍDAS

#### Actividad

- Encamado
- Precisa ayuda para sentarse y levantarse
- Puede caminar:  Con ayuda  
 Sin ayuda
- Subir escaleras: Sí
- En silla de ruedas:  Independiente en su uso  
 Dependiente  
 Con sujeción  
 Sin sujeción
- Puede realizar actividades básicas (aseo, vestido, comer, etc.):  Independiente  
 Precisa ayuda  
 Dependiente

#### Presencia de problemas de salud

- Cardiovascular  Visión
- Óseo  De los pies
- Neurológico  Psíquica
- Auditivo  Otros

#### Fármacos

- Sigue el tratamiento correctamente
- Precisa vigilancia para toma de medicación
- Se niega a tomar la medicación
- Existe riesgo de automedicación

#### Datos que señalar en caso de caída

- ¿Es la primera caída?  Sí  No
- Lugar:  Habitación  Pasillo  Baño  Comedor  Escaleras  Ascensor
- Iluminación del lugar de la caída:  Bien iluminado  Mal iluminado
- Condiciones del suelo:  Resbaladizo  Pendiente  Escaleras  Otros
- Tipo de calzado:  Descalzo  Zapatillas (con o sin cordones)  Zapatos
- ¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?  No  Sí (especificar)
- Tipo de caída:  Mareo  Accidental  Provocada por terceros  Indeterminada
- Actividad en el momento de la caída:  Al levantarse  Al acostarse  Sentarse
- Mecánica de la caída:  Hacia delante  Hacia atrás  Hacia un lado  Sentado  Sobre las manos
- ¿Cuánto tiempo ha permanecido en el suelo?
- ¿Pudo levantarse?  No  Sí (Ayuda/Solo)
- Consecuencias inmediatas de la caída:
- ¿Precisa hospitalización?  No  Sí

### IV. VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

#### Conocimiento de la realidad

#### Nombres

- Conoce a todos y sabe decir sus nombres
- Sólo sabe algunos nombres
- Hay que recordárselos
- Sólo sabe su nombre
- No sabe ni su nombre / Adjudica nombres erróneos a otras personas

**Orientación temporo espacial**

- Sabe fecha, tiempo y lugar actual donde está
- Olvida alguno de estos
- Contesta equivocado
- No contesta / Desorientación de tiempo, lugar, personas (precisa supervisión continua)

**Actividad espontánea**

- Activo
- Responde ante la estimulación / motivación externa
- Ausencia de actividad / desinterés
- Actividad embotada / Actividad motora sin finalidad

**Memoria reciente y tardía**

- Recuerda hechos recientes y pasados
- Recuerda sólo sucesos del pasado
- Incapaz para recordar hechos recientes, o pasados
- Sólo conserva memoria emocional
- No conserva ningún tipo de memoria

**Comportamiento**

- No existen cambios de comportamiento
- Cambios bruscos de humor, aislamiento, indiferencia
- Alteración del control emocional: irritabilidad, cólera...
- Reacciones emocionales frecuentes (llanto sin causa aparente, euforia, gritos...)
- Permanece inmóvil, deambulación inespecífica, agresividad

**Lenguaje y comprensión**

- Sin dificultad
- Enlentecimiento de la comunicación, ligeras dudas de vocabulario
- Conversación vacía y repetitiva
- Repetición de monosílabos y palabras, jergafasia, mutismo, emisiones guturales

**Coordinación de gestos**

- No existe afectación
- Imprecisión en la utilización de utensilios de la vida diaria
- Movimientos lentos, pérdida de equilibrio
- No sabe levantarse, ni sentarse. Agnosia y apraxia

**V. VALORACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR**

**Situación personal**

Estado civil..... Número de hijos .....

Parientes próximos .....

**Relaciones familiares**

Indicar el tipo de relación que mantienen .....


Forma de contactar con ellos.....

Frecuencia de contactos con ellos.....

## BIBLIOGRAFÍA

- Díaz, M.E.; Domínguez, O.; Toyos, G. (1994):** "Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en Atención Primaria". *Rev. Esp. de Geriátría y Gerontología*, 29 (4): 239-245.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, L.; González, J.L.; Díaz, P. (1991):** *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona. Martínez Roca.
- Gil, P.; Orduña, M.J.; Hernando, A.L. (1993):** "Praxis de la valoración integral en la rehabilitación geriátrica". *Rev. Esp. de Geriátría y Gerontología*, 28, NM 2 (3-13).
- González Felipe, M.A. (1988):** "Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la baremación y adaptación de la GDS y el BDI a la población geriátrica española". *Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 4: 235-240.
- González Felipe, M.A.; Szurek Soler, S. (1990):** "La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión en el anciano: bases de la misma y modificaciones introducidas para la adaptación de la prueba a la realidad psicogeriátrica española". Actas del II Congreso del COPo Valencia.
- González Montalvo, J.L. (1996):** "Valoración mental". En: A. Salgado, J.L. González y M.T. Alarcón (dirs.), *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona. Masson, pp. 65-73.
- González Montalvo, J.L.; Rodríguez, C.; Diestro, P.; Casado, M.T.; Vallejo, M.L.; Calvo, M.J. (1991):** "Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz". *Rev. Esp. de Geriátría y Gerontología*, 26: 197-202.
- Gutiérrez, J.; Galeano, J.; Solano, R. (1998):** "Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria. Análisis de algunas variables que influyen en su medición". *Revista de Gerontología*; 8: 13-19.
- Guillén, F.; Pérez del Molino, J.:** "Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico". Barcelona. Masson-Salvat. 1994.
- Huertas, L.; Llopis, M.L.; Navarro, M.A.; Garay, A.; Paredes, M.T.; Rioja, L.; Sáez, M.E.; Vázquez, J.; Vicente, M.T. (1998):** "Salud mental y actividades básicas de la vida diaria, en una población mayor de 65 años, usuarios de la policlínica Casa del Mar de Valencia". *Rev. Mult. de Gerontología*; 8: 92-100.
- Kane, R.A.; Kane, R. (1993):** "Evaluación de las necesidades de los ancianos". Barcelona, S.G. Edit.
- Lobo, A.; Ezquerro, J.; Gómez, E.; Sala, J.M.; Seva, A. (1979):** "El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos". *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, VI, 3: 189-202.
- Lobo, A.; Saz, P.; Día, J.L.; de la Cámara, E.; Carreras, S.; Laguardia, P.; Marcos, G. (1995):** "Epidemiología de la demencia: instrumentos de detección y medida e implicaciones de los datos epidemiológicos". *Revista de Gerontología*, NM 1: 17-27.
- Mercé, J.; Cruz, A.J. (1991):** "Evaluación funcional del anciano". En: J. Ribera y A.J. Cruz (dirs.) *Geriátría*. Madrid. Idepsa.
- Montorio, L. (1994):** "La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica". Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Montorio, L.; Lázaro, S. (1996):** "Instrumentos de evaluación funcional en la edad avanzada: un análisis bibliométrico". *Rev. Esp. de Geriátría y Gerontología*, 31 (1): 45-54.
- Morris, W.W. et al. (1997):** "Desarrollo y perfeccionamiento del Iowa Self Assessment Inventory". *Revista de Gerontología*, Vol. 8, 2: 64-75.
- Pérez del Molino, J.; Moya, M.J. (1994):** "Valoración geriátrica: conceptos generales". En: F. Guillén y J. Pérez (dirs.) *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona. Masson, pp. 57-64.
- Ramos, J.A.; Montejo, M.L.; Lafuente, R.; Ponce de León, C.; Moreno A. (1993):** "Validación de tres procedimientos para diagnosticar depresión en ancianos". *Rev. Esp. de Geriátría y Gerontología*, 28, 5 (275-279).
- Regalado, P.; Valero, C.; González, J.L.; Salgado, A. (1997):** "Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de Geriátría". *Rev. Esp. de Geriátría y Gerontología*, 32 (2): 93-99.
- Rodríguez, P. (1997):** "La valoración gerontológica. Los instrumentos de valoración del SAD". En: P. Rodríguez y C. Valdivieso: *El servicio de ayuda a domicilio*. Madrid. Panamericana, pp. 63-86.
- Salgado, A.; Guillén, F.:** *Manual de geriatría*. Barcelona: Salvat Editores, 1990.

# El recorrido del ciclo ovárico



El ciclo menstrual femenino, conocido también como ciclo ovárico, lleva implícita una serie de cambios fisiológicos que afectan al organismo de las mujeres con la finalidad de conseguir las condiciones necesarias tanto morfológicas como fisiológicas para la fecundación.

**DESDE QUE HACE SU APARICIÓN** la primera menstruación, denominada científicamente menarquía, hasta la última o menopausia, sólo es interrumpida por una fecundación o por condiciones no normales. El ciclo menstrual dura aproximadamente 28 días, aunque no hay regla sin excepción y no es siempre así en todas las mujeres.

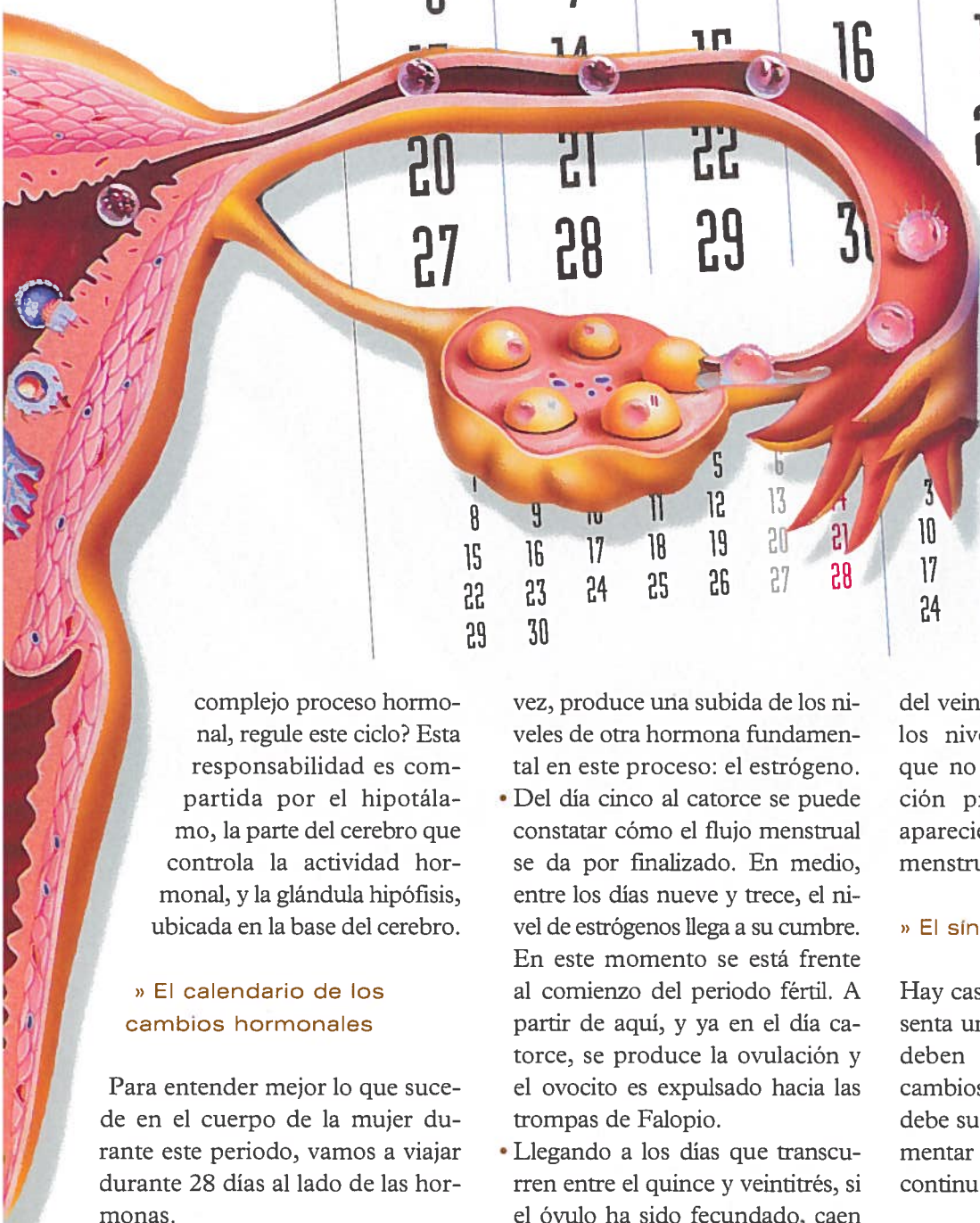
Pero, ¿a quién corresponde, desde el cerebro, ser responsable de que la menstruación, tras un

# OCTUBRE 2003

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

## noviembre 2003

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30



complejo proceso hormonal, regule este ciclo? Esta responsabilidad es compartida por el hipotálamo, la parte del cerebro que controla la actividad hormonal, y la glándula hipófisis, ubicada en la base del cerebro.

### » El calendario de los cambios hormonales

Para entender mejor lo que sucede en el cuerpo de la mujer durante este periodo, vamos a viajar durante 28 días al lado de las hormonas.

- En los cinco primeros días, se advierte una caída de los niveles de la hormona de la progesterona, hecho que desencadena el comienzo de la menstruación. Este descenso estimula la maduración de un óvulo del ovario que, a su

vez, produce una subida de los niveles de otra hormona fundamental en este proceso: el estrógeno.

- Del día cinco al catorce se puede constatar cómo el flujo menstrual se da por finalizado. En medio, entre los días nueve y trece, el nivel de estrógenos llega a su cumbre. En este momento se está frente al comienzo del periodo fértil. A partir de aquí, y ya en el día catorce, se produce la ovulación y el ovocito es expulsado hacia las trompas de Falopio.
- Llegando a los días que transcurren entre el quince y veintitrés, si el óvulo ha sido fecundado, caen los niveles de estrógenos y el folículo del que ha salido el óvulo se transforma en el cuerpo lúteo gravídico, comenzando a segregar la progesterona.

Sin embargo, si no ha habido fecundación en los días que van

del veinticuatro al veintiocho, caen los niveles de progesterona, ya que no se requiere ninguna función productora de hormonas, apareciendo en último término la menstruación.

### » El síndrome premenstrual

Hay casos en los que la mujer presenta una serie de síntomas que se deben fundamentalmente a los cambios hormonales, por lo que no debe suponer nada extraño experimentar alguno de los que se citan a continuación:

- Dolor de espalda
- Dolor y aumento de las mamas
- Dolor en las articulaciones
- Cambios en el apetito
- Estreñimiento
- Vértigo
- Desvanecimiento
- Cefaleas



- Sofocos
- Insomnio
- Presión en la zona pélvica
- Vómitos
- Cansancio
- Acné

También puede aparecer otra clase de sintomatología, que tiene que ver con la repercusión psicológica:

- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Depresión
- Falta de concentración
- Olvidos

Todos estos síntomas tienden a pasar más desapercibidos durante la adolescencia, haciéndose más evidentes entre los 30 y 35 años. Para entender mejor el porqué de estas reacciones, resulta clarividente tener en cuenta que los estrógenos generan una retención de líquidos, lo que explica el aumento de peso, el edema, el dolor en las mamas y el aumento de su volumen, así como los problemas en la piel, el acné, etc.

#### » La menstruación dolorosa

La dismenorrea es un dolor abdominal causado por las contracciones

uterinas que aparece durante la menstruación. Se inicia en la adolescencia, disminuyendo con el paso de los años y, sobre todo, después del primer embarazo.

Causa dolor directamente en la parte inferior del abdomen y se refleja hacia la espalda y las piernas produciendo calambres y molestias sordas y constantes. Además de estos inconvenientes, es habitual sufrir náuseas, cefaleas, estreñimiento o diarrea, frecuente necesidad de orinar y, aunque menos común, vómitos. Para estos trastornos, aparte de acudir al médico, se aconseja descansar, dormir y practicar ejercicio.

## Molestias durante el ciclo ovárico



### ¿Qué se puede hacer para que las molestias durante el ciclo ovárico remitan?


- Los anticonceptivos orales combinados de estrógenos y progesterona corrigen las fluctuaciones de los valores de estas hormonas, con lo que en muchas ocasiones se utilizan como tratamiento.
- Los fármacos antiinflamatorios reducirán en lo posible los dolores de cabeza.
- Ante la retención de líquido, se aconseja disminuir el consumo de sal. En caso de no ser medida suficiente, se debe acudir al médico por si fuera oportuno la toma de algún diurético.
- Adoptar una dieta equilibrada, obviando azúcares, café y alcohol, a la vez que es recomendable aumentar la ingesta de hidratos de carbono, así como de alimentos ricos en magnesio y calcio.

- Con respecto a los trastornos emocionales, se aconseja la realización de ejercicio y, sobre todo, aprender a relajarse. Sólo en casos absolutamente necesarios, siempre bajo estricta prescripción facultativa y durante cortos periodos de tiempo, se podrá tomar algún tipo de medicación que palíe la irritabilidad, el nerviosismo, el estrés y la depresión.

### ¿Dónde recurrimos generalmente para buscar una solución rápida a todas las molestias de las que ya hemos hablado?

Quizá por la cercanía, a nuestro farmacéutico, quien seguro nos aconsejará correctamente. Es muy importante no automedicarse. Tanto en la farmacia como en el centro de salud se presta una óptima solución a cualquier demanda que pueda surgir.

# La quiro



Ciencia muy  
eficaz en tratar  
dolores de  
espalda,  
en mejorar  
la calidad  
de vida  
y la  
salud del  
organismo

**TEXTO** Juan Elizalde Caller  
*Doctor en quiropráctica (Palmer College of Chiropractic)*

# práctica

**LAS CONSULTAS QUIROPRÁCTICAS**, en general, son identificadas con el dolor de espalda por sus excelentes resultados. Pero no debemos olvidar que el primer éxito quiropráctico estaba relacionado con un caso de falta de audición en un paciente, y el segundo, con un problema de corazón. En los más de cien años de historia quiropráctica ha habido multitud de casos en los que, además de haberse mejorado la columna vertebral del paciente, éste se ha visto aliviado de otros trastornos orgánicos que afectaban a su salud.

La quiropráctica es una ciencia antigua. La movilización manual de articulaciones y manipulación vertebral se han utilizado para mejorar la salud desde la época de los griegos y egipcios. Sin embargo, como ciencia universitaria nos tenemos que remontar al siglo pasado.

La quiropráctica nació en 1895, en Iowa, Estados Unidos, cuando Daniel David Palmer descubrió que moviendo específicamente y con gran rapidez una vértebra de un asistente suyo, éste pudo recobrar la audición que había perdido hacía diecisiete años, al golpearse la espalda por una caída de un caballo. Desde ese momento D.D. Palmer comenzó a investigar cuál era la posible causa de esa mejoría,

llegando a la conclusión de que existe una íntima relación entre la columna vertebral y el sistema nervioso. Fue así como fundó la Quiropráctica.

En 1897 D.D. Palmer creó la primera universidad quiropráctica del mundo en Davenport, Iowa. La llamó Palmer College of Chiropractic y, en la actualidad, sigue llamándose así.

Desde entonces hasta hoy esta ciencia de la salud ha crecido enormemente, llegando a ser la tercera profesión sanitaria en Estados Unidos después de la Medicina y de la Odontología.

## » Fundamentos

La quiropráctica se basa en que el organismo, desde el primer momento de su nacimiento, tiene una capacidad innata para curarse y regenerarse por sí mismo, una tendencia al equilibrio constante u homeóstasis, gracias fundamentalmente al desarrollo del sistema maestro del ser humano: el sistema nervioso.

El sistema nervioso se compone fundamentalmente de cerebro, médula espinal y nervios periféricos.

El cráneo es una bóveda ósea perfecta que protege al cerebro; la

columna vertebral tiene también como función principal proteger a la médula espinal y dar salida a los nervios periféricos. Éstos se subdividen en miles y miles de nervios que llevan y transmiten información a todas las partes del cuerpo. Cada músculo, víscera y tejido están ricamente inervados para poder tener vida.

Podemos decir que la médula espinal y los nervios son la autopista principal de comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo. De la médula salen pares de raíces nerviosas a través de cada agujero intervertebral para transmitir la información desde el cerebro a la periferia. A su vez, desde el exterior recibimos toda la información del universo, de nuestro entorno, a través de nervios sensitivos que provienen de los órganos de los sentidos, músculos y articulaciones y que recorren el sentido inverso, es decir, hacia la médula espinal, para luego llegar al cerebro. Éste se encarga de integrar la información y elaborar las respuestas necesarias para que el organismo mantenga el equilibrio adecuado en todos sus aspectos. Millones de veces al día parten y vienen mensajes que nuestro cerebro tiene que procesar, integrar y resolver.

Toda la información, desde el equilibrio de los líquidos y las sales, la necesidad de ingerir alimentos y metabolizarlos, el hambre, la sed, el sueño, la regulación hormonal, el tono muscular, la coordinación de los movimientos, hasta el control de los latidos del corazón, el control de la respiración, la capacidad de pensar, sentir y muchos más ejemplos, está controlada por el cerebro y el sistema nervioso del ser humano.

Por ello la columna vertebral es de fundamental importancia al ser

el edificio —la estructura— que protege a una gran parte de ese sistema.

» La columna vertebral

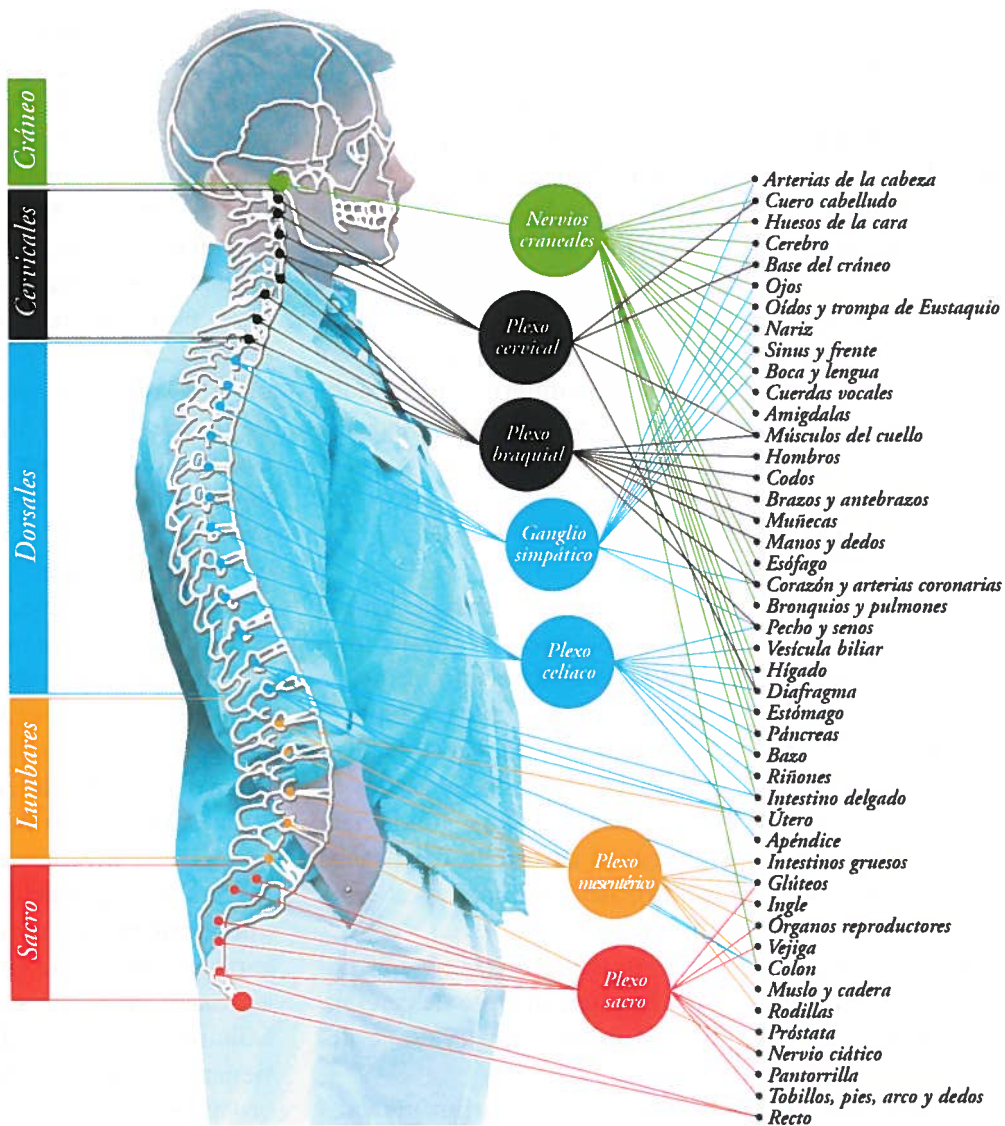
La columna vertebral está compuesta por veinticuatro vértebras móviles, cinco sacras y cuatro coccígeas.

Las meninges son estructuras internas que recubren y protegen toda la médula espinal y el cerebro, teniendo puntos de unión en varias partes de la columna vertebral.

Las vértebras están unidas entre sí por ligamentos y rodeadas de músculos.

La columna vertebral es un sistema mecánico que permite, además de la protección de la médula espinal que ya hemos comentado, que podamos mover nuestro tronco en las tres direcciones del espacio.

El hombre, por haber adoptado la posición bípeda y para poder soportar la fuerza de gravedad constante, ha modificado su columna creando unas curvaturas en las zonas cervical, dorsal y lumbar



(lordosis lumbar y cervical, cifosis dorsal) para que los puntos de apoyo se distribuyan inteligentemente sin dañar los ligamentos, músculos, vértebras y sistema nervioso.

La pérdida o la modificación de estas curvaturas son importantes causas mecánicas que deterioran la columna vertebral y la información que parte del sistema nervioso local hacia el cerebro.

Por otra parte, las vértebras se articulan entre sí (las dorsales además de entre sí lo hacen con las costillas) formando en total decenas de articulaciones. Toda articulación saludable debe tener unas condiciones mínimas de funcionalidad, entre las que destaca la completa movilidad y la integridad de sus componentes. Entre los componentes fundamentales están los ligamentos que unen las vértebras. Los veintitrés discos intervertebrales son ligamentos cuya principal misión es amortiguar y controlar los movimientos entre las vértebras. La degeneración de los discos por el paso del tiempo, por malas posturas, esfuerzos bruscos o constantes, o por desnutrición, hace que los segmentos vertebrales pierdan su estabilidad y buena colocación, pudiendo formar las típicas protusiones y hernias discales con el consiguiente deterioro de la estructura articular, y sobre todo la irritación o interferencia en el normal funcionamiento del sistema nervioso.

Además de las raíces nerviosas de las que ya hemos hablado, hay una serie de receptores del sistema nervioso localizados en las articulaciones, llamados propioceptores, que informan constantemente al cerebro de nuestra posición en el espacio y del estado mecánico de las articulaciones vertebrales. De esta forma, si existe una deformación



o deterioro de la movilidad articular, van a informar o a dejar de hacerlo propiamente, dando paso a la actuación de otro tipo de receptores como los nociceptores, que son esencialmente emisores del dolor.

Las articulaciones vertebrales, además, están rodeadas de músculos, como las demás articulaciones del cuerpo humano. Éstos están unidos a los huesos por medio de tendones, que también tienen unos sensores que informan del grado de acortamiento o alargamiento local, manteniendo al cerebro informado en todo momento.

El cerebro, una vez procesada esta información, devuelve respuestas a las articulaciones, ligamentos y músculos, lo que ayuda a mantener el equilibrio del organismo, incluso aunque se haya producido algún deterioro en el funcionamiento local articular. Esto significa que el sistema nervioso, y en particular el cerebro, luchan por mantener las funciones primordiales vitales aun a costa de

Las meninges son estructuras internas que recubren y protegen toda la médula espinal y cerebro, teniendo puntos de unión en varias partes de la columna vertebral.

deformar, fijar o incrementar la tensión en otras partes del cuerpo. Es un sistema que nos ayuda constantemente a adaptarnos a nuestro entorno.

La quiropráctica mantiene que si tenemos un sistema nervioso que funcione correctamente, con una columna vertebral que mecánicamente y funcionalmente sea normal, el organismo humano es capaz de autorregularse y mantener una buena salud general. Las demás articulaciones y músculos del cuerpo también participan de este proceso, enviando sus mensajes por medio de los nervios periféricos y sensores a la médula espinal y cerebro.

Como hemos visto, la columna vertebral es de fundamental importancia en la salud del individuo. No sólo es el eje de nuestro cuerpo,

sino que alberga elementos vitales en el equilibrio general del organismo humano.

» **Qué puede afectar a la columna vertebral y qué hace el quiropráctico para mantenerla en óptimas condiciones**

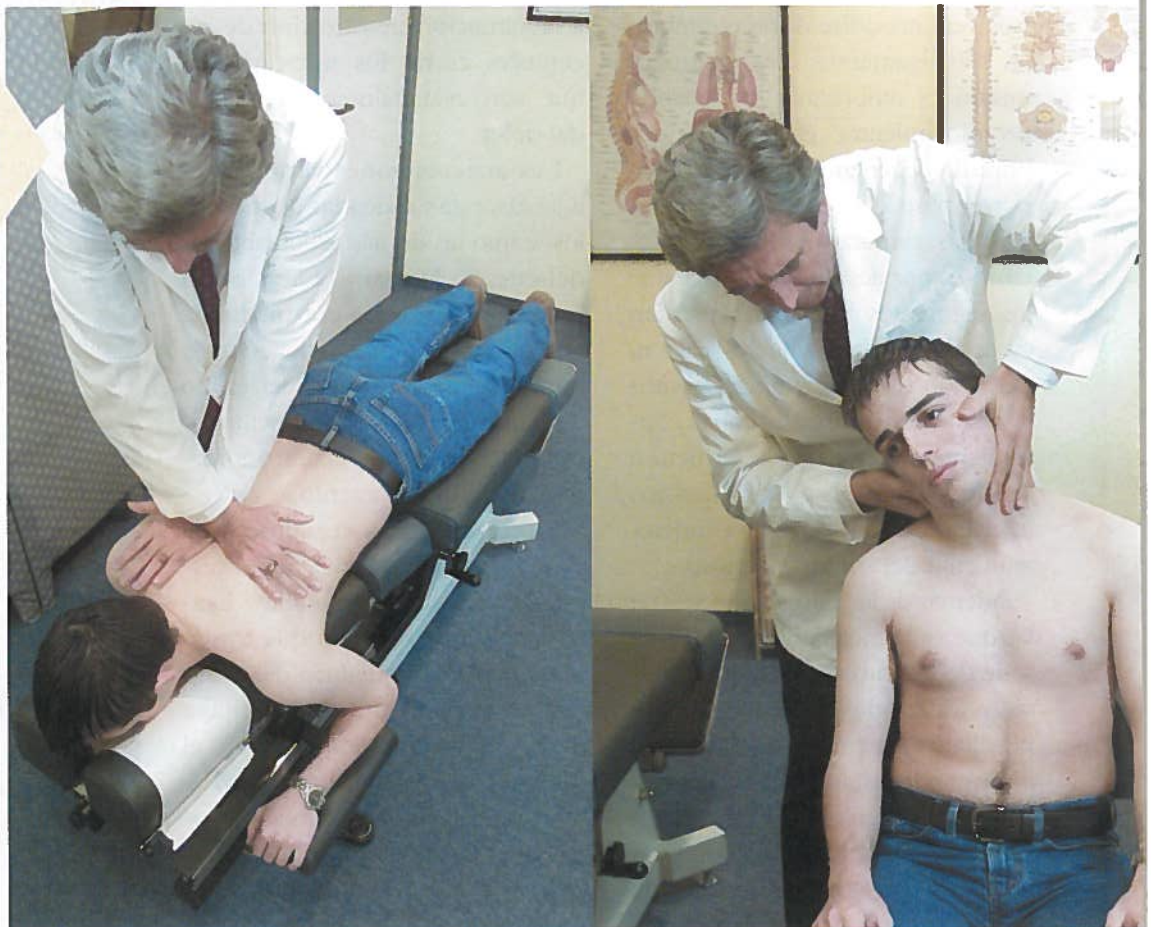
Desde el momento del nacimiento, el bebé puede sufrir alteraciones mecánicas de su columna producidas por los esfuerzos realizados al ser traccionada y rotada su cabeza para ayudarlo a salir del canal del parto, por el uso de fórceps...

Conforme vamos creciendo, el cuerpo humano se va adaptando a su entorno con las características típicas genéticas y morfológicas de cada individuo. El niño va

madurando su sistema nervioso, controlando la sujeción de su cabeza, pasando de la época importantísima de gateo a la bipedestación, todo ello más o menos en un año.

Una vez puesto de pie, aumenta la exploración del universo que le rodea a mucha mayor velocidad, y ello provoca a su vez la más rápida maduración de su sistema nervioso. En esta época, y en unos años más, hay múltiples caídas y golpes que, aunque bien amortiguadas por la tremenda flexibilidad del niño, pueden ocasionar que alguna o varias vértebras se queden fijadas en malas posiciones, alterando la normal función del sistema nervioso y produciendo síntomas o no, que afectan a su salud.

## Ajuste vertebral manual



Cuando el niño se ha convertido en un hombre, es posible que lleve arrastrando consigo esas pequeñas perturbaciones durante años y que en algún momento aparezcan síntomas que pueden ser sorprendentes por la juventud de esa persona, que son el resultado de aquellas malas posiciones de sus vértebras, no corregidas a tiempo.

La vida que llevamos, cada vez más sedentaria, la falta de ejercicio apropiado, la contaminación, una nutrición cada vez más manipulada y menos natural, el constante estrés al que estamos sometidos en nuestros trabajos, en las noticias, en la búsqueda incesante de una vida cada vez más productiva económicamente y a la vez más alejada de nuestra verdadera naturaleza, en traumas afectivos y emocionales,

encontramos algunos de los factores que hacen que la íntima relación existente entre la columna vertebral y el sistema nervioso se deteriore, y con ello la salud del individuo. Las malas posturas continuadas, los accidentes, los traumas físicos, químicos y psíquicos, también —por supuesto— son posibles causas de ese deterioro.

La quiropráctica denomina *Complejo Subluxación Vertebral* al conjunto de cambios funcionales, estructurales o, incluso, patológicos que comprometen la función del sistema nervioso, pudiendo influir en la normal actividad de otros sistemas del organismo y en la salud en general.

El trabajo del doctor en quiropráctica consiste en detectar, analizar y corregir ese complejo subluxación vertebral, con el fin de restaurar o aumentar la salud en el individuo y, en definitiva, mejorar la calidad de vida de esa persona.


Además de la corrección de la subluxación vertebral, al paciente se le aconsejarán métodos para mantener ese ajuste vertebral y

mejorar su vida diaria. Esto incluye ejercicios físicos adecuados, consejos nutricionales, posturales, como mejorar su actividad y como trabajar en conseguir una vida emocional sana que le aleje del estrés y lo transforme en un bien positivo.

#### » El ajuste vertebral manual específico

Las técnicas que utiliza el doctor en quiropráctica para corregir el complejo subluxación vertebral y mejorar la columna son múltiples, sobrepasan la centena. Generalmente el ajuste se realiza con las manos, pero en algunos casos el quiropráctico se ayuda de aparatos.

El ajuste vertebral manual específico es una maniobra muy precisa, ejercida en partes de la columna, en elementos típicos de la anatomía vertebral, con una limitada amplitud y dirección, con una cierta y gran velocidad, que permite a los segmentos vertebrales recuperar sus posiciones idóneas para mejorar la dinámica



El ajuste vertebral manual específico es una maniobra muy precisa, ejercida en partes de la columna, en elementos típicos de la anatomía vertebral, con una limitada amplitud y dirección, con una cierta y gran velocidad, que permite a los segmentos vertebrales recuperar sus posiciones idóneas para mejorar la dinámica vertebral



Sabemos que el sistema nervioso controla todas las funciones del cuerpo humano, que gran parte de él se alberga y comunica a través de la columna vertebral, y que podemos influenciar al cerebro y al resto del organismo positivamente teniendo una columna vertebral bien ajustada.

vertebral y hacer funcionar de nuevo correctamente todos los sensores de información del sistema nervioso, con dos finalidades:

- Que la columna vertebral se comporte mecánicamente lo mejor posible, es decir, con una perfecta movilidad de todas sus vértebras para dejar que los impulsos del sistema nervioso fluyan con entera libertad en las dos direcciones.
- Que el cerebro reciba la información correcta desde la periferia, y de ese modo, devuelva la normalidad en el tono, postura, fuerza, nutrición y energía vital en el ser humano.

En muchas ocasiones, el quiropráctico también ajustará otras articulaciones del esqueleto humano, para normalizar su función o movilidad y así garantizar que llegue una correcta información al cerebro, que le permita inhibir o estimular las funciones que no están bien activadas.

#### » La quiropráctica en la universidad

La quiropráctica es una ciencia que estudia las alteraciones biomecánicas de la columna vertebral y cómo éstas afectan al sistema nervioso y, consecuentemente, a la salud en general. Por ello, la formación universitaria del quiropráctico incluye un exhaustivo estudio del cuerpo humano y su funcionamiento en la salud y en la enfermedad.

Actualmente se necesitan entre siete y ocho años de universidad para poder conseguir el título de doctor en quiropráctica en Estados Unidos (donde hay quince

universidades), Canadá y Australia. En Inglaterra se estudian cinco años para la licenciatura, seguidos optativamente de un máster de dos años y un doctorado.

La cantidad de horas de estudio es equivalente a los estudios de Medicina, poniendo más énfasis en la radiología ósea, el sistema nervioso, las técnicas manuales y la biomecánica, y menos en la farmacología y cirugía, por poner un ejemplo.

Por ello, el doctor en quiropráctica está perfectamente preparado, después de más de 5.500 horas de estudio universitario, para ser puerta de entrada directa del paciente y tener los conocimientos necesarios para remitirle o no a otro profesional de la salud.

Para concluir, sabemos que el sistema nervioso controla todas las funciones del cuerpo humano, que gran parte de él se alberga y comunica a través de la columna vertebral, y que podemos influenciar al cerebro y al resto del organismo positivamente teniendo una columna vertebral bien ajustada.

También sabemos que hay unos profesionales que han dedicado más de siete años universitarios a su estudio, que en sus consultas quiroprácticas pueden ayudarnos a prevenir, o ajustar si fuera necesario, las alteraciones mecánicas de nuestra columna vertebral, y que nuestra salud y calidad de vida pueden mejorar gracias a ello.

#### Nota:

*La única garantía de que nos va a atender un doctor en quiropráctica con la titulación correspondiente es consultar si esa persona pertenece a la Asociación Española de Quiropráctica, llamando al teléfono 91 429 38 86.*



# Los síntomas de unas horas de diferencia

Dos veces al año, en marzo y octubre, los europeos deben cambiar la hora de sus relojes para adaptarse al horario de verano o de invierno, respectivamente. Este cambio, aun siendo inocuo para la salud, puede traer consigo trastornos físicos y psicológicos temporales.

TEXTO Cristina Botello

## » Un poco de historia

El 15 de abril de 1918 se introdujo por primera vez la hora de verano. Desde entonces, el cambio de hora ha sufrido diversas modificaciones a lo largo de la historia, hasta que, finalmente, en 1974, con la primera crisis del petróleo, se generalizó: la mayor parte de los países industrializados decidieron adelantar sus relojes una hora durante los meses de verano para aprovechar la luz solar y consumir menos energía.

Desde 1980, el Consejo de las Comunidades Europeas se ha hecho cargo de determinar las directivas por las que se marca el momento concreto para efectuar el cambio horario, con el fin de armonizar la fecha y hora de comienzo y fin de la temporada de verano entre los países europeos. El pasado año entró en vigor la novena directiva por la que se establece que el horario de invierno comience el último domingo de octubre, con el retraso de una hora, y el de verano se inicie el último domingo de marzo, adelantando los relojes 60 minutos.



El principal objetivo del cumplimiento de esta normativa comunitaria continúa siendo el mismo con el que nació esta medida en 1974: ahorrar en energía y, por tanto, en los combustibles que se usan para generarla, lo que repercute de forma positiva no sólo en la economía de aquellos países que la aplican, sino también en la *salud* del medio ambiente, ya que disminuye el número de emisiones contaminantes a la atmósfera. Asimismo, el cambio horario permite adaptar las actividades sociales y de esparcimiento al ciclo de luz natural.

#### » Pros y contras

Fisiológicamente, el organismo humano funciona como un reloj interno siguiendo los llamados ritmos biológicos, los cuales son sincronizados por determinados factores del entorno, siendo el más característico el ritmo marcado por el día y la noche, conocido como ritmo circadiano. Éste es un ciclo de 24 horas de duración, notablemente influenciado por las variaciones ambientales y climáticas, que controla la actividad sueño-vigilia.

En este sentido, y teniendo en cuenta que lo más adecuado para la salud y el rendimiento del ser humano es acoplar sus actividades más importantes al ciclo natural luz-oscuridad, es lógico adelantar una hora el reloj durante los meses de primavera-verano, ya que amanece más temprano y el cuerpo de forma natural se activa por la luz, ajustándose a los amaneceres cambiantes, tanto en invierno como en verano.

Sin embargo, el cambio horario puede dar lugar a diversas alteraciones de carácter negativo, tanto físicas como psicológicas.

Así, se pueden producir desequilibrios en el organismo como trastornos del sueño —excesiva somnolencia diurna, insomnio, etc.—, cansancio e irritación, ligero dolor de cabeza por las mañanas, ansiedad, falta de concentración, depresión, mal humor, etc.

Estos efectos para la salud, más acusados en niños y personas mayores, ya que deben cambiar su ritmo de vida, son temporales. Diferentes estudios médicos han comprobado que nuestro organismo tiene la capacidad de adaptarse a los cambios horarios en un tiempo máximo de 72 horas, o una semana en casos de sensibilidad

extrema, y que, por lo general, no suele presentarse ningún malestar corporal o mental.

Así, hasta el momento no existe ninguna investigación de carácter internacional que hable de complicaciones o daños en la salud humana debido a la aplicación del horario de verano, aunque se ha reconocido que pueden llegar a producirse los síntomas antes mencionados.

#### » Jet-Lag

Un ejemplo de que es posible la adaptación del cuerpo humano a los cambios horarios está no sólo



en aquellos profesionales que por su trabajo se someten constantemente a cambios de hora, como pueden ser los conductores que atraviesan países con diferente franja horaria, personal sanitario, como Auxiliares de Enfermería que trabajan con cambios de turno... sino también en aquellas personas que realizan viajes transoceánicos (pilotos de aviones, viajeros...) y que tienen que enfrentarse a grandes diferencias horarias.

Esta diferencia, conocida como síndrome de los husos horarios o Jet-Lag, produce un desequilibrio entre el reloj interno y el nuevo horario, que requiere de una adaptación tanto física como mental de nuestro cuerpo.

El Jet-Lag se manifiesta no sólo a través de los síntomas propios de un cambio horario, sino también a través de tres indicios diferentes. En primer lugar, hay que hablar de una desincronización

externa que se produce cuando la persona no asimila el desplazamiento de las horas de comida, sueño y actividades con respecto a las que tenía fijadas. Esta desincronización externa trae consigo una desincronización interna que altera los ritmos circadianos de la persona (adaptar ritmos hormonales, reajustar el ritmo de las temperaturas...). Y, finalmente, la falta de sueño provocada por el cansancio del viaje.

Sin embargo, las consecuencias de este síndrome, aunque molestas, son inofensivas. Los síntomas desaparecen a corto plazo y una buena alimentación, buenos cuidados y horas de sueño no lo alargan más de dos días. Aunque esto siempre depende de las características individuales de la persona, la longitud del viaje y el número de husos horarios atravesados.

En este sentido, existen tres fases de adaptación al Jet-Lag:

1. **Reacción de adaptación.** Dura cerca de un día y se caracteriza por la manifestación del síndrome de estrés.
2. **Fundamental.** Es la principal y transcurre en un periodo aproximado de una semana. Se produce un cambio inicial de las funciones del organismo y de sus sistemas reguladores.
3. **Adaptación de reacción.** Su duración puede llegar hasta los 10-15 días y en ella se restablece poco a poco el nivel estable de funcionamiento de los principales sistemas del organismo.

En conclusión, se puede afirmar que, a pesar de los trastornos que puedan aparecer en la salud, siempre existe la capacidad para adaptarse a los cambios horarios, bien sean drásticos (viajes transoceánicos) o mínimos (horario de verano), por eso muchas personas no sienten ese cambio.

## Diez trucos para mitigar el Jet-Lag

1. Comenzar a adaptarse al nuevo horario unos días antes de realizar el viaje en cuestión de horas de comidas y sueño.
2. Ajustar el reloj a la hora del país de destino. Si es de noche, intentar dormir durante el viaje y estar despierto cuando sea de día.
3. Es conveniente una buena hidratación con ingestión de gran cantidad de agua o zumo de naranja. Tomar líquidos ayuda a aclimatarse al nuevo destino.
4. Si el cambio de horario ha sido de más de cuatro horas hay que dormir o al menos reposar tantas horas como las que se haya cambiado el reloj, evitando las siestas durante el día porque pueden dar lugar a episodios de sueño profundo.
5. Pastillas de melatonina. Es una hormona que ayuda al cuerpo a adaptarse al cambio horario.
6. En caso necesario, se pueden tomar hipnóticos de última generación.
7. Según el destino, hay que tener en cuenta que las comidas ricas en carbohidratos ayudan a tener sueño y las ricas en proteínas estimulan.
8. Comer plátanos y naranjas.
9. Pensar lo menos posible en el Jet-Lag y la hora del país de procedencia.
10. Para adaptar los ritmos circadianos al nuevo horario hay que exponerse a la luz natural por la tarde (evitando la mañana) durante un viaje hacia el oeste. Si el destino está en el este, hay que exponerse a la luz solar tanto de la mañana como de la tarde.

# Noticias del M

## Noticias



### » Nuevo tratamiento para la prevención de muerte en niños prematuros

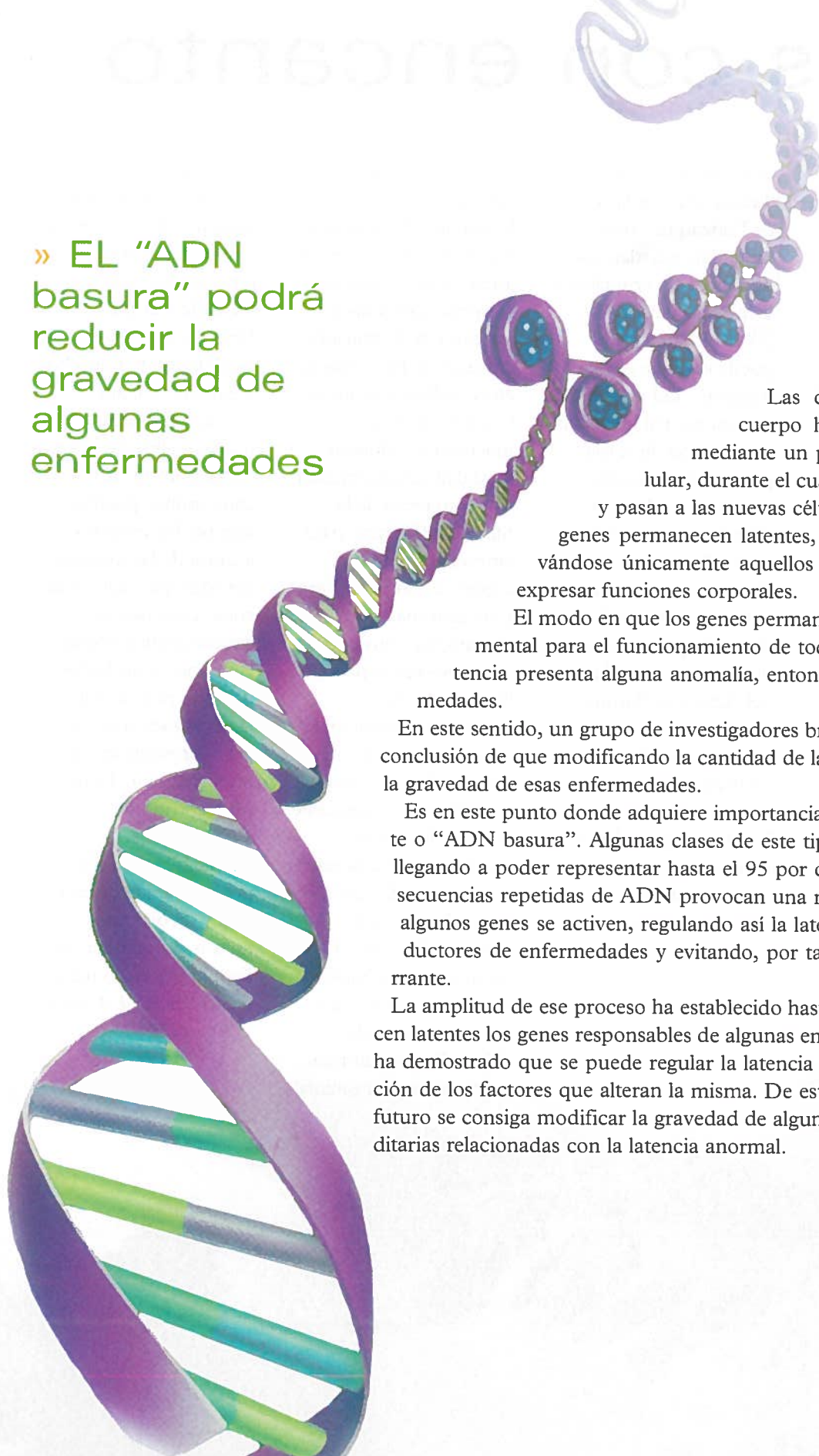
El Dr. Tonge, profesor de farmacología del laboratorio de investigación en biomateriales de la Universidad Aston de Birmingham (Inglaterra), ha descubierto recientemente una nueva medicina que permite salvar la vida de un gran número de niños prematuros y que supone además una alternativa más barata al único tratamiento que existía hasta el momento: la inyección de proteínas animales en el bebé.

Muchos de estos niños mueren porque sus pulmones no son capaces de soportar el esfuerzo excesivo que exige un cuerpo aún no formado para terminar de desarrollarse.

En este sentido, el nuevo tratamiento, compuesto por la combinación de un aditivo, la lecitina, fácil de encontrar en cualquier tienda, y un polímero líquido a base de poliestireno o PS (material del que se fabrican los vasos de plástico), forma unas partículas submicroscópicas o nanopartículas con las que se recubre por dentro el pulmón del recién nacido, manteniendo así los bronquios de los niños prematuros dilatados hasta que adquieran la fuerza suficiente para respirar normalmente.

El material consistente en la lecitina ha sido patentado ya en Estados Unidos, Singapur, Australia y Nueva Zelanda, y se ha solicitado en otros 22 países, entre ellos los de la Unión Europea.

### » EL "ADN basura" podrá reducir la gravedad de algunas enfermedades



Las células que forman el cuerpo humano se desarrollan mediante un proceso de división celular, durante el cual los genes se duplican y pasan a las nuevas células. La mayoría de los genes permanecen latentes, activándose y desactivándose únicamente aquellos que se requieren para expresar funciones corporales.

El modo en que los genes permanecen latentes es fundamental para el funcionamiento de todas las células. Si la latencia presenta alguna anomalía, entonces aparecen las enfermedades.

En este sentido, un grupo de investigadores británicos ha llegado a la conclusión de que modificando la cantidad de latencia se puede alterar la gravedad de esas enfermedades.

Es en este punto donde adquiere importancia el ADN no codificante o "ADN basura". Algunas clases de este tipo de ADN se repiten, llegando a poder representar hasta el 95 por ciento del genoma. Las secuencias repetidas de ADN provocan una respuesta que evita que algunos genes se activen, regulando así la latencia de los genes productores de enfermedades y evitando, por tanto, su expresión aberrante.

La amplitud de ese proceso ha establecido hasta qué punto permanecen latentes los genes responsables de algunas enfermedades, y también ha demostrado que se puede regular la latencia cambiando la dosificación de los factores que alteran la misma. De esta manera, quizás en el futuro se consiga modificar la gravedad de algunas enfermedades hereditarias relacionadas con la latencia anormal.

...Y para variar  
...Y para variar

# Rutas con encanto

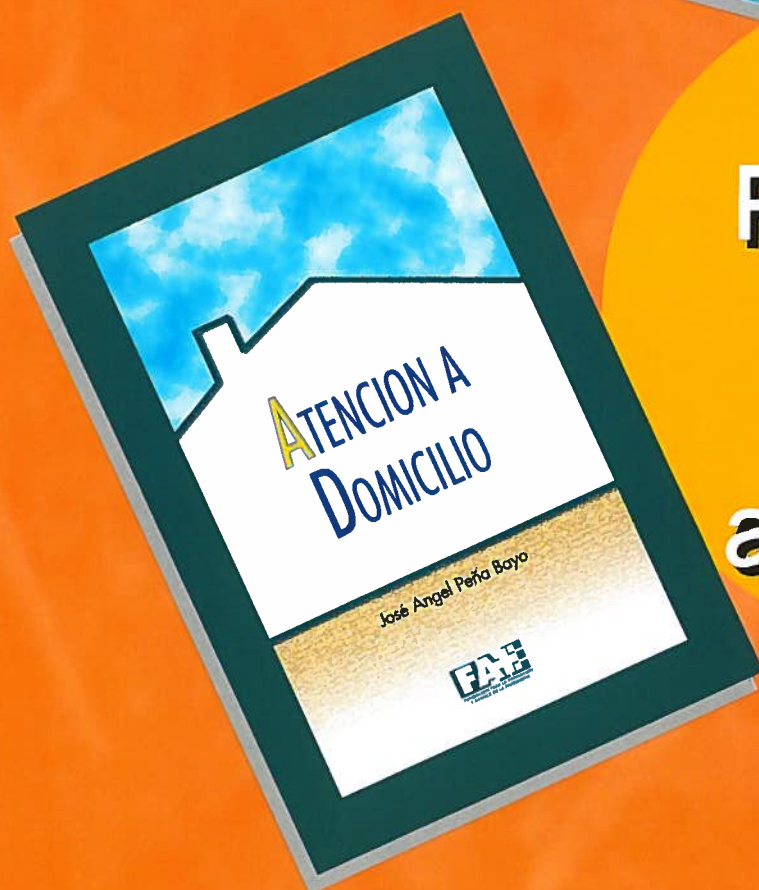
A continuación os proponemos tres recorridos que por su singularidad y belleza constituyen una acertada elección para escapar de la rutina diaria y el turismo de masas.

**Ruta de los volcanes**  
Transcurre por la isla de Lanzarote, cuyas montañas guardan las huellas de las erupciones volcánicas del siglo XVIII. El itinerario puede iniciarse en Teguise, ciudad histórica y monumental que llegó a ser capital de la isla, para a continuación transitar por Arrecife, Tías, la comarca del Geria, Yaiza y finalmente acabar en el Parque Nacional de Timanfaya. La Cueva de los Verdes, los Jameos del Agua o el Parque Natural de Geria son sólo algunos de los emplazamientos a lo largo de la ruta en los que la lava volcánica ha erosionado caprichosamente el paisaje creando insólitos parajes.

**Ruta de los campos de Níjar en Almería**  
El paisaje a lo largo del recorrido será de aspecto lunar: aridez y sequía extrema salpicadas por multitud de formaciones cársticas de hace más de cinco millones de años. Comenzamos el itinerario en Mojácar, localidad costera situada sobre un cerro de la Sierra de Cabrera, para emprender entonces camino a través de Vera y su alcazaba, y Almanzora y sus cuevas. Ya en Sorbas el paisaje lo constituyen numerosas formaciones de yesos marinos depositados en cuevas, mientras que la siguiente parada, Tabernas, cuenta con un auténtico desierto donde han tenido lugar rodajes de películas del oeste. El destino final es Níjar, localidad situada a los pies de la sierra de Alhamilla, con un rico patrimonio monumental.

**Ruta del Cares**  
La senda que recorre la garganta del río Cares es uno de los destinos más espectaculares de los Picos de Europa. Discurre entre las localidades de Poncebos (Asturias) y Cain (León). Ha sido tradicionalmente la única vía de comunicación entre ambos pueblos durante los inviernos a causa de las intensas nevadas que caen en la zona. La senda se excavó artificialmente en la roca a mediados del siglo pasado para la canalización del río y su aprovechamiento hidroeléctrico. Tiene un recorrido de 12 kilómetros, transitables sólo a pie por una senda de entre uno y medio y dos metros de anchura. El tiempo estimado para recorrerla es de 4 horas.





**Reediciones  
ampliadas  
y  
actualizadas**

Consigue tus ejemplares poniéndote en contacto con el delegado de SAE en tu centro de trabajo o llamando a los teléfonos y fax de la Fundación

Tel.: 91 521 52 24 / 91 521 52 95

Fax: 91 521 53 83



**PULEVA OMEGA 3,**  
la única que ha  
demostrado  
científicamente que  
ayuda a reducir el  
colesterol.

