

SANUM

Nº. 1 Febrero 2017

Revista de Divulgación Científico-Sanitaria

ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DIA DE DIGESTIVO DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA CON LA CUAL LOS MÉDICOS DE FAMILIA NO APLICAN LOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN ADULTOS Y DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLO.

EL VIRUS DE LA GRIPE. PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VACUNACIÓN.

REALIDAD EN LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS PUBLICAS Y PRIVADAS EN ESPAÑA.

SALUD Y OBESIDAD.

REVISIÓN ACTUALIZADA DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL: CUANDO LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y JURÍDICA SE ENCUENTRA DIVIDIDA CON RESPECTO A SU LEGITIMIDAD Y AUTENTICIDAD.

SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA COCINA HOSPITALARIA.



Andalucía

Índice

Enfermería en el Hospital de Día de Digestivo del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.....	4
Estudio de la frecuencia con la cual los médicos de familia no aplican los protocolos de tratamiento farmacológico del dolor crónico no oncológico en adultos y de los factores que influyen en ello.....	10
El virus de la gripe. Prevención, promoción y vacunación.....	21
Realidad en las instituciones geriátricas publicas y privadas en España.....	28
Salud y obesidad.....	39
Revisión actualizada del Síndrome de Alienación Parental: cuando la comunidad científica y jurídica se encuentra dividida con respecto a su legitimidad y autenticidad.....	47
Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria.....	54
Normas.....	61

Órgano Rector de FeSP para las revistas

Editor:

RODIO, FeSP-UGT/Andalucía

Director:

Antonio Tirado Blanco
Secretario General

Subdirección:

Antonio Macías Borrego
Secretario de Sanidad

Francisco López Gómez
Secretario de Formación

Consejo de Redacción:

María Ortiz Rico
Órgano de prensa

José Luis de Isla Soler
Director técnico

Edición y maquetación:

Ediciones Rodio, S. Coop. And. Sevilla

ISSN 2530-5468



Andalucía

La Federación de Emplead@s de los Servicios Públicos es la Federación más importante, por número de afiliados y en estructura, de UGT.

FeSP está integrada por los Empleados Públicos (personal laboral, funcionarios y estatutarios) que prestan servicios en ministerios, organismos autónomos y de la Seguridad Social, Administración de Justicia, Comunidades Autónomas, Sanidad Pública y Privada, Educación, Correos, administraciones locales, trabajadores de entes o empresas de gestión indirecta al servicio público y demandantes de primer empleo con expectativas de trabajo en las Administraciones Públicas.



Primer número de la Revista SANUM

En este mes de febrero publicamos el **primer número de SANUM**. Se trata de una revista digital, elaborada **por la Federación de Emplead@s de los Servicios Públicos de UGT Andalucía**, que recoge **artículos científicos** de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales.

Esta publicación surge con el objetivo de difundir el conocimiento científico entre todos los profesionales del entorno sanitario, así como fomentar la investigación y la divulgación del conocimiento científico entre los profesionales de la salud.

Todos los artículos publicados tienen interés por los conocimientos e informaciones para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales de ciencias de la salud y favorecen el desarrollo y difusión de la investigación, conocimientos y las competencias de las mismas.

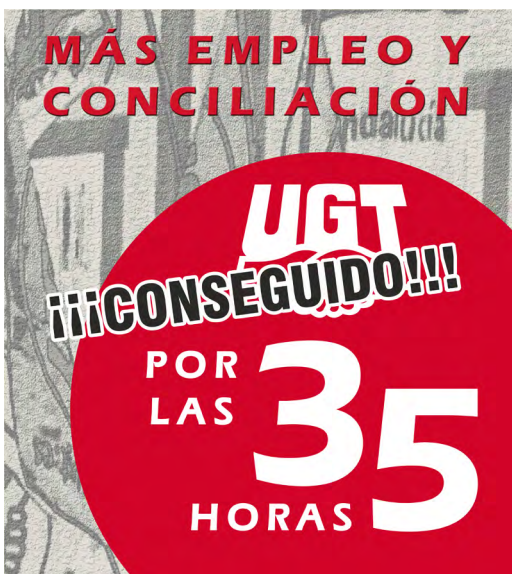
Los **principales objetivos de esta revista científica** se centran en:

- Dar a conocer los avances de la ciencia, difundiendo nuevos conocimientos entre los profesionales de la sanidad andaluza y del resto de comunidades de España.
- Ofrecer a los profesionales un entorno de interacción científica que ayude a ampliar sus competencias profesionales inherentes a la investigación, el conocimiento, la calidad y el rigor científico.
- Proporcionar un entorno divulgativo propio, brindando a los profesionales sanitarios y sociosanitarios la oportunidad de presentar trabajos científicos originales que les serán publicados para su difusión en el entorno sociosanitario.

Tenemos como máxima aspiración, tras la publicación de este primer número, dar continuidad a este proyecto para difundir el conocimiento científico entre la Comunidad Sanitaria.

Todos los profesionales que estén interesados/as en la publicación de sus trabajos de carácter científico, que no duden en hacerlo, siguiendo las recomendaciones y reglas indicadas por el consejo de redacción y del comité científico; asegurando así la validez y calidad de los manuscritos.

A través de SANUM, podrán divulgar sus experiencias y conocimientos para que lleguen al resto de compañeros y compañeras. Asimismo, para terminar os animo a participar con vuestras aportaciones.



Antonio Tirado Blanco
Secretario General de FeSP UGT Andalucía

Enfermería en el Hospital de Día de Digestivo del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

AUTORES

Rosario Ramos León.
Enfermera UGCED. Hospital de Valme. Sevilla.

María del Castillo Caro González.
Enfermera UGCED. Hospital de Valme. Sevilla.

María José Garrido Serrano.
Supervisora de Enfermería UGCED. Hospital de Valme. Sevilla.

Este artículo ha sido presentado en formato póster en el XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Patología Digestiva. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla, 2-4 de Junio de 2016. Organizado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPDP).

Palabras clave:
digestivo, enfermería,
tratamientos, calidad.

Resumen

El Hospital de Día de Digestivo (HDD) es una estructura sanitaria asistencial a la que acuden, durante unas horas, pacientes con enfermedades digestivas para recibir procedimientos, tratamientos o cuidados. El no tener que abandonar su entorno familiar contribuye a la mejora de su calidad de vida y resulta una medida coste-efectiva tanto a nivel personal como sanitario.

Objetivo

Describir el HDD y su distribución según las necesidades de los pacientes, explicar las actividades e intervenciones enfermeras y cuantificar la cartera de servicios ofrecidas.

Material y Método

Los pacientes son atendidos por un médico especialista en patología digestiva y una enfermera de 8 a 15 horas, de lunes a viernes, en 3 espacios diferenciados según el motivo de asistencia:

- Sillones y camillas para recuperación de pacientes procedentes de las salas de endoscopias.
- Camas para paracentesis y biopsias hepáticas
- Sillones y camillas para administración de tratamientos y ciertos procedimientos.

Resultados

En 2015 se han atendido un total de 1237 pacientes.

Conclusiones

Nuestro HDD cumple con las recomendaciones para la creación y correcto desarrollo de los HDD según el Ministerio de Sanidad y Política social.

Enfermería ha desarrollado una atención de calidad para nuestros pacientes demostrando la cualificación y competencias necesarias para la asistencia en estas unidades.

El disponer de esta unidad ha permitido una disminución del número de pacientes que acuden al servicio de urgencias y del número de ingresos.

Nursing in the Digestive Day Hospital in the South of Sevilla Health Area Management

Summary

The Digestive Day Hospital (HDD) is a health care institution in which patients with digestive diseases come to receive procedures, treatments or care for a few hours. They don't have to leave their homes and it helps with improving their quality of life. As well as being a cost-effective measure for both patients and healthcare.

Objective

To describe the HDD and its distribution according to the needs of patients, to explain nursing activities and interventions and to quantify the portfolio of services offered.

Materials and Methods

Patients are attended by a digestive diseases specialist and a nurse for 8-15 hours, from Monday to Friday, in 3 different places depending on the assistance that they need:

- a) Chairs and stretchers for recovery from endoscopies.
- b) Beds for paracentesis and liver biopsies.
- c) Chairs and stretchers for treatments, administration and certain procedures.

Results

1237 patients were treated in 2015.

Conclusions

Our HDD complies with the recommendations for the establishment and proper development of HDD according to the Health Ministry and Social Policy.

Nursing has developed quality care for our patients demonstrating the qualifications and skills required to assist in these units.

The availability of this unit has allowed a reduction in the number of patients who are attended in the emergency department and in the number of admissions.

Keywords:

digestive, nursing,
treatments, quality.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos años el modelo que primaba era el de hospitalización, el cual conllevaba un alto coste económico tanto para el usuario y su familia como a nivel hospitalario y en ocasiones, un coste añadido a su salud puesto que el paciente podía estar expuesto a un mayor número de complicaciones como, por ejemplo, las infecciones. Por otro lado, el aumento de la supervivencia y cronificación de las enfermedades supone una mayor afluencia a los centros hospitalarios viéndose colapsados en numerosas ocasiones. Todo ello ha impulsado la búsqueda de nuevos modelos de asistencia entre los que encontramos los hospitales de día.

Según el Real Decreto 1277/2003 una Unidad de Hospitalización de Día se define como "unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital".

Ante esta situación y siguiendo las indicaciones expuestas en el Real Decreto se puso en marcha el hospital de día de digestivo. Pero es durante el año 2015 cuando se suceden una serie de cambios en la Unidad de Gestión de Enfermedades Digestivas los cuales suponen un salto cuantitativo y cualitativo que precisó una actualización en cuanto a la actividad realizada por lo que se procedió a la revisión de protocolos y creación de aquellos que no existían. Tras ello, surgió la idea/ necesidad que marca nuestro objetivo: dar a conocer el funcionamiento, distribución y horarios del hospital de día, definir la actividad e intervenciones llevadas a cabo por enfermería y cuantificar la cartera de servicios ofrecida.

MATERIAL Y MÉTODO

El HDD, es un espacio físico situado en la primera planta frente a las salas de endoscopias, en el que, durante unas horas, un médico especialista en patología digestiva y una enfermera atiendan consultas telefónicas, llevan a cabo procedimientos, administran tratamientos y prestan cuidados a pacientes, que no pueden realizarse de forma ambulatoria en consultas externas, pero que no justifican el ingreso en el centro hospitalario, siendo ésta su característica principal. Por otro lado, en él también se lleva a cabo la consulta telefónica a la cual pueden acudir los usuarios en caso de necesidad.

Su horario de atención al usuario es de 8 a 15 horas, de lunes a viernes.

Está distribuido en 3 zonas diferenciadas según el motivo de asistencia:

1. Sillones y camillas para recuperación de pacientes procedentes de las salas de endoscopias sin distinción del tipo de procedimiento al que ha sido sometido ni de la sedación recibida, es decir, acude cualquier usuario que haya sido atendido en el servicio de endoscopias.
2. Camas para paracentesis y biopsias hepáticas.
3. Sillones y camillas para administración de tratamientos y ciertos procedimientos.

En las distintas zonas existe un monitor por cada ubicación o por cada dos, según la necesidad prevista.



Los usuarios atendidos y el tratamiento, procedimiento o cuidados al que serán sometidos se incluyen dentro de los siguientes grupos:

1. Enfermedades inflamatorias intestinales, principalmente:
 - Enfermedad de Crohn: patología crónica de tipo inflamatorio que afecta al tubo digestivo cuyo mecanismo causal aún es desconocido. Cursa en forma de brotes y periodos de remisión, puede afectar todo el grosor de la pared intestinal y aparecer de forma simultánea en varios segmentos del tracto gastrointestinal dejando zonas sanas entre zonas afectadas. La zona más frecuentemente implicada es el íleon y el ciego.
 - Colitis Ulcerosa: patología inflamatoria crónica, de origen autoinmune, que afecta al intestino grueso y que tiene su actividad más localizada que la enfermedad de Crohn. Cursa con etapas de brotes y de remisión y suele presentarse de manera continua, es decir, no hay zonas sanas entre zonas afectadas.

La actividad llevada a cabo en nuestra unidad para este grupo de pacientes son los tratamientos biológicos con Infiximab, Adalimumab y Vedoluzimab.

- * Infiximab: es un anticuerpo monoclonal quimérico de origen 75% humano y 25% murino (derivado del ratón) que bloquea una sustancia llamada TNF-alfa que interviene en la inflamación. Su vida media es de 10 días, la vía de administración intravenosa y la duración de cada sesión varía de entre 1 y 3 horas dependiendo del número de sesiones o de si el paciente ha presentado alguna reacción previa. El protocolo utilizado para su administración es a las 0, 2 y 6 semanas y posteriormente cada 8 o 10 semanas a dosis de 5 a 10 mg/Kg.
- * Adalimumab: es un anticuerpo monoclonal humano recombinante expresado en células de ovario de Hámster Chino, por tanto, se trata de un producto similar al infiximab que también bloquea el TNF-alfa, con la diferencia que se administra subcutáneamente con jeringas ya cargadas con la dosis a administrar. Su vida media es de 12 a 14 días y la vía de administración es subcutánea. La dosis es de 160/80 mg u 80/40 mg cada dos semanas.
- * Vedoluzimab: anticuerpo monoclonal humanizado anti-integrina que son moléculas que provocan que los glóbulos blancos lleguen desde la sangre al foco de la inflamación en el intestino y, por tanto, su bloqueo es otra vía para disminuir la inflamación. Se administra en perfusión intravenosa durante 30 minutos. El protocolo para su administración es a las 0, 2 y 6 semanas y posteriormente cada 8 semanas.



2. Anemias (que no responden al tratamiento con hierro oral): alteración causada por una disminución del contenido de hemoglobina en sangre y, generalmente, del número de glóbulos rojos.

En el caso de estos pacientes se les administrará hierro sacarosa o carboximaltosa.

- Hierro sacarosa: se trata de una solución intravenosa que contiene 100 mg de hierro. En una sesión sólo se pueden administrar un máximo de 200 mg diluidos en 250 ml de suero fisiológico a un ritmo de 150 ml/h. Requiere dosis de prueba por lo que en la 1ª sesión se administrarán los primeros 25 mg a 80 ml/h. La dosis máxima semanal es de 600 mg lo que conllevará la realización de 3 sesiones semanales.
- Hierro carboximaltosa: se trata de una solución intravenosa que permite la administración en una sola dosis de entre 100 y 1000 mg de hierro diluidos en 250 ml de suero fisiológico a un ritmo de 500 ml/h. No precisa dosis de prueba. Se suelen citar 2 sesiones con un intervalo de una semana.

El número de sesiones, en ambos casos, dependerá de la prescripción del facultativo y de si este ha estipulado una dosis determinada de hierro o una cifra de hemoglobina a alcanzar en cuyo caso cursaremos una analítica urgente antes de administrar la última dosis de hierro prescrita.



3. Patología hepática:

- Cirrosis: enfermedad del hígado, crónica y progresiva, que se produce como consecuencia de sufrir agresiones repetidas en su tejido, dañando su estructura y funcionamiento normal. Agentes nocivos como el alcohol y los virus de la hepatitis B y C, entre otros, dañan el hígado y provocan la lesión de algunas células formando un tejido cicatricial que se conoce como fibrosis. La fibrosis, con el tiempo, hace que el hígado se haga más duro y se encoja llegando a la fase de cirrosis.
- Hemocromatosis: acumulación anormal de hierro en los órganos parenquimatosos, que lleva a la toxicidad de los órganos. Es la enfermedad hepática hereditaria más común en blancos y el trastorno genético autosómico recesivo más común.
- Porfiria cutánea tardía: es la más frecuente de un grupo de enfermedades raras denominadas

Porfirias. Está producida por un déficit congénito o adquirido de la actividad de una enzima que regula la síntesis del GRUPO HEMO (componente esencial de proteínas como la hemoglobina y la mioglobina). Este déficit origina sustancias tóxicas que se acumulan en los tejidos dando lugar a síntomas cutáneos, neurológicos o viscerales.



Los procedimientos llevados a cabo para este grupo de pacientes pueden ser:

- * Biopsia hepática: consiste en la obtención de una muestra de tejido hepático para su posterior estudio, tras la localización del punto de punción mediante ecografía. Fundamentalmente, se realiza para valorar el daño hepático y la etiología de la hepatitis.
- * Paracentesis: técnica invasiva que, mediante una punción percutánea abdominal, nos permite evacuar líquido la cavidad peritoneal. Se pueden distinguir dos tipos de paracentesis:
 - a) Diagnóstica: consiste en la extracción de una pequeña cantidad de líquido ascítico (LA) para su análisis. Se realiza cuando existe sospecha de infección del LA.



- b) Terapéutica o evacuadora: se lleva a cabo para extraer el exceso de líquido libre de

la cavidad abdominal aliviando la tensión peritoneal. Se realiza en aquellos casos en los que existe ascitis a tensión, ascitis que provoca insuficiencia respiratoria y ascitis refractaria a tratamiento.

- * Flebotomía terapéutica: procedimiento utilizado para los pacientes que padecen hemocromatosis o porfiria cutánea tarda. Consiste en la extracción de entre 300 y 450 ml de sangre total, generalmente en nuestro servicio, sin reemplazo de volumen. Con ello se persigue disminuir la viscosidad de la sangre y normalizar el hematocrito lo que permite mejorar el transporte de oxígeno.



4. Recuperación tras procedimientos endoscópicos: esofagoduodenoscopia, colonoscopia, ecoendoscopia, ligaduras de bandas de varices esofágicas, dilatación del tracto digestivo superior e inferior...

El papel de enfermería en el HDD se resume en:

- 1) Atender las consultas telefónicas realizadas por los usuarios.
- 2) Recepción e identificación de los pacientes que acuden diariamente al HDD.
- 3) Confirmar tratamiento o procedimiento a realizar.
- 4) Preparar al paciente. Ubicarlo en la zona específica destinada al procedimiento que se le va a realizar, canalización de vía periférica y extracción de analítica si procede,... dependiendo del procedimiento a realizar.
- 5) Petición de fármacos al servicio de farmacia y preparación de los mismos.
- 6) Vigilancia, seguimiento y administración del tratamiento
- 7) Colaborar con el médico en la realización de la biopsia hepática y de la paracentesis
- 8) Valoración de los cuidados y necesidades del paciente.

RESULTADOS

Durante el año 2015 hemos atendido un total de 1237 pacientes. De los cuales:

- 22,15% Biológicos y similares (274).
- 7,03% Albúmina (87).
- 0,4% Analíticas (5).
- 0,65% Biopsia hepática (8).
- 1,29% Consultas telefónicas (16).
- 0,08% Consulta cirugía (1).
- 0,08% Ecografía abdominal (1).
- 0,24% Octeotrido (3).
- 9,14% Paracentesis (113).
- 0,08% Retirada PICC (1).
- 12,69% Flebotomía (157)
- 0,24% Transfusiones (3)
- 12,93% Fe iv (160)
- 32,98% Recuperación anestésica (408).

CONCLUSIONES

Nuestro HDD cumple con las recomendaciones para la creación y correcto desarrollo de los HDD según el Ministerio de Sanidad y Política social.

Enfermería ha desarrollado una atención de calidad para nuestros pacientes demostrando la cualificación y competencias necesarias para la asistencia en estas unidades.

El HDD contribuye a una mejora de la calidad de vida de los usuarios puesto que reduce la ansiedad de los mismos y de sus familiares al poder consultar telefónicamente en caso de necesidad, disminuye su asistencia al servicio de urgencias y, por tanto, el número de ingresos hospitalarios lo que en definitiva resulta una medida coste-efectiva muy positiva para paciente y sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso abril de 2007]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Listados de Fichas Técnicas. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadosFichasTecnicas.pdf>

Barómetro Sanitario 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

Mearin F, Nos P, Gispert JP, Naranjo A, Jover R, Serra J, Molina J, Gomollón F, Gines A, Madaria E, Alcedo J, Montoro MA. Propuestas y aportaciones de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) para la redacción de estándares y recomendaciones en el diseño y desarrollo de las Unidades Asistenciales de Aparato Digestivo (UAAD). Asociación Española de Gastroenterología. Julio, 2011.

Vergara M, Gil Montserrat, Obrador Blai et al. Unidad de atención continuada y hospital de día como alternativa a la hospitalización convencional: experiencia de 10 años en un hospital comarcal. Gastroenterol Hepatol. 2007 Dec; 30 (10): 572-9.

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

6.944 Plazas iPróxima convocatoria!

OPE 2016 + 2017

Aprobadas en mesa sectorial las plazas para la convocatoria de la oferta de empleo 2017. Pendiente de su publicación en el BOJA.


Rodio
 ediciones
 Formación para el empleo

Estudio de la frecuencia con la cual los médicos de familia no aplican los protocolos de tratamiento farmacológico del dolor crónico no oncológico en adultos y de los factores que influyen en ello

AUTORES

José Mellado Martos
Médico de Familia de la Unidad de
Gestión Clínica Poniente de La Línea
de la Concepción

María Teresa Díaz-Pintado García
Médico de Familia de la Unidad de
Gestión Clínica Poniente de La Línea
de la Concepción

José Domínguez Arias
Médico de Familia de la Unidad de
Gestión Clínica Levante de La Línea
de la Concepción

Aranzazu Urbano López
Enfermera de Familia de la Unidad
de Gestión Clínica Poniente de La
Línea de la Concepción

Sin fuentes de financiación, ni
conflictos de intereses.

El contenido de este trabajo es
original y no ha sido publicado
previamente ni está enviado ni
sometido a consideración a
cualquier otra publicación, en
su totalidad o en alguna de
sus partes.

No se ha presentado como
ponencia, comunicación oral,
póster, etc., en ningún congreso
o jornada.

No ha sido necesario ningún
tipo de consentimiento informado
para la realización de
este trabajo.

Palabras clave:

dolor, crónico,
protocolos, encuesta.

Resumen

Objetivo

Conocer la proporción de médicos de Atención Primaria (AP) que no utilizan protocolos o guías para el abordaje del dolor crónico no oncológico (DCNO) y los motivos que aducen para ello, para consecuentemente realizar un plan de actuación que mitigue el posible problema.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal dirigido a los médicos de familia que cumplimentaron un cuestionario autoadministrado, anónimo, durante marzo-abril del año 2016.

Emplazamiento y participantes

100 médicos de Atención Primaria del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (Cádiz), seleccionados por estratificación aleatoria de todos los médicos que trabajan en los centros de Atención Primaria de dicha Área.

Mediciones principales

La variable dependiente ha sido "no utilización de los protocolos del DCNO en adultos" y las variables independientes más importantes han sido las sociodemográficas y laborales de los médicos, así como los motivos de no aplicación de los protocolos.

Análisis de datos: se realizó un análisis descriptivo de las características del grupo de médicos que no utilizan los protocolos y los motivos que aducen para ello.

Resultados

El 36% de los médicos de AP afirma no utilizar protocolos o guías de tratamiento del DCNO, de los que el 25% no conoce que existan y el 33% no conocen sus contenidos, es decir, el 58% de los médicos que no utilizan protocolos argumentan falta de información o desconocimiento, el 36% afirman no tener tiempo en la consulta para la aplicación de estos protocolos y menos del 6% aducen otras causas ($p < 0,05$).

Conclusiones

Al menos el 21% de los médicos de AP no utilizan protocolos o guías de tratamiento del DCNO por desconocimiento o falta de información, mientras que el 13% afirman que no lo hacen por falta de tiempo.

Study of the frequency with which family physicians do not apply the protocols for pharmacological treatment of chronic pain not cancer in adults and the factors influencing this

Summary

Objective

To know the proportion of primary care physicians that do not use protocols or guidelines for the treatment of chronic non-cancer pain and the reasons given therefore consequently to carry out a plan of action that will mitigate the possible problem.

Material and methods

Design: cross-sectional descriptive study aimed at doctors who completed a self-administered, anonymous, questionnaire during March-April 2016.

Location and participants

100 doctors of primary attention of health management of the Campo de Gibraltar Area (Cádiz), selected by random layering of all physicians working in the centers of primary care in that Area.

Main measurements

The dependent variable has been "non-use of the protocols of the DCNO in adults" and the most important independent variables were socio-demographic and occupational physicians, as well as the reasons for non-implementation of the protocols. Data analysis: a descriptive analysis of the characteristics of the Group of doctors who do not use the protocols and the reasons given for this was carried out.

Results

36 percent of the doctors of AP says not to use protocols or treatment guidelines of the DCNO, of which 25% not known to exist and 33% don't know its contents, i.e. 58% of the doctors who do not use protocols argue lack of information or lack of knowledge, 36% claim to not have time in the consultation for the implementation of these protocols and less than 6% claim other causes ($p < 0,05$).

Conclusions

At least 21% of AP physicians do not use protocols or treatment guidelines of the DCNO through ignorance or lack of information, while 13% claim that they do not for lack of time.

Keywords:

pain, chronic, protocols, survey.

INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain define el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como causada por dicha lesión". Esta definición integra 2 componentes: uno sensorial y otro afectivo o reactivo, que modula el denominado sufrimiento asociado al dolor (1). Según datos de la encuesta europea "Pain in Europe" (2) el dolor crónico afecta al 11% de la población española (al menos al 20% de la población adulta) y sólo una pequeña proporción de estos enfermos recibe tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes afirma que el dolor es constante y una tercera parte refiere tener dolor diario durante todo el año. La gran mayoría de los pacientes que sufren dolor (73%) están siendo tratados por el médico de Atención Primaria o por el traumatólogo, y de ellos sólo el 63% sigue un tratamiento farmacológico para el dolor. Los médicos, en su mayoría, utilizan antiinflamatorios para tratar el dolor, sea de la intensidad que sea, no suelen emplear otros fármacos y, en general, utilizan muy poco los opiáceos mayores por temor a una posible dependencia o adicción del paciente.

El abordaje del estudio del dolor se realiza desde diferentes puntos de vista. Uno de ellos, el de los aspectos psicológicos relacionados con el dolor, explora los factores que influyen en el consumo de analgésicos, la recuperación del paciente y su satisfacción, y destaca por su especial implicación en la percepción del dolor el constructo de afrontamiento (3,4), la ansiedad (5), la depresión (6), el apoyo social (7-9), las relaciones paciente-terapeuta y determinados rasgos de personalidad (10).

El dolor es el síntoma más consultado en AP y probablemente en la medicina en general. El DCNO, entendido como "la enfermedad que ocurre cuando un dolor dura al menos 3 meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente", es una entidad nosológica de gran trascendencia por su alta prevalencia media, por ocasionar un importante trastorno en la calidad de vida del paciente y porque supone la movilización de amplios recursos económicos para el sistema sanitario.

El dolor es el tema de salud que más preocupa a los españoles y, con todo, los médicos identificamos múltiples deficiencias en su tratamiento. Muchos pacientes pasan de un especialista a otro sin obtener solución.

El dolor crónico afecta a la calidad de vida y las relaciones familiares. El 69% considera que afecta a su calidad de vida, para el 58% repercute en sus relaciones familiares, un tercio sufre depresión y el 55% necesita asistencia a causa de sus molestias. Asimismo, la mayoría tiene dificultades de sueño por culpa de su problema, de modo que el 44% necesita hipnóticos para dormir y el 43% se despierta cada noche unas tres veces.

El coste total de esta enfermedad para la sociedad es de un nivel similar al producido por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La magnitud epidémica del DCNO en términos de sufrimiento humano y costes económicos para la sociedad son bien conocidos en el campo de la Medicina del Dolor. Sin embargo, estos no son realmente valorados por la comunidad biomédica, los directores de la política social de las administraciones públicas y el público en general. El impacto de esta enfermedad no se debe de considerar únicamente desde un punto de vista económico, ya que el dolor crónico incide de una forma grave sobre la calidad de vida de millones de personas aquejadas de dolor, y que sin un tratamiento adecuado estas personas son incapaces, a menudo, de trabajar e incluso de desempeñar los más sencillos cometidos.

La mayoría de los médicos no estamos bien formados, recetamos medicación inapropiada, como antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos de baja incidencia en vez de aplicar analgésicos puros. Por ende, los primeros producen problemas gastrointestinales, hepáticos y renales mientras que los efectos de los opioides apenas es ninguno al respecto. Se podría, salvo en los casos difíciles, atajar el dolor casi inmediatamente en la AP. Es decir, persiste el recelo hacia los tratamientos efectivos (por asociación a la drogadicción -opiofobia-) y se subestima la incidencia del dolor pensando que el paciente miente o exagera, o simplemente el médico carece de la formación adecuada.

Existen múltiples protocolos y guías de actuación para el abordaje del tratamiento del DCNO.

El objetivo de este estudio es conocer la proporción de médicos de familia del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar que no utilizan ningún protocolo o guía de abordaje del DCNO y los motivos que aducen para ello. Los resultados permitirán profundizar en los motivos que los médicos de familia argumentan para no tomar esta enfermedad con la importancia que tiene y proyectar acciones para mitigar las causas que aducen los médicos de AP para un abordaje digno de la misma.

CONTENIDOS

Material y métodos

Diseño

Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta autoadministrada.

Definición de la población de estudio. Criterios de selección

Se incluyeron todos los médicos de Atención Primaria que trabajan en la atención de adultos de todos los Centros de Salud del Campo de Gibraltar ($n = 270$). Se excluyeron los Médicos eventuales que en el momento del estudio estaban en situación de Médico Interno Residente, pues el perfil clínico de estos profesionales, no les permite realizar el seguimiento clínico preciso de los pacientes con DCNO.

Tamaño muestral

Se estimó una muestra teórica con un alfa de 0,05 y una potencia estadística del 1-beta de 0,8 de 65 médicos. La muestra definitiva se compuso de 100 cuestionarios autoadministrados (suficientemente demostrativa de la población de estudio), seleccionados por estratificación aleatoria.

Recogida de datos

Se diseñó una encuesta de recogida de datos (cuestionario autoadministrado). Las variables recogidas se muestran en la **tabla 1**. El trabajo de campo se realizó en marzo y abril de 2016. Antes de aplicar el cuestionario se pilotó en 9 profesionales, posteriormente se envió una nota informativa a los equipos directivos de los centros y, 7 días después, previa autorización de la dirección del Área de Gestión, se remitió una carta de presentación junto al cuestionario a los profesionales de AP, utilizando los directores de los diferentes Centros de Salud, donde se explicaban las motivaciones de la encuesta.

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las principales variables del estudio mediante medidas de tendencia central (media y desviación estándar [DE] en variables de distribución normal y mediana y rango intercuartílico en las de distribución no normal) para variables cuantitativas, y análisis de frecuencias y porcentajes para las categóricas. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de asociación bivalente en función de distintas características de las diferentes

variables mediante pruebas de diferencias de medias (t de Student y ANOVA, Análisis de la varianza con un factor) y de proporciones (X^2). Todos los contrastes fueron bilaterales y se consideraron significativos aquellos con una $p \leq 0,05$. El análisis estadístico se efectuó con ayuda del paquete estadístico R®.

TABLA 1. Variables incluidas en el cuestionario autoadministrado

Variable dependiente:

Utilización de los protocolos farmacológicos del DCNO en adultos del AGCG.

Variables independientes:

Socio-demográficas:

Sexo (H / M).

Edad (< 30 / 30-34 / 35-39 / 40-44 / 45-49 / 50-54 / 55-59 / 60-64 / > 64).

Estado civil (soltero /casado o vive en pareja / viudo/ divorciado o separado).

Situación laboral (eventual / interino / propietario).

Nacionalidad (española / resto de la Comunidad Económica Europea / extra comunitario).

Laborales:

Formación vía MIR (sí / no).

Carga asistencial: media de pacientes atendidos en una semana por el facultativo por cualquier patología (< 20/ 20-79 / 80-169 / 170-229 / ≥ 230).

Carga asistencial media de pacientes atendidos en una semana cuyo motivo principal de consulta sea debido a DCNO (< 10 / 11-20 / 21-30 / > 30).

Tiempo asignado a cada paciente por agenda en minutos (< 5 / 5-9 / 10-14 / 15-19 / >19).

Personales:

Formación continuada: número de actividades de formación continuada realizadas en los últimos tres años (ninguna / menos de 3 / de 4 a 6 / más de 6).

Motivos de no utilización: esta variable se medirá mediante la selección de una opción de 6 posibles excluyentes entre sí (No A: desconozco la existencia de protocolos o guías para esta enfermedad / NoB: conozco su existencia pero no sus contenidos / NoC: discrepo con los contenidos y utilizo otro tipo de guías / NoD: discrepo con los contenidos y no utilizo ninguna guía / NoE: no tengo tiempo para utilizar guías o protocolos / NoF: no tengo interés en este área / NoG: otros).

TABLA 2. Resultados				
		Aplican Protocolos (%)	No aplican protocolos (%)	Total (%)
Sexo	- Hombre	58,82	41,17*	51
	- Mujer	69,38	30,61*	49
Edad	- 30-34	42,85	57,14*	7
	- 35-39	42,85	57,14*	7
	- 40-44	83,33	16,66*	12
	- 45-49	67,33	32,66	15
	- 50-54	69,23	30,76	14
	- 55-59	78,26	21,73*	23
	- 60-64	44,44	55,55*	9
Estado Civil	- Soltero	66,66	33,33	15
	- Casado o vive en pareja	62,33	37,66	77
	- Viudo	1	0	1
	- Divorciado o separado	6	1	7
Situación laboral	- Eventual	62,50	37,50	16
	- Interino	71,41	28,58	14
	- Propietario	66,66	33,33	69
Nacionalidad	- Española	64	36	100
	- Resto de la Comunidad Europea			0
	- Extracomunitario			0
Formación vía MIR	- Sí	60,41	39,58	48
	- No	67,30	32,69	52
Carga asistencial	·Media de pacientes atendidos en una semana por el facultativo por cualquier patología			
	- < 20	100	0	1
	- 20-79	40,00	60,00	5
	- 80-169	53,33	46,66	15
	- 170-229	65,71	34,28	35
	- > 229	67,44	32,55	43
	·Media de pacientes atendidos en una semana cuyo motivo principal de consulta sea debido a DCNO			
	- < 11	50,00	50,00	8
	- 11-20	61,29	38,70	31
	- 21-30	54,54	45,45	22
	- > 30	76,31	23,68*	38
	Tiempo asignado a cada paciente por agenda en minutos			
	- < 5	66,66	33,33	48
	- 5-9	59,61	40,38	50
	- 10-14	1	0	1
	- 15-19	0	0	0
	- > 19	0	1	1
Número de actividades de formación continuada realizadas en los últimos tres años	- Ninguna	0	0	0
	- Menos de 3	47,37	52,62*	19
	- De 4 a 6	65,00	35,00	20
	- Más de 6	68,85	31,14	61
Motivos de no utilización	- No A: desconozco la existencia de protocolos o guías para esta enfermedad		25,00	9
	- NoB: conozco su existencia pero no sus contenidos		33,33	12
	NoA + NoB		58,33	21
	- NoC: discrepo con los contenidos y utilizo otro tipo de guías		2,78	1
	- NoD: discrepo con los contenidos y no utilizo ninguna guía		0	0
	- NoE: no tengo tiempo para utilizar guías o protocolos		36,11	13
	- NoF: no interés en este área		0	0
	- Otros		2,78	1
	Total			36
UGC	- Algeciras Centro	57,14	42,86	14
	- Algeciras Norte	70,00	30,00	10
	- Levante	62,50	37,50	8
	- Los Barrios	80,00	20,00	10
	- Poniente	44,44	55,55*	9
	- Saladillo	41,17	58,83*	17
	- San Roque	92,22	7,78	13
	- Tarifa	54,54	45,45*	11
	- Velada	87,50	12,50	8
	* p < 0,05			

RESULTADOS

La muestra definitiva ha estado formada por 100 médicos, con una edad media de 49 años (DE = 9 años), 51% de hombres y 49% de mujeres.

El 36% de los médicos no usan protocolos ni guías de tratamiento del DCNO.

El 21% de los encuestados no utilizan los protocolos porque desconocen su existencia y/o no conocen sus contenidos (el 58,33% de los que no los utilizan), el 13% refieren no tener tiempo para su aplicación (36,11% de los que no los utilizan) y el 2% aducen otras causas (el 5,55% de los que no los utilizan) (tabla 2).

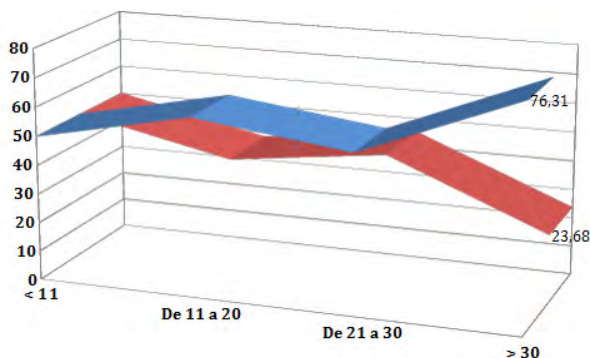
Algunos comportamientos de los médicos varían según su edad y sexo. Las profesionales mujeres afirman que utilizan los protocolos con más frecuencia que los hombres, de modo que el 41,17% de los hombres no usan protocolos mientras que las mujeres que no los usan son un 30,62% ($p < 0,05$) (tabla 2).

En cuanto a la edad (tabla 2), podemos contemplar cinco grupos de edad con diferencias significativas de modo que los grupos de entre 30 y 34 años, de entre 35 y 39 años y de entre 60 y 64 años refieren no utilizar los protocolos más del 55% de los médicos de esas edades ($p < 0,05\%$), mientras que los grupos de edad de entre 40 y 44 años y de entre 55 y 59 años afirman no aplicar los protocolos por debajo del 22% de los médicos de esa edad. El resto de datos sociodemográficos no ofrecen diferencias significativas.

En cuanto a los datos laborales no encontramos diferencias significativas entre las diferentes variables.

Aparecen diferencias significativas en el grupo cuya carga asistencial es de más de 30 de pacientes con DCNO a la semana que refieren no utilizar los protocolos el 23,68% de los médicos de este grupo ($p < 0,05$) (figura 1).

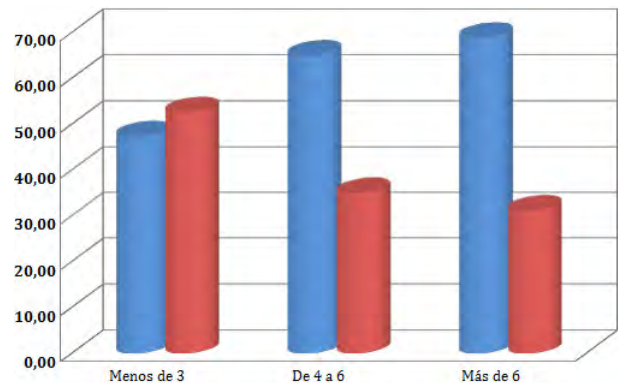
Figura 1. Distribución según media de pacientes con Dolor Crónico NO Oncológico por semana



Sí que encontramos diferencias significativas en la variable de formación continuada, de modo que

utilizan los protocolos con menos frecuencia los médicos que menos actividades de formación continuada refieren realizar (figura 2). De los que dicen hacer más de 6 actividades al año, el 21,15% no aplica protocolos, mientras que de los que dicen hacer 6 o menos actividades de formación al año el 43,58% no aplica los protocolos ($p < 0,05$).

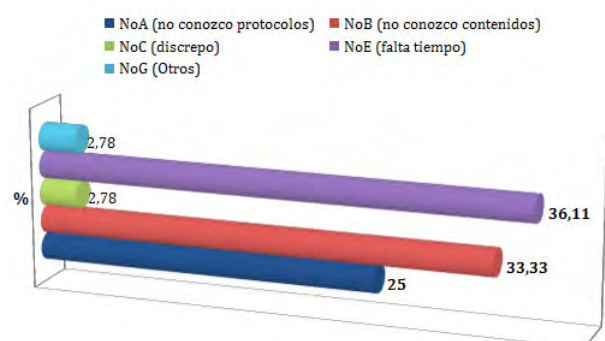
Figura 2. Distribución según media de actividades de formación continuada en los últimos 3 años



Las diferencias de tiempo de consulta entre los diferentes médicos y unidades de gestión clínica son mínimas, por lo que no tiene sentido analizar esta variable (el 98% de los médicos afirman tener un tiempo asignado a cada paciente por agenda inferior a los 10 minutos, más específicamente alrededor de los 5 minutos; recordemos que el 36% de los médicos que no aplican protocolos de DCNO aducen este motivo, la falta de tiempo).

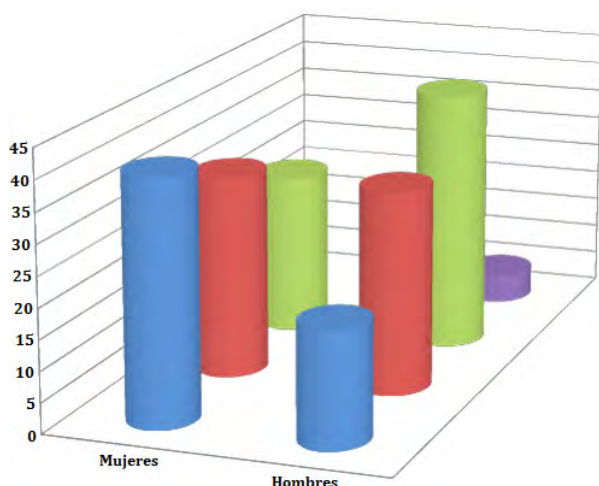
En cuanto a los motivos que aducen los médicos por los cuales no utilizan los protocolos el 36,11% dicen no tener tiempo para aplicarlos, el 33,33% afirman que no conocen sus contenidos, el 25% argumentan que no conocen protocolos o guías sobre DCNO y un 5,56% aducen otros motivos. Es decir, un 58,33% de los médicos que no usan protocolos afirman que los motivos son desconocimiento o falta de información (figura 3).

Figura 3. Motivos de NO uso de protocolos



Los hombres aducen que no utilizan los protocolos por falta de tiempo con mayor frecuencia que las mujeres, el 42,85% de hombres por el 26,66% de mujeres ($p < 0,05$). Las mujeres aducen que no utilizan los protocolos por desconocimiento con mayor frecuencia que los hombres, el 66,66% de mujeres por el 52,38% de hombres ($p < 0,05$) (**figura 4**).

Figura 4. Distribución de los motivos de NO aplicación por sexo



El resto de las variables estudiadas no han ofrecido diferencias significativas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Las limitaciones de este estudio se centran básicamente en que se trata de un estudio transversal que nos sirve para conocer la prevalencia de facultativos que no aplican los protocolos y las causas de dicha no aplicación, sin poder hacer valoraciones sobre la proporción de pacientes que sufren DCNO y, de éstos, quiénes se consideran mal o bien tratados.

Tanto los hallazgos en investigaciones previas y los resultados de este estudio señalan la problemática del infradiagnóstico y el infratratamiento del dolor crónico de naturaleza multifactorial.

Los principales problemas son la falta de evaluación sistemática y adecuada del dolor por parte de los profesionales, las reticencias derivadas de la falta de formación y de información, que aducen en mayor proporción las mujeres, y la falta de tiempo en consulta para su abordaje, que argumentan en mayor proporción los hombres.

Encontramos que la proporción de mujeres que no utilizan los protocolos es menor que la de los hombres, pero no obstante son más del 32% de las mujeres médico las que no usan protocolos y su mayoría por falta de información o desconocimiento (un 73,33%), mientras que en los hombres las diferencias no son significativas entre los que aducen desconocimiento o falta de información y los que aducen falta de tiempo; en definitiva, a efectos prácticos cerca de un 60% de los médicos aducen desconocimiento como motivo de la no aplicación de los protocolos o guías en el abordaje del DCNO, mientras que el 40% restante está representado casi en su totalidad por los médicos que argumentan no tener tiempo suficiente en consulta para la aplicación de estas guías.

La proporción de médicos mayores de 59 años y menores de 40 años que no utilizan los protocolos es mayor que la de los otros grupos de edad (entre 40 y 59 años), los primeros probablemente por la tan traída "inercia clínica" y los segundos probablemente porque en proporción son más eventuales y por tanto con menos oportunidades de interesarse por las enfermedades crónicas que necesitan un seguimiento del que no se ven capaces de realizar por la provisionalidad en sus puestos de trabajo; sin embargo esto último se descarta totalmente al hacer los estadísticos cruzados, de modo que los eventuales menores de 40 años que no utilizan los protocolos son el 33,33% y los interinos menores de 40 años que no utilizan los protocolos son el 23,07%, luego ser eventual no influye a la hora de usar o no los protocolos y ser interino, sí que influye, pero de forma positiva ($p < 0,05$), es decir, que los interinos afirman que utilizan los protocolos en mayor proporción que los eventuales y propietarios de ese mismo grupo de edad; también de estos estadísticos cruzados se desprende que los eventuales e interinos son más mujeres (62,5% y 76,9%, respectivamente) que hombres ($p < 0,05$) y, como ya sabemos, las mujeres utilizan los protocolos más que los hombres.

Los menores de 40 años son profesionales mujeres (78,58%) y eventuales (78,58%), siendo el resto de los estadísticos no significativos por lo que con este estudio no podemos conocer ni tan siquiera suponer la causa por la cual los menores de 40 años utilizan menos los protocolos de tratamiento del DCNO.

Los médicos que refieren tener más consultas de DCNO a la semana son los que en menor proporción no utilizan los protocolos, es decir, son los que en mayor proporción utilizan los protocolos de tratamiento del DCNO, lo cual es totalmente lógico puesto que los profesionales que mejor conocen una enfermedad son los que más la diagnostican y asimismo los que mejor la abordan terapéuticamente.

El que los médicos que menos actividades de formación hacen sean los que en mayor proporción no utilicen los protocolos es totalmente lógico puesto que se entiende que son profesionales menos motivados y menos formados.

Tanto los profesionales hombres como las profesionales mujeres afirman que necesitan más formación en esta área y más tiempo de consulta.

Conclusiones

Existen Guías de Práctica Clínica (GPC) que los médicos no conocen, en consecuencia, la solución habrá de pasar por informar sobre la existencia de las diferentes GPC y facilitarles el acceso a su contenido.

El sanitario conoce la GPC, pero no aplica sus recomendaciones. Esta hipótesis es la más preocupante. Sabemos que desde que la comunidad científica adquiere un nuevo conocimiento hasta que lo traslada primero a las guías, y más tarde a la práctica, pueden pasar entre cinco y diez años (11). El médico se arma de excusas, basadas por lo general en «soft reasons o razones inconsistentes», para no actuar o para diferir la intervención (12). En medicina se entiende por «inercia clínica» no iniciar o intensificar una terapia médica que está clínicamente indicada y de la que se conoce su efectividad para abordar un problema de salud crónico insuficientemente controlado (13-15). La resistencia a la aplicación de las GPC tiene muchas causas posibles. Si bien aún no se conocen todos los factores que condicionan la inercia clínica, se señalan tres grupos importantes: los relacionados con el profesional, con el paciente y su patología, y con la organización. En este estudio se señalan algunos de los factores relacionados con el médico de Atención Primaria y/o la organización en concordancia con resultados de estudios previos para esta u otras patologías crónicas (15, 16, 17, 18, 19):

Ignorancia de los objetivos terapéuticos que se deben alcanzar por el desconocimiento de las GPC.

Desconfianza en las GPC cuando se consideran más una orientación en la práctica clínica que verdaderos mandatos de intervención. Los profesionales que priman la experiencia clínica y la valoración individual ante las recomendaciones de las GPC.

Tipo de ejercicio profesional. La inercia podría ser más acusada en Atención Primaria que en atención especializada ya que aborda un rango más extenso de patología, y dedica una mayor atención a unos determinados problemas, obviando otros.

Grado de satisfacción o de conformidad con los resultados clínicos obtenidos por el paciente.

Sobrestimación del profesional de la eficacia de las medidas terapéuticas ya instauradas.

Utilización de razones blandas o inconsistentes, a modo de excusas, para evitar la intervención, como la sobrestimación del incumplimiento futuro o el uso de criterios de la experiencia para detectar qué pacientes se beneficiarán más de la intervención.

Tiempo dedicado en consulta. A menor tiempo por consulta, mayor grado de inercia clínica. Esto se ha detectado en estudios hechos en Atención Primaria; sin embargo, en otros realizados en atención especializada, donde el tiempo medio por consulta era de 30 minutos, no se observó dicha relación.

Falta de reconocimiento profesional. El médico que ve premiado su esfuerzo por alcanzar objetivos con sus pacientes con incentivos profesionales o económicos se esforzará, por lo que será más difícil que caiga en la inercia clínica.

Retroalimentación adecuada, con información sobre sus pacientes y la consecución de objetivos. Esta tiene un efecto positivo en minimizar la inercia clínica.

Falta de trabajo en equipo. Si las decisiones clínicas se toman en grupo, hay mayor tendencia a aplicar la evidencia disponible y las GPC y a evitar la subjetividad de la toma de decisiones por un único profesional.

Frecuencias de las visitas. Los problemas de agenda pueden limitar al profesional a la hora de tomar decisiones clínicas que requerirían un seguimiento cercano en el tiempo.

Propuestas para modificar la inercia clínica y fomentar el uso de las GPC paciente con DCNO

Aumentar el conocimiento del problema de la inercia clínica, para que los médicos sean conscientes del riesgo de estar bajo su influencia.

Difundir el contenido de las GPC e insistir en la necesidad de adecuar la actuación del profesional a sus recomendaciones.

Aumentar la retroalimentación del profesional. Es importante que el médico conozca los resultados obtenidos en sus pacientes en cuanto al grado de control de las patologías, según los criterios de las guías, y que los compare con los resultados alcanzados por otros profesionales (14).

Crear sistemas de reconocimiento profesional o incentivos, probablemente no solo económicos, ligados a la obtención de resultados en salud y no de actividad sanitaria.

Aumentar el tiempo por consulta en Atención Primaria, pues se ha demostrado que cuanto menos tiempo de consulta se dispone, mayor es el grado de inercia clínica.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Discussion

Limitations of this study are basically focused on it is a cross-sectional survey that helps us to know the prevalence of physicians that do not apply the protocols and the causes of such non-application, unable to do appraisals on the proportion of patients suffering DCNO and, of these, who are considered bad either treated.

Both previous research findings and the results of this study point to the problems of the under-diagnosis and the undertreatment of chronic pain of multifactorial nature.

The main problems are the lack of adequate and systematic pain assessment by professionals, the reserves arising from the lack of training and information, given in a higher proportion of women, and the lack of time in consultation to its approach, that argue in a greater proportion of men.

We find that the proportion of women who do not use the protocols is lower than that of men, but however are more than 32% of the women health which do not use protocols and mostly due to lack of information or lack of knowledge (73,33%), while in men the differences are not significant between those who claim ignorance or lack of information and those who argue lack of time; in short for all practical purposes nearly 60% of physicians claim ignorance as a reason for the non-application of the protocols or guides in the approach to the DCNO, while the remaining 40% is represented almost in its entirety by the doctors who argue not having time in consultation for the implementation of these guidelines.

The proportion of physicians over 59 years of age and under age 40 that does not use the protocols is greater than the of the other age groups (between 40 and 59 years), the first probably by so brought "clinical inertia" and the second probably because in proportion are more casual and therefore with less chance of being interested in chronic diseases who need a follow-up which are not capable of performing by the provisional in their jobs; However this last is ruled out completely to make statistical Crusader, so any under age 40 that does not use the protocols are 33,33% and the pro tempore under age 40 that does not use the protocols are 23.07%, then be possible has no influence when it comes to using or not the protocols

and be acting, that it influences, but positively ($p < 0,05$), i.e., that the interim claim that they use the protocols in greater proportion than the eventual and owners of this same age group; also these statistical cross shows that possible and acting are more women (62.5% and 76.9%, respectively) than men ($p < 0,05$) and, as we all know, women use the protocols rather than men.

The under 40 are professional women (78.58%) and any (78.58%), being the rest of the non-significant statistical so with this study we cannot know or even assume the cause why 40-year-old children used less the DCNO treatment protocols.

Doctors referring to having more DCNO queries a week are that to a lesser extent not used protocols, i.e., those higher using the DCNO treatment protocols, which is entirely logical since professionals who know best a disease are more usually diagnosed it and also that better address it therapeutically.

Which physicians making less training activities are in greater proportion not used protocols is entirely logical since it is understood that they are less motivated and less trained professionals.

Both the professional men and women professionals claim that they need more training in this area and more time for consultation.

Conclusions

There are practice clinical guidelines (CPG) that doctors do not know, therefore, the solution will have to pass for reporting on the existence of the different CPG and easily access to your content.

He health meet the GPC, but not applied its recommendations. This hypothesis is the most worrying. We know that since the scientific community acquires new knowledge until he moved first to the guides, and later to practice, it can take between five and ten years (11). The doctor is assembled of excuses, usually based on «soft reasons or inconsistent reasons», for failing to act or to defer the intervention (12). In medicine 'clinical inertia' means not to initiate or intensify medical treatment that is clinically indicated and that its effectiveness is known to address a chronic health problem insufficiently controlled

(13-15). Resistance to the implementation of the CPG has many possible causes. While all the factors that influence the clinical inertia, listed three major groups are not yet known: those related with professional, patient and its pathology, and with the organization. This study identifies some of the factors related to primary care physician and/or the organization consistent with findings from previous studies for this or other chronic diseases (15, 16, 17, 18, 19):

Ignorance of therapeutic targets to be achieved by the ignorance of the GPC.

Mistrust in the GPC when considering more guidance in clinical practice than real mandates of intervention. The professionals that emphasize clinical experience and the individual assessment before the recommendations of the GPC.

Type of professional practice. Inertia could be more accused in primary care to specialty care as it approaches a vaster range of Pathology, and devotes more attention to certain problems, ignoring others.

Degree of satisfaction or in accordance with the clinical results obtained by the patient.

Overestimation of the efficacy of the therapeutic measures already established professional.

Use of soft or inconsistent, by way of excuses reasons for intervention, such as the overestimation of future non-compliance or the use of criteria of experience to detect which patients will benefit more than the intervention.

Time spent in consultation. To less time per query, higher degree of clinical inertia. This has been detected in studies done in primary care; However, in other made in specialized care, where the average consultation time was 30 minutes, no such relationship was observed.

Lack of professional recognition. The doctor who sees awarded its effort to achieve objectives

with their patients with commercial or economic incentives will endeavor, so it will be more difficult to falling in the clinical inertia.

Appropriate feedback, with information about their patients and the achievement of objectives. This has a positive effect on the clinical inertia.

Lack of teamwork. If clinical decisions are made in the group, there are greater tendency to apply the available evidence and the GPC and to avoid the subjectivity of decision-making by a single professional.

Frequency of visits. Agenda issues may limit the professional when making clinical decisions that require close monitoring in time.

Proposals to modify the clinical inertia and encourage the use of the patient GPC with pain chronic No cáncer

Increase awareness of the problem of clinical inertia, so doctors are aware of the risk of being under its influence.

Disseminate the content of the GPC and insisting on the need to adapt the professional activity to its recommendations.

Increase the professional feedback. It is important for the doctor to know the results in their patients in terms of the degree of control of diseases, according to the criteria of the guidelines, and to compare them with the results achieved by other professionals (14).

Create systems of professional recognition or incentives, probably not only economic, linked to obtaining results in health, not health activity.

Increase the time for consultation in primary care, because it has been shown that less consultation time is available, the greater the degree of clinical inertia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los integrantes del Equipo Directivo del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar que se han enfrascado en la aventura del reparto de encuestas, en especial a Félix Hurtado y Paco Aguilar, y a Teresa Ledesma, adjunta de enfermería de la Unidad de Gestión Clínica Poniente de La Línea de La Concepción, que se han encargado de la recogida de las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aliaga A, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A, coordinadores. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Editorial MRC; 1995.
2. Fricker J. Pain in Europe. A Report. Cambridge, England: Mundipharma International Ltd.; 2003. Disponible en: http://www.painineurope.com/user_site/index.cfm?item_id=4405413.
3. Tunks E, Bellissimo A. Coping with the coping concept: a brief comment. *Pain*. 1988;34:171-4.
4. Weir R, Browne G, Roberts J, Tunks E, Gafni A. The meaning of illness questionnaire: further evidence for its reliability and validity. *Pain*. 1994;58:377-86.
5. McCracken LM, Faber SD, Janeck AS. Pain related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behav Res Ther*. 1998;36:621-30.
6. Vines SW, Gupta S, Whiteside T, Dostal-Johnson D, Hummler-Davis A. The relationship between chronic pain, immune function, depression and health behaviors. *Biol Res Nurs*. 2003;5: 18-29.
7. Brown GK, Nicasio PM, Wallston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:652-7.
8. Turk DC, Feldman CS. Non invasive approaches to pain control in terminal illness: the contribution of psychological variables. *Hosp J*. 1992;8:1-23.
9. Dobratz MC. Analysis of variables that impact psychological adaptation in home hospice patients. *Hosp J*. 1995;10:75-88.
10. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Coping with chronic pain: the role of assessment variables and coping strategies for the prediction of anxiety and depression in a sample of patients with chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:8-16.
11. Phillips LS, Twombly JG. It's time to overcome clinical inertia [editorial]. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 783-5.
12. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 413-20.
13. Blanco FJ, Hernández A, Trigueros JA, Gimeno A, Fernández L, Benito MA, et al. Guía práctica clínica en artrosis de rodilla. Madrid: Instituto UPSA del Dolor; 2003.
14. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001; 135(9): 825-34.
15. Eisenberg JM. Doctor's decisions and the cost of medical care. The reasons for doctors' practice and ways to change them. *Ann Arbor, MI: Health Administration Pr*; 1986: 36.
16. O'Connor P, Sperl-Hillen J, Johnson P, Rush W, Biltz G. Clinical inertia and outpatient medical errors. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, DI L, editores. *Advances in patient safety: from Research to Implementation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2005: 17.
17. Arday DR, Fleming BB, Keller DK, Pendergrass PW, Vaughn RJ, Turpin JM, et al. Variation in diabetes care among states: do patient characteristics matter? *Diabetes Care*. 2002; 25: 2230-7.
18. Grant R, Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Soumerai SB, et al. Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care*. 2007; 30: 807-12.
19. Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: the case of elevated glycosylated hemoglobin. *Ann Fam Med*. 2007; 5: 196-201.

El virus de la gripe. Prevencción, promoción y vacunación

Resumen

Hay tres variedades de virus A, B y C, siendo la causante de epidemias y más virulenta la gripe A y mutaciones en sus proteínas; ha sido la causante de las pandemias del siglo XX causando millones de muertes en el mundo, como la gripe española, aviar y porcina. Por el contrario, las variedades B y C no son tan conflictivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus colaboradores están vigilantes ante la próxima pandemia de gripe que se puede desatar, no se puede predecir cuando ni donde va a suceder, para ello están estudiando protocolos y planes de actuación. En España ya se ha constituido el Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe.

La gripe cursa con los síntomas que todos conocemos como dolor de cabeza, mal estar, fiebre, tos y otros síntomas, que unido a otras patologías puede llevar a complicaciones graves en población de riesgo.

Este virus es difícil de controlar por su fácil propagación y su contagio que se produce un día antes del inicio de los síntomas y finaliza de 5 a 7 días después, con un tratamiento sintomático.

La mejor arma para prevenir la gripe es extremar la higiene de las manos, ventilar la casa, una vida sana y la vacunación está recomendada a toda la población salvo

Palabras clave:

gripe, virus, mutación, vacunación.

a los niños menores de seis meses o que estén enfermos en el momento de la vacunación y a las personas alérgicas al huevo y sus proteínas.

The Flu Virus. Prevention, Promotion and Vaccination

Summary

There are three flu varieties: A, B and C. The most virulent is influenza A, it has been the cause of pandemics in the twentieth century, causing millions of deaths in the World (Spanish, avian and Swine flu) Types B and C generally cause less severe reactions.

It cannot be predicted when or where the next flu pandemic will be unleashed, therefore new protocols and action plans are being developed by the World Health Organization (WHO) and its partners. As a result, Spain has created the National Executive Committee for the prevention, control and follow up of the influenza's virus epidemiological evolution.

Everyone is familiar with the symptoms: headache, feeling unwell, fever, coughs among others. This in combination with other pathologies can lead to serious complications in at risk populations.

It is a very difficult to control virus, that spreads easily. It can be transmitted before symptoms appeared until five to seven days after. Only the symptoms can be treated.

The best weapons against it are good hand hygiene, maintaining a healthy lifestyle and ventilate the house. Flu jab is widely recommended to everyone, except babies under six months, anyone unwell at the time or people allergic to eggs and their proteins.

Keywords:

flu, virus, mutation, vaccination.

AUTORES

Vanesa Gallardo Muñiz. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario Central de Asturias.

María Cristina Riera Zapico. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario Central de Asturias.

Andrea García Flórez. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario Central de Asturias.

María Álvarez Corral. Diplomada universitaria en enfermería en el Princess Anne Hospital de Southampton Inglaterra.

AUTOR PRINCIPAL

Vanesa Gallardo Muñiz

Este trabajo ha participado en las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y educación, celebrada del 17/10/2016 al 30/11/2016 en modalidad virtual en la categoría de poster, siendo aceptado por el comité evaluador.

INTRODUCCIÓN

La Gripe es el nombre de un conjunto de síntomas clínicos causados por el virus de la gripe, siendo una enfermedad de las vías respiratorias superiores e inferiores. Las personas están familiarizadas con los síntomas fiebre repentina, escalofríos, dolor de cabeza, debilidad, malestar general, dolores varios y pérdida de apetito. La fiebre suele durar unos pocos días en adultos, acompañada de dolor de garganta y



Imagen 1

tos, dolor al mover los ojos, nariz moqueante. Para paliar estos síntomas tenemos medicación como paracetamol o ibuprofeno. La gripe tiene un contagio muy elevado y por ello su prevención es complicada y la mejor manera de luchar frente a este virus es la vacunación.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

- Definir el Virus de la Gripe. Concepto y variaciones.
- Definir sus síntomas.
- Definir Contagio, causas y complicaciones de la gripe.
- Identificar la Prevención de la gripe.
- Promover la prevención: su vacunación.

CONTENIDOS

El Virus de la Gripe. Concepto y variaciones

Los virus de la gripe pertenecen a la familia de los Orthomyxoviridae. Existen tres tipos de virus gripales: A, B y C. Los más importantes son los tipos A y B, ya que el C no produce epidemias y sólo provoca infecciones sin síntomas o con cuadros clínicos poco importantes.

El virus A es el principal causante de las epidemias que se producen cada año y mientras que el virus B se presenta casi siempre en brotes más focalizados. Los virus tipo A se dividen en dos basándose en dos proteínas llamadas antígenos de superficie del virus. Estas proteínas se denominan hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) y forman los ramos que se insertan en la envoltura del virus.

Gripe A

Diferencias entre los síntomas de la gripe estacionaria y la gripe A

Síntomas	Gripe estacionaria	Gripe A
Fiebre	No llega a 39°	Inicio súbito a 39°
Dolor de cabeza	De menor intensidad	Intenso
Escalofríos	Esporádico	Frecuentes
Cansancio	Moderado	Extremo
Dolor de garganta	Pronunciado	Leve
Tos	Menos intensa	Seca continua
Moqueo	Fuerte y con congestión nasal	Poco común
Dolores musculares	Moderado	Intenso
Ardor de ojos	Leve	Intenso

Imagen 2

Los virus gripales B y C presentan menor de variación y no tienen denominaciones de subtipo. Los 2 subtipos más comunes de virus A que hay actualidad entre humanos.

Variaciones en el virus de la gripe

La capacidad de los virus de la gripe para producir epidemias es debida a su facilidad para sufrir variaciones en las proteínas H y N. Estas variaciones pueden ser de dos tipos:

- Deriva antigénica: son pequeñas mutaciones puntuales en los genes que codifican las proteínas H y N. Afectan a los virus gripales A y B, siendo la razón principal de que las personas puedan contraer la gripe más de una vez en la vida ya que los anticuerpos generados en una infección anterior no sirven para la próxima por sus mutaciones y por este motivo hay que hacer revacunaciones anuales de estas cepas.
- Cambios antigénicos: se entiende como la aparición entre la población humana de un nuevo virus gripal que tiene una o más mutaciones en las proteínas H y N diferentes de los virus que han estado circulando los años anteriores. En determinadas circunstancias puede haber un intercambio genético entre los virus humanos y animales, que puede hacer que estos nuevos virus se puedan propagar de una persona a otra. Estas situaciones pueden dar lugar a las pandemias.

En el siglo XX ha habido tres grandes pandemias gripales, todas ellas causadas por virus gripales del tipo A:

- **La Gripe Española** pero la verdadera onda epidémica, la más mortífera, fue la del otoño de 1918. El virus de la gripe, mutado y extremadamente virulento, se propago por Europa, por el norte y sur de América, África, Asia y Oceanía, causando millones de muertes en todo el continente, la gran mayoría a lo largo de octubre de 1918. La cifra de fallecidos es realmente complicado, ya que las tasas de mortalidad por la gripe y sus complicaciones respiratorias fueron diversas según las regiones o país.

Hay que aceptar que se contagió del 50% al 55% de la población mundial y que el número de fallecidos fue diferente según países y regiones: en Europa la tasa de mortalidad ronda el 0,5%, al 1%; en África hay tasas de mortandad oscila entre el 3% y 5%; en islas del Pacífico, como Samoa, se han estimado una tasa de mortalidad del 23%, y en algunas localidades aisladas de Alaska y Canadá, murió casi el 100% de su población.

La primera estimación mundial la llevo a cabo Jordán en 1927, obteniendo 21,5 millones de muertos en el mundo. Cálculos más fiables son los de Patterson y Pyle, sitúan el número de muertes entre 24,7 y 39,3 millones de personas.

- **La gripe aviar o asiática** pandemia de 1957 Se inició en China, febrero de 1957 y en pocos meses se propago por el continente asiático, Los virus de la gripe aviar infectan a las aves, incluyendo a los pollos, otras aves de corral y las aves salvajes, tales como los patos. La mayoría de los virus de la gripe aviar sólo puede infectar a otras aves, causada por un virus que se relaciona con el que ocasionó la gripe española, apareció en Hong Kong en 1957 y se ha extendido, por Asia, África y Europa con rapidez, se cree que se propago por el tráfico marítimo, las ciudades portuarias fueron las primeras en sufrirla, afectando de forma más severa a niños, escolares, adolescentes y adultos jóvenes, coincidiendo su propagación con el inicio del curso escolar, en los meses de septiembre y octubre. También en este brote pudo observarse una segunda ola epidémica. A finales de 1957 y principio de 1958, observándose en algunos países una mayor actividad de esta segunda ola. La infección en humanos aún es muy rara, pero el virus que causa la infección en las aves puede cambiar o mutar y propagar un virus similar a la gripe española, para infectar a los seres humanos con más facilidad. Casi todos los casos sufridos en humanos se han concentrado en Indonesia, Vietnam y Egipto, confirmando un total de casi 400 enfermos que han presentado una tasa de mortalidad del 63,5%. Durante un brote de gripe

aviar, las personas que tienen contacto con aves infectadas es posible que se contagien mediante el consumo de aves de corral o huevos que no estén bien cocidos o por contacto con una persona ya contagiada.

- **La gripe porcina** la gran mayoría de los virus de la gripe porcina no provoca enfermedad humana y es de tipo animal. Sin embargo, en algunos países se ha notificado casos de infección humana por estos virus. La mayoría de las infecciones humanas han sido leves y los virus no se han transmitido de persona a persona. Este virus, fue el causante de la pandemia de gripe de 2009-2010, de origen porcino, y es un ejemplo de virus porcino capaz de propagarse con facilidad de una persona a otra y de propagar la enfermedad.

Los cerdos pueden infectarse con virus gripales de diferentes huéspedes, como las aves o el ser humano, pueden facilitar la mutación del virus de la gripe. Ese nuevo virus puede transmitirse con mayor facilidad de una persona a otra o infectar a las personas con una enfermedad más grave. La OMS y sus asociados del sector de la salud animal están colaborando para identificar y reducir los riesgos para la salud pública y la salud animal en los diferentes contextos nacionales.

Los historiadores de la medicina han estudiado unas 30 epidemias y pandemias de gripe en la Edad Moderna, diagnosticadas como “catarrhus epidemicus”, “toses epidémicas”, “epidemia de catarros” hasta que, a mediados del siglo XVIII, se empiezan a utilizar los términos “gripe”. A diferencia de las gripes estacionales que transcurre en invierno, estas pandemias, son muy virulentas, sus periodicidades oscilan entre los 11 y los 25 años. Estos ciclos se relacionan con todo tipo de circunstancias, incluso astronómicas.

A lo largo de la historia, las grandes pandemias de otras enfermedades, no se han repetido siempre en las mismas condiciones, ni patrones de virulencia, ni su distribución, aunque presentado muchos elementos comunes. La pandemia gripal que viene podría ser como la gripe española, pero también como la gripe italiana, la gripe asiática o la gripe rusa, que causaron una gran alarma social, pero presentaron una mortalidad mucho más reducida. En este artículo tratamos la Gripe, con tres variedades A, B y C, la causante de epidemias y más virulenta es la gripe A.

Las características comunes de las principales pandemias gripales descritas son:

- Aparición de un virus gripal tipo A “nuevo o diferente”.
- Elevado número de personas en el mundo desprotegidas ante este virus.
- Gran capacidad del virus “nuevo” para propagarse.

En la actualidad no es posible saber cuándo se producirá la próxima pandemia, dónde se originará y cuál será el subtipo de virus que la desarrolle, lo que imposibilita tener una vacuna para poder prevenir esta pandemia.

Siguiendo las pautas de la Organización Mundial de la Salud; España y la mayoría de los países desarrollados, han creado planes nacionales de actuación ante una posible pandemia de gripe, y desde la Unión Europea se ha llevado a cabo un Plan Comunitario para coordinar las actuaciones entre los países. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha hecho este Plan Comunitario y forma parte del Comité y de los grupos de trabajo que están realizando el seguimiento. En España ya se ha constituido el Comité Ejecutivo Nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe. Está formado por todos los Ministerios implicados y presidido por la Ministra de Sanidad y Consumo.

Las medidas que habrá que tomar si llegara a desarrollarse una pandemia de gripe son de diferentes tipos y es fundamental la actuación coordinada de todos los Ministerios implicados.

Síntomas

La gripe es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por un virus. Este virus puede causar una enfermedad leve o grave y en ocasiones puede llevar a la muerte. La gripe es diferente al resfriado.

La gripe cursa con:

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Tos.
- Dolor de garganta.
- Mucosidad nasal, rinorrea.
- Dolores musculares y corporales: Artralgias.
- Dolores de cabeza.
- Decaimiento general.
- Astenia.
- Algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque es más común en los niños.

Contagio, causas y complicaciones de la gripe

Los virus gripales pueden entrar al organismo a través de las mucosas de las vías respiratorias, de la mucosa oral o de las conjuntivas. Los mecanismos de transmisión del virus de la gripe son: contacto directo con un enfermo o material contaminado o por vía aérea, mediante gotas respiratorias liberadas al toser o estornudar.

La propagación del virus de la gripe se produce un día antes del inicio de los síntomas y finaliza de 5 a 7 días después. En el caso de los niños, éstos pueden transmitirlo pasados los siete días de enfermedad. No todas las personas que tengan contacto con el virus se infectarán, aunque pueden servir de transmisor. De esta forma, la gripe se extiende de forma muy rápida, siendo complicado controlar su propagación con las medidas aislamiento de los enfermos.

El virus de la gripe inicialmente se une a las células de la mucosa de las vías respiratorias superiores y las destruye, franqueando así la primera defensa del sistema respiratorio y después alcanzar las vías respiratorias inferiores provocando una descamación grave del epitelio bronquial o alveolar, daña las defensas naturales de las vías respiratorias, facilita la adherencia de las bacterias a las células epiteliales, resultando una infección bacteriana secundaria, que puede desencadenar en una neumonía. La mayoría de las personas que contraen la gripe se recuperarán en poco tiempo que puede ser desde un par de días hasta dos semanas, pero algunas personas pueden desarrollar complicaciones. Hay mucha variedad de complicaciones debidas a una infección por el virus de la gripe en las vías respiratorias superiores y en las vías respiratorias inferiores. Pese a que cualquier persona puede contraer la gripe y enfermar de gravedad, algunas personas tienen más propensión a contraer enfermedades graves causadas por esta infección. Los niños pequeños, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas y personas con ciertas enfermedades crónicas se encuentran entre los grupos de alto riesgo, posiblemente tengan que ser hospitalizados e incluso mueran. Las personas con enfermedades pulmonares crónicas corren mayor riesgo de sufrir neumonía. Las infecciones sinusales y del oído son complicaciones medias de una gripe mientras que la neumonía es una complicación más grave a causa por el virus de la gripe. Derivada de una coinfección bacteriana y por el virus de la gripe. Otras complicaciones graves desencadenadas por la gripe pueden ser: Miocarditis, encefalitis, rabdomiólisis y la insuficiencia multiorgánica.

La infección por el virus de la gripe de la vía respiratoria puede conllevar a una respuesta inflamatoria en el organismo derivando en una sepsis.

La gripe puede empeorar otros problemas de salud crónicos, las personas con asma pueden sufrir una crisis de asmática mientras están infectados por la gripe y las personas cardiopatías pueden llegar a presentar un empeoramiento importante de su enfermedad cardíaca.

Tratamiento de la gripe

El tratamiento de la gripe es sintomático, se utilizan analgésicos como paracetamol o ibuprofeno y

se recomienda beber líquidos en abundancia, sobre todo en niños y ancianos. Como parte del tratamiento se recomienda extremar las medidas de higiene para evitar contagios como:

- Lavarse las manos frecuentemente.
- Taparse la boca con un pañuelo al toser o estornudar.

Para pacientes con factores de riesgo altos se utilizan tratamientos antivirales como oseltamivir y zanamivir, utilizados en gripe A. Estos medicamentos reducen la capacidad de multiplicación del virus, aliviando los síntomas. Los antibióticos están indicados como tratamiento para la gripe solo en caso de producirse complicaciones por infecciones bacterianas.

La propagación del virus de la gripe se produce un día antes del inicio de los síntomas y finaliza de 5 a 7 días después. En el caso de los niños, éstos pueden transmitirlo pasados los siete días de enfermedad.

Prevención de la gripe

La gripe se transmite de persona a persona, y debido a que la transmisión ocurre cuando el infectado ni siquiera tiene síntomas, la prevención es muy complicada.

Tener medidas generales para intentar la prevención del contagio de la gripe entre personas hace que este contagio resulte lo más leve y llevadero posible. Entre estas medidas destacan:

- Extremar la higiene: lavarse las manos frecuentemente, fundamentalmente tras tocar objeto, superficie y en cuanto lleguemos a casa tras viajar en transporte público. Al lavarse las manos, hacerlo despacio y a conciencia, sin que quede ninguna zona sin limpiar.
- Llevar encima una solución limpiadora desinfectante para usarla cuando no se disponga de agua y jabón.
- Mantener la casa limpia y desinfectada, especialmente los lugares donde se cocina y se come, especialmente si ya hay un enfermo en la familia. Limpiar también más a menudo los pomos de las puertas, el baño, las superficies de los muebles, el teléfono, porque el contagio también tiene lugar por contacto directo con una superficie contaminada.
- Ventilar el hogar: Todas las mañanas es conveniente abrir las ventanas y ventilar la casa durante diez minutos aproximadamente para renovar el aire.
- Taparse la boca al estornudar o toser con un pañuelo de papel desechable, para evitar que las gotas respiratorias expulsadas contagien a otras personas. Después de sonarse la nariz, hay que desechar el pañuelo utilizado y lavarse las manos inmediatamente.

- Intentar llevar una vida sana: Hábitos saludables y una dieta equilibrada pueden evitar que bajen las defensas y mantener fuerte el sistema inmune.
- Protegerse bien de los contrastes de temperatura. La vacunación es la mejor prevención de la gripe.

Promoción y prevención. La vacunación de la gripe

Actualmente se recomienda vacunarse de la gripe a aquellas personas que pertenecen a los grupos de riesgo, a niños menores de 5 años y mayores de 6 meses y aquellos con enfermedades crónicas, cardíacas, respiratorias y aquellos con enfermedades inmunosupresoras.

Se recomienda la vacunación en trabajadores sanitarios, de residencias geriátricas, personal de guarderías, policía, bomberos e instituciones penitenciarias y protección civil por ser portadores. Se desaconseja la vacunación en personas alérgicas al huevo o a sus proteínas, a menores de 6 meses, y si se está enfermo en el momento de la vacunación.



Imagen 3

Las campañas de vacunación de la gripe se inician cuando empieza a circular el virus, durante los meses de septiembre-noviembre. La vacunación se realiza con una vacuna con dos cepas, tipo A y tipo B, que serán las más probables en los estudios epidemiológicos que se realizan en ese año. Sólo se precisa de una dosis, excepto en niños que no hayan sido previamente vacunados, a quienes se aconsejan dos dosis separadas de cuatro semanas.

RESULTADOS

La gripe está causada por un virus del cual hay tres cepas A, B y C la más conflictiva es la A y la causante de todas las pandemias conocidas. A nivel

mundial la OMS ha creado protocolos de actuación ante un futuro brote de la cepa A y pueda desatarse una pandemia.

Esta enfermedad es extremadamente contagiosa, su contagio comienza un día antes que aparezcan los síntomas en el portador, se puede transmitir entre 5 y 7 días después del comenzar con los síntomas. Los síntomas más comunes son: fiebre, escalofríos, tos, dolor de garganta, mucosidad nasal, dolor muscular, malestar general, fatiga, cansancio y algunas personas tienen diarrea y vómitos.

Para su tratamiento solo se cuenta con analgésicos, antipiréticos y elevar la ingesta de líquidos, para pacientes con factores de riesgo altos se utilizan tratamientos antivirales.

Para intentar prevenir a la gripe hay una serie de medidas a tomar: extremar la higiene de las manos y vivienda, hacer una correcta ventilación de la casa, utilizar pañuelos desechables, hábitos de vida sana, protegerse de los cambios bruscos de temperatura y la vacunación.

La vacunación se realiza en campañas que van de septiembre a noviembre se aconseja a toda la población excluyendo a niños menores de 6 meses y a los alérgicos al huevo y sus proteínas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos decidido tratar e investigar este tema porque se están empezando a ver muchos casos de gripe y en grupos de riesgo, sus complicaciones.

La gripe es un virus que en mayor o menor medida la sufrirán casi todas las personas, en el periodo de septiembre a noviembre. Unos la van a desarrollar en menor medida que otros y sin complicaciones que por el contrario otras personas van a tener numerosas complicaciones o morirán, estos son los llamados grupo de riesgo.

Lo más importante es la promoción ante el virus de la gripe ya que su prevención es extremadamente complicada, por su fácil contagio. La promoción que se hace por ahora está basada en las campañas de vacunaciones y en una serie de medidas como incrementar la higiene de las manos y del hogar, el uso de desinfectantes, llevar una vida sana, protegerse de los cambios de temperatura y el uso de pañuelos desechables.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

We decided to try and investigate this issue because they are beginning to see many cases of influenza and in groups at risk, its complications.

The flu is a virus that more or less will be suffered by almost all people, in the period from September to November. Some will develop it to a lesser extent than others and without complications that on the contrary other people will have numerous complications or they will die, these are the called group of risk.

The most important is the promotion of the flu virus since its prevention is extremely complicated, because of its easy contagion. The promotion that is being done for now is based on vaccination campaigns and a series of measures such as increasing hand and household hygiene, the use of disinfectants, leading a healthy life, protection against temperature changes and use Of disposable tissues.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a FeSP-UGT formación Andalucía por realizar las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y educación, a través de nuestra participación en las jornadas, nos informó para participar en esta revista, a los creadores de esta revista por darnos esta oportunidad, todas las personas que han realizado trabajos y artículos de donde nos hemos nutrido para hacer esta investigación y por ultimo a mis compañeras sin ellas y su valioso trabajo, esfuerzo y dedicación esta investigación no dé podría haber hecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Gripe (estacional) [Internet]. Who.int. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>
2. [Internet]. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLe-siones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>
3. Gripe H1N1 (gripe porcina): MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/h1n1fluswineflu.html>
4. día Sgripe C. Causas de la gripe [Internet]. Webconsultas.com. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://www.webconsultas.com/gripe/causas-de-la-gripe-324>
5. Los síntomas de la influenza y sus complicaciones | Influenza estacional | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://espanol.cdc.gov/enes/flu/about/disease/complications.htm>
6. Síntomas y causas comunes de la gripe [Internet]. NetMoms. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://www.netmoms.es/revista/salud/gripe-y-resfriado/sintomas-y-causas-comunes-de-la-gripe/>
7. Día Sgripe P. Prevención de la gripe [Internet]. Webconsultas.com. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://www.webconsultas.com/gripe/prevencion-de-la-gripe-2400>
8. Día Sgripe T. Tratamiento de la gripe [Internet]. Webconsultas.com. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://www.webconsultas.com/gripe/tratamiento-de-la-gripe-327>
9. Prevención de la influenza: Los hábitos saludables pueden ayudar a combatir los gérmenes | Influenza estacional (gripe) | CDC [Internet]. Espanol.cdc.gov. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://espanol.cdc.gov/enes/flu/protect/habits.htm>
10. [Internet]. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+-de+Navarra/Organigrama/Los+depar
11. Las 5 pandemias más grandes de toda la historia [Internet]. Vix. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://www.vix.com/es/btg/curiosidades/2009/04/27/las-5-pandemias-mas-grandes-de-toda-la-historia>
12. Gripe Asiatica [Internet]. Historiaybiografias.com. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <http://historiaybiografias.com/gripe-asiatica/>
13. Gripe aviar: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2016 [cited 6 December 2016]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/birdflu.html>

IMÁGENES

1. Perfil V. El resfriado y la gripe(l). Síntomas. [Internet]. Hernat.blogspot.com.es. 2017 [cited 3 January 2017]. Available from: <http://hernat.blogspot.com.es/2009/11/i-el-resfriado-y-la-gripe-sintomas.html>
2. [Internet]. 2017 [cited 3 January 2017]. Available from: 1. virus de gripe - Buscar con Google [Internet]. Google.es. 2017 [cited 3 January 2017]. Available from: https://www.google.es/search?q=virus+de+gripe&espv=2&biw=1600&bih=794&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjmo36zqbRAhWFsh-QKHx_jDcgQ_AUIBigB&pr=1#tbm=isch&q=sintomas+gripe&imgrc=1pFkyBI9A1OiNM%3A
3. La campaña de vacunación de la gripe comienza en Granada con 152.000 dosis | Granada Digital [Internet]. Granada Digital. 2017 [cited 3 January 2017]. Available from: <http://www.granadadigital.es/la-campa-na-de-vacunacion-de-la-gripe-comienza-en-granada-con-152-000-dosis/>

REALIDAD EN LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS PÚBLICAS Y PRIVADAS EN ESPAÑA

La Situación Actual de las Residencias de Ancianos en Almería

AUTOR

Pedro Maldonado Maldonado
DUE Especialista en Geriatría

Centro de Trabajo:
Residencia Geriátrica Ciudad de El Ejido

Palabras clave:

geriatría, enfermería,
hogares, ancianos,
datos, estado.

Resumen

El objetivo principal esta investigación es evaluar la situación actual de las Residencias de Ancianos en España, entre comunidades autónomas y en concreto, Andalucía y en la provincia de Almería.

Para ellos realizamos una Revisión bibliográfica descriptiva de los últimos 10 años analizando Fuentes de datos tales como: Imsero, web de las comunidades autónomas, Instituto Nacional de Estadística (INE), encuestas.

Los estudios indican que para 2050 la tasa de dependencia de la Unión Europea (UE) se doblará al 54%. Y las comunidades españolas presentan a priori planes distintos para adecuarse a la situación futura, Cataluña, por ejemplo, es la comunidad que más plazas en centros geriátricos dispone (61.966). Sabiendo que el índice de cobertura (IC) medio en España es de 3,4 plazas, a diferencia que en la Unión Europea, que es del 5,2 camas por cada 100 habitantes, el Plan Gerontológico Nacional aconseja, un mínimo de 3,5. Se observa, además, que dicho número de camas es de predominio en centros privados.

Encontramos Comunidades Autónomas (CC.AA) por debajo de la media de IC del 4,53, como Andalucía y Baleares, y otras, en cambio, con más plazas privadas que públicas: Asturias y Canarias.

Existe una media española mayoritariamente pública, con una diferencia del 54 al 46%.

En la provincia de Almería, en concreto, existe diversificación de Centros Privados y Públicos (analizadas en las poblaciones > 5.000 habitantes).

REALITY IN PUBLIC AND PRIVATE GERIATRIC INSTITUTIONS IN SPAIN

The Current Situation of Nursing Homes in Almería

Summary

The main objective of this research is to evaluate the current situation of Nursing Homes in the country, between autonomous communities and in particular, Andalusia and the province of Almería.

For them we make a descriptive bibliographic review of the last 10 years analyzing data sources such as: Imserso, web of the autonomous communities, National Statistics Institute (INE), surveys.

Studies indicate that by 2050 the dependency ratio of the European Union (EU) will double to 54%. And the Spanish communities present a priori different plans to adapt to the future situation, Catalonia, for example, is the community that most places in geriatric centers have (61,966). Knowing that the average coverage rate in Spain is 3.4 places, unlike in the European Union, which is 5.2 beds per 100 inhabitants, the National Gerontological Plan advises a minimum of 3, 5. It is also observed that this number of beds is predominant in private centers.

We found Autonomous Communities (Autonomous Communities) below the mean CI of 4.53, such as Andalusia and the Balearic Islands, and others with more private than public places: Asturias and the Canary Islands.

There is a Spanish public average, with a difference of 54 to 46%.

In the province of Almería, in particular, there is diversification of Private and Public Centers (analyzed in the populations > 5,000 inhabitants).

Keywords:

geriatrics, nursing, homes, aged, data, state.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay algo más de 38.000 plazas de residencia en Andalucía, de las cuales unas 15.000 son concertadas, sin duda insuficientes para una población censada de 1.200.000 de mayores de 65 años lo que corresponde a un 14,6% del total de la población, y de estos, algo más de 300.00 son mayores de 80 años.

Según los últimos estudios sociales en demografía se establece que el porcentaje de personas mayores de 65 años es de alrededor del 18%, vemos que es insuficiente para una población tan grande y en plena expansión, más aún con la tendencia actual nacional del envejecimiento del envejecimiento, cada vez hay mayores más mayores (1).

Durante los últimos años se ha incrementado el interés por el envejecimiento de nuestra población. Este fenómeno demográfico conlleva a una mayor preocupación por parte del gobierno y la sociedad en general (2).

El abordaje de un fenómeno de carácter multidimensional y de la magnitud descrita, necesita obligadamente una respuesta multidisciplinaria. El desafío que representa el envejecimiento de la población debe llevar a:

- Caracterizar el fenómeno del envejecimiento individual y demográfico y su repercusión familiar, social, económica y de salud.
- Diseñar y promover estrategias que permitan brindar soluciones, viables en el medio estatal, a las principales necesidades de estas personas, así como a las repercusiones de este fenómeno en la sociedad.
- Coordinar acciones que permitan mejores resultados con un uso más racional de los recursos dedicados a la atención a estas personas y a las acciones de promoción y prevención que conduzcan a un envejecimiento y una vejez satisfactorios.
- Movilizar recursos financieros internacionales para un país que ha logrado a partir de su proyecto social, una longevidad de su población subsidiaria de un alto desarrollo económico (3).

CONTENIDOS

1. La repercusión de envejecimiento sobre Europa

Las repercusiones sociales de un rápido envejecimiento de la población podrían ser en extremo

variadas, y para contribuir a desentrañarlas se han realizado estudios en profundidad en todo el continente europeo.

Para el año 2025, casi el 30% de la población en Europa tendrá más de 60 años de edad, una realidad demográfica que se prevé que generará profundos cambios socio-políticos. No obstante, nadie sabe si los longevos europeos llevarán vidas más activas en la tercera edad (compresión de morbilidad) o, por el contrario, sufrirán afecciones con una frecuencia creciente (expansión de la morbilidad) (4).

1.1. Entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde el número de personas mayores pasará de 400 millones en 2000 al 1,7 millones en 2050. Ese cambio demográfico tiene varias consecuencias para la salud pública. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatía, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Pero esas enfermedades también deben ser detectadas y tratadas a tiempo con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias; además, quienes padezcan una enfermedad avanzada necesitarán cuidados y apoyo adecuados de forma prolongada (5).

1.2. La población de los 25 miembros de la Unión Europea (UE) será en las próximas décadas algo menor en número, pero mucho más vieja. Esto amenaza las perspectivas de crecimiento económico y ejerce una fuerte presión sobre el gasto público. Según las proyecciones (tabla 1), para 2050 la tasa de dependencia (la cantidad de personas de 65 o más años en relación con las de 15 a 64) de la UE se doblará al 54%, o sea que habrá dos personas en edad laboral, en vez de cuatro, por cada una de edad avanzada. El envejecimiento de la población europea se debe a la interacción de cuatro factores demográficos:

	UE-25	
Proyecciones demográficas	2004	2050
Tasa de fecundidad (porcentaje)	1,5	1,6
Esperanza de vida al nacer (años)		
Hombres	75,4	81,6
Mujeres	81,5	86,6
Esperanza de vida a los 65 años		
Hombres	15,9	19,9

Mujeres	19,5	23,3
Coefficientes de dependencia		
Coefficiente de dependencia de la vejez	24,5	54,5

Tabla 1. Fuentes: CPE y Comisión Europea (2005). Nota: UE-25 = totalidad de miembros de la UE; UE-12 = los 12 miembros de la zona del euro. 1PTF = productividad total de los factores.

- Primero, en toda la UE las tasas de fecundidad son y, según las proyecciones, seguirán siendo menores que la tasa de reemplazo natural de la población.
- Segundo, la reciente baja de la tasa de fecundidad, tras la explosión demográfica de posguerra y la inminente jubilación de dicha generación, aumentará la tasa de dependencia durante varias décadas.
- Tercero, la esperanza de vida al nacer se incrementó en ocho años desde 1960, y se proyecta que para 2050 aumentará en seis años más para los hombres y cinco para las mujeres, sobre todo por la mayor longevidad.
- Cuarto, se proyecta que hasta 2050 la inmigración neta será ingente: ascenderá a casi 40 millones de personas, no bastará para compensar la baja fecundidad y la creciente esperanza de vida.

En efecto, según proyecciones oficiales, entre 2004 y 2050 la cantidad de jóvenes (0–14 años) de la UE bajará un 19%. La población en edad laboral (15–64) bajará en 48 millones de personas, o sea, un 16%, mientras que la población de 65 años o más se incrementará en 58 millones (77%), y el segmento de población de crecimiento más veloz será el de mayor edad (80+) (6).

2. Gasto público: se prevén aumentos importantes

Gran parte del aumento del gasto público previsto se destinaría a jubilaciones, atención de la salud y asistencia médica prolongada. Con el envejecimiento, el gasto público en asistencia médica prolongada incide más que la atención de salud, ya que las tasas de discapacidad se disparan con la edad, especialmente a partir de los 80 años. Se proyecta que para 2050, tan solo por el envejecimiento de la población, la tasa de la UE se eleve en casi 1 punto porcentual del producto interior bruto (PIB). Con el envejecimiento de la población, puede generarse una brecha entre la cantidad de ciudadanos ancianos discapacitados que necesitan asistencia y el suministro de servicios de asistencia formal. Esta presión para aumentar la asistencia formal ligada al envejecimiento

puede agravarse más con la escasa disponibilidad de asistencia informal hogareña a medida que más mujeres participan en el mercado laboral (7).

¿Cuáles son las principales consecuencias de estas proyecciones económicas y presupuestarias?

2.1. El envejecimiento puede plantear escollos políticos aún más complejos que las jubilaciones en el área de atención de salud y asistencia médica prolongada, en particular, al considerar los efectos de los generadores no demográficos del gasto, tales como la inversión en investigación médica y tecnologías modernas, y la creciente demanda de tratamiento más avanzado (4-5).

2.2. El anciano pluripatológico o el anciano frágil: presenta una condición particularmente difícil. La atención especial y adaptada a sus necesidades resulta clave para la prevención de situaciones de mayor discapacidad. Las frecuentes crisis motivadas por trastornos conductuales en Demencias, frecuentemente de características subagudas, pueden beneficiarse de recursos sociosanitarios expertos en su tratamiento. Estos recursos pueden proveer de una temporalidad más adaptada a este tipo de perfil asistencial, a menudo crítico para las unidades de pacientes agudizados que requieren menores tiempos de ingreso (Sánchez Pérez, 2002). Finalmente, las unidades especializadas de Ancianos pueden asumir un papel referente en la investigación y formación de profesionales sanitarios que trabajan con personas mayores, en diferentes ámbitos asistenciales (8).

3. España y Europa

En el caso de España, los gastos totales en protección social en este año, son del 20,2 por ciento del PIB se destinó para prestaciones, porcentaje muy inferior a la media de la Unión Europea (27,3 por ciento). España se enfrentará en las próximas décadas al bienestar de su población, ya que el número de demandantes de prestaciones de protección social se incrementará como consecuencia del envejecimiento de la población.

En el caso de España, que pronto se convertirá en el país de la UE con mayor proporción de ancianos, la red hospitalaria parece insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias de un grupo de población en aumento. De este modo, en el año 2000 el 13,5 por ciento de los hospitales estaban especializados en geriatría, de acuerdo con los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE); en cuanto a la oferta de camas, el 7,3 por ciento del total de camas en funcionamiento en los hospitales españoles estaban destinadas a la especialidad geriátrica (9-10-11).

Situación en las instituciones geriátricas

La discapacidad es otra de las cuestiones que aqueja a buena parte de las personas mayores. Las discapacidades aumentan con la edad, haciendo que los que las sufren dependan de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria, que serían fácilmente solventables con una adecuada planificación geriátrica de provisión de servicios y el establecimiento de sistemas de atención a las personas mayores.

En este sentido, la Organización de Naciones Unidas (ONU - 2002) propone que la estrategia a seguir para que las familias no se encuentren sobrecargadas de trabajo y los servicios hospitalarios demandados por la población anciana desciendan, sería aumentar la calidad y cobertura de la oferta de

servicios e impulsar la participación de la comunidad en los servicios sociales y de atención a la salud de la población mayor y orientado a un enfoque curativo y asistencial.

Esta reducida cobertura hospitalaria en cuanto a los centros especializados en geriatría, también se manifiesta en lo que se refiere a los servicios de atención a las personas mayores.

Los servicios residenciales son los más desarrollados del sistema de servicios de atención a las personas mayores pero la oferta parece insuficiente. El índice de cobertura (IC) de las plazas residenciales indica cómo en el año 2002 por cada 100 personas de 65 y más años había 3,4 plazas en residencias, frente a las 5,2 como media de la Unión Europea (12-14).

Figura 2. Número de Plazas en Andalucía

<i>Número de plazas y cobertura en servicios residenciales. Datos a 31 de diciembre de 2011</i>					
Comunidades Autónomas	Población >65 01/01/12	N.º de Plazas en Centros Residenciales (A)	N.º de Plazas en viviendas para mayores (1) (B)	N.º Total de Plazas en Servicios Residenciales (A+B)	Índice de Cobertura (1) Total Plazas Serv. Residenciales
Andalucía	1.302.352	44.071	563	44.634	3,43

4. La actualidad

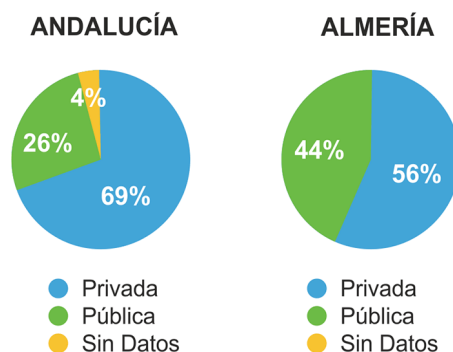
Para el Informe del 2012 contamos, entre otras fuentes, con los valiosos datos de los Censos de Población y Vivienda del 2011, elaborados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). En España, según los datos oficiales del Censo del 2011 había 46.815.916 habitantes. De ese conjunto de población, las personas de 65 y más años representaban el 17,3% (8.116.350 personas) frente al 16,6% en el

año 2009. Y de ese colectivo formado por personas mayores, nada menos que el 5,2% tenían 80 y más años (2.456.908 habitantes, 2011) (6).

Los Servicios de Atención Residencial ofrecen a las personas mayores alojamiento y manutención con carácter permanente o temporal. Los Centros Residenciales disponen de un total de 372.62 plazas entre públicas y privadas, mientras que en las Viviendas para Mayores, hay 10.416 plazas. En total, las personas mayores en España disponen de 383.044 plazas en servicios residenciales (7).

Figura 3. Distribución por plazas según entidad en Andalucía y Almería

	Privada	Pública	Sin Datos
Nº Plazas Residencia ANDALUCÍA	23748	9020	1442
Nº Plazas Residencia ALMERÍA	1583	1228	0



Los Centros Residenciales han experimentado un importante incremento desde 2000. Ese año había en España 215.156 plazas distribuidas en 4.158 centros, lo que suponía que un 3,06% de la población mayor de 65 años disponía de una de estas plazas residenciales. A 31 de diciembre de 2011 el número de plazas asciende a 372.628, Andalucía (44.071), lo que implica que, desde diciembre de 2001, se ha producido un incremento medio anual de 14.316 plazas. En 2011, el número de Centros Residenciales asciende a 5.418 y el índice de cobertura es de 4,53. El crecimiento del número de plazas en estos diez años ha sido muy significativo, pues ha supuesto un incremento del 73%, aumento muy superior al experimentado por la población de 65 y más años, que lo ha hecho un 17%. Algo más de la mitad de las plazas son de financiación pública (54%) (8).

En todos los territorios se aprecia el predominio de los centros privados. Se estima el número de usuarios en Centros Residenciales en 269.659. Se puede decir que los usuarios de Centros Residenciales son, en su mayoría, personas de edad avanzada, pues el 66% sobrepasa los 80 años y su edad media se sitúa en torno a los 81 años. El 66% de los usuarios son mujeres. Además, un 47% del total de usuarios, además de ser una mujer, tiene más de 80 años; el 71% son personas en situación de dependencia y el 24% ocupa una plaza psicogeriátrica (9).

5. La residencia de ancianos: concepto y clases. Objetivos

Puede entenderse por "Centro Residencial el establecimiento destinado a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad y en el que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no puedan satisfacer estas necesidades por otros medios" (Pineda y otros, 1990: 16) (8).

Entre dichos objetivos, y sin perjuicio de aquellos encaminados a la propia formación de los propios profesionales, en lo que al presente trabajo respecta, destacaremos los que van dirigidos al residente.

El ingreso, entonces, trae causa de la conveniencia de cubrir esas necesidades básicas de la vida diaria de una forma adecuada y por personal cualificado, en la medida que pese a las buenas intenciones de los familiares, éstos no tienen el conocimiento, formación ni medios para proporcionar la atención que los mayores necesitan (7).

RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Un tipo particular de residencias dentro de este grupo de privadas, lo constituyen los centros privados-concertados. Dado que la demanda de centros residenciales supera con mucho a la actual oferta, la Administración Pública utiliza cada vez más frecuentemente esta opción para garantizar la cobertura de las necesidades residenciales entre las personas que precisan del ingreso en un centro, evitándose de este modo la necesidad de construir y gestionar nuevas residencias (16).

Por otra parte, se produce una tendencia a recortar gastos en la contratación laboral (la vía fundamental de reducción de costes en un sector intensivo en trabajo), mediante la combinación precariedad laboral y baja calidad profesional y asistencial: escaso número de profesionales, y a menudo con escasa formación, que deben atender a un elevado número elevado de usuarios (10).

Este aumento de las Residencias, según un informe de la Federación Nacional de Centros y Servicios de Mayores (FNM), supondrá una media de 4,64 camas por cada 100 habitantes mayores de 65 años, superando el objetivo marcado por el Plan Gerontológico Nacional, que aconseja 3,5 camas por cada 100 habitantes. Este informe recabó datos de todos los municipios de España, y en sus conclusiones se revela que existe un exceso de oferta privada y gran déficit de la pública, por lo que se considera muy necesario el crear más plazas concertadas para acabar con las listas de espera y equilibrar la oferta y la demanda (Figura 6) (13).

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

6.944 Plazas iPróxima convocatoria!

OPE 2016 + 2017

Aprobadas en mesa sectorial las plazas para la convocatoria de la oferta de empleo 2017. Pendiente de su publicación en el BOJA.


Rodio
 ediciones
 Formación para el empleo

Figura 4. Distribución por Entidad Pública en España

Centros residenciales en España. Distribución de las plazas según financiación e índice de cobertura (1). Datos a 31 de diciembre de 2011

Comunidades Autónomas	Población ≥65 01/01/2012	Número de plazas			Índice de Cobertura			Porcentaje respecto al total		
		Plazas de financiación Pública	Plazas de financiación Privada	Total	Plazas de financiación Pública	Plazas de financiación Privada	Total	Plazas de financiación Pública	Plazas de financiación Privada	Total
Andalucía	1.302.352	28.163	15.908	44.071	2,16	1,22	3,38	64%	36%	100%
Aragón	270.599	10.814	7.280	18.094	4,00	2,69	6,69	60%	40%	100%
Asturias	244.473	4.985	9.042	14.027	2,04	3,70	5,74	36%	64%	100%
Baleares (Illes)	162.639	4.879	2.304	7.183	3,00	1,42	4,42	68%	32%	100%
Canarias	301.054	3.645	5.342	8.987	1,21	1,77	2,99	41%	59%	100%
Cantabria	112.761	4.032	2.151	6.183	3,58	1,91	5,48	65%	35%	100%
Castilla-La Mancha	372.852	13.480	12.113	25.593	3,62	3,25	6,86	53%	47%	100%
Castilla y León	585.828	14.653	28.795	43.448	2,50	4,92	7,42	34%	66%	100%
Cataluña	1.287.549	34.907	27.059	61.966	2,71	2,10	4,81	56%	44%	100%
C. Valenciana	896.472	20.669	6.746	27.415	2,31	0,75	3,06	75%	25%	100%
Extremadura	213.143	7.414	4.758	12.172	3,48	2,23	5,71	61%	39%	100%
Galicia	635.793	6.832	14.221	21.053	1,07	2,24	3,31	32%	68%	100%
Madrid (Comunidad de)	997.136	24.659	25.750	50.409	2,47	2,58	5,06	49%	51%	100%
Murcia (Región de)	210.786	2.048	2.715	4.763	0,97	1,29	2,26	43%	57%	100%
Navarra (C. F. de)	115.114	3.125	2.831	5.956	2,71	2,46	5,17	52%	48%	100%
País Vasco	435.072	14.747	2.976	17.723	3,39	0,14	0,96	83%	17%	100%
La Rioja	60.256	1.468	1.596	3.064	2,44	2,65	5,08	48%	52%	100%
Ceuta	9.114	130	71	201	1,43	0,78	2,21	65%	35%	100%
Melilla	8.054	290	30	320	3,60	0,37	3,97	91%	9%	100%
España	8.221.047	200.940	171.688	372.628	2,44	2,09	4,53	54%	46%	100%

(1) Índice de cobertura (plazas/pob.=>65)x100.

Fuentes: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales (2012).

INE: INEBASE Datos de Población. Explotación estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2012.

Elaboración propia del Imserso.

Figura 5. Índice de Cobertura por Comunidades Autónomas en España.

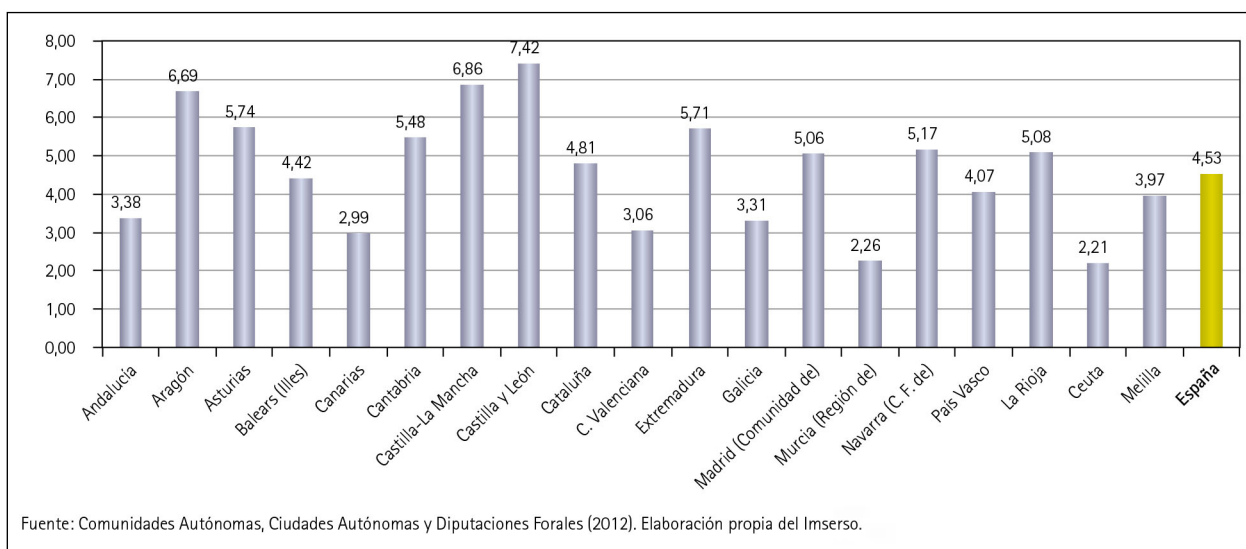


TABLA 2. DATOS DE LOS MUNICIPIOS DE ALMERIA CON POBLACION MAYOR DE 5.000 HABITANTES. Plan Gerontológico Nacional aconseja 3,5 camas por cada 100 habitantes (12-15-17)

MUNICIPIO > 5000 habitantes	POBLACIÓN	MAYORES DE 65 AÑOS (%)	Nº DE HABITANTES > 65 años	PLAZAS RESIDENCIAS PRIVADAS	Nº PLAZAS por c/100 HABITANTES
Adra	24.782	13,04	3231	32	1
Albox	11715	18,95	2220	77	3,5
Almería	193351	14,75	28519	839	3
Berja	15323	13,70	2100	120	5,7
Carboneras	7852	12,84	1008	0	0
Cuevas del Almanzora	13737	15,05	2067	40	2
El Ejido	84144	8,16	6866	120	1,75
Garrucha	8632	11,60	1001	0	0
Huércal de Almería	16663	5,46	910	22	2,5
Huércal-Overa	18374	17,39	3195	211	6,6
Macael	5719	15,86	907	100	11
Mojácar	6838	25,80	1764	140 (previsión)	8
La Mojonera	8993	7,27	654	0	0
Níjar	28627	9,37	2682	182	6,8
Olula del Río	6387	14,19	906	0	0
Pulpí	8562	12,82	1097	101	9,2
Roquetas de Mar	91682	7,74	7096	54	0,7
Vélez-Rubio	6791	23,52	1597	134	8,3
Vera	15018	11,89	1785	144	8
Viator	5605	9,53	534	0	0
Vícar	24384	7,79	1900	362	19

INE (ed.). «Cifras de población referidas al 01/01/2013». Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal - Población a 1 de enero de 2014.

ESPECIALIDAD

La complejidad de las funciones que se atribuyen a la enfermera especialista en geriatría se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, tal como establece la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario. La complejidad de los cuidados enfermeros a la persona anciana, tanto en salud como en enfermedad y generalmente la larga duración de los mismos, requieren un nivel de competencia profesional (conocimientos, actitudes y habilidades especializadas) que no son cubiertos en formación básica y justifican la especialización¹⁹.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización del estudio, y en base a los objetivos planteados se realizó una revisión bibliográfica descriptiva narrativa clásica de los últimos 15 años.

Para obtener los artículos más relevantes en este sentido, se realizó una exploración retrospectiva, empleando para ello los descriptores: Hogares para Ancianos, Fuentes de Datos, Casas de Salud, Planes Estatales de Salud (tanto en español como en inglés en función de la base de datos a la que se accediera). Las bases de datos empleadas fueron: Medline, PubMed, Embase, Cochrane Plus y Dialnet.

Las búsquedas se limitaron a revisiones sistemáticas y meta-análisis, publicadas en los últimos quince años (2000-2015) en inglés o castellano. Además, se filtraron los resultados a estudios realizados en personas mayores de 65 años. Para que una publicación fuera incluida en este trabajo debía cumplir los siguientes criterios: tratarse de una revisión sistemática y/o meta-análisis. Fuentes. La información con que se alimenta la base de datos de residencias de ancianos procede de multiplicidad de orígenes: información directa de las comunidades autónomas a través del Observatorio de Personas Mayores del Imserso,

listas y web de las comunidades autónomas, encuesta anual de personas mayores y otras guías e información. Una buena parte de la información procede de encuesta directa realizada a cada residencia.

RESULTADOS

Para el Informe del 2012 contamos, entre otras fuentes, con los valiosos datos de los Censos de Población y Vivienda del 2011, elaborados por el INE. En España, según los datos oficiales del Censo del 2011 había 46.815.916 habitantes. De ese conjunto de población, las personas de 65 y más años representaban el 17,3% (8.116.350 personas) frente al 16,6% en el año 2009. Y de ese colectivo formado por personas mayores, nada menos que el 5,2% tenían 80 y más años (2.456.908 habitantes, 2011)¹⁵.

Los Servicios de Atención Residencial ofrecen a las personas mayores alojamiento y manutención con carácter permanente o temporal. Los Centros Residenciales disponen de un total de 372.62 plazas entre públicas y privadas, mientras que en las Viviendas para Mayores, hay 10.416 plazas. En total, las personas mayores en España disponen de 383.044 plazas en servicios residenciales.

Los Centros Residenciales han experimentado un importante incremento desde 2000 (Figura 1). Ese año había en España 215.156 plazas distribuidas en 4.158 centros, lo que suponía que un 3,06% de la población mayor de 65 años disponía de una de estas plazas residenciales. A 31 de diciembre de 2011 el número de plazas asciende a 372.628, Andalucía (44.071 - Figura 2), lo que implica que, desde diciembre de 2001, se ha producido un incremento medio anual de 14.316 plazas. En 2011, el número de Centros Residenciales asciende a 5.418 y el índice de cobertura es de 4,53. El crecimiento del número de plazas en estos diez años ha sido muy significativo, pues ha supuesto un incremento del 73%, aumento muy superior al experimentado por la población de 65 y más años, que lo ha hecho un 17%. Algo más de la mitad de las plazas son de financiación pública (54%) (Figura 3)¹².

En todos los territorios se aprecia el predominio de los centros privados. Se estima el número de usuarios en Centros Residenciales en 269.659. Se puede decir que los usuarios de Centros Residenciales son, en su mayoría, personas de edad avanzada, pues el 66% sobrepasa los 80 años y su edad media se sitúa en torno a los 81 años. El 66% de los usuarios son mujeres. Además, un 47% del total de usuarios, además de ser una mujer, tiene más de 80 años; el 71% son personas en situación de dependencia y el 24% ocupa una plaza psicogeriátrica¹¹ (Figura 4 - Figura 5).

CONCLUSIONES

En definitiva, la asistencia en ancianos requiere de recursos específicos y accesibles en función de la distribución territorial de recursos y de las características demográficas de cada población. En cualquier caso, en los programas de planificación sanitaria deben tomarse en consideración estas necesidades emergentes con la prioridad que les corresponde, dado el rápido e imparable crecimiento de la población de edad avanzada y su alta prevalencia de diversas patologías.

El aumento de la población anciana según datos sociodemográficos y la creciente demanda de cuidados por parte de dicho colectivo justifican por sí mismos, la importancia de la Especialidad de Enfermería Geriátrica y los centros privado-concertados no parecen contar con suficientes plazas para soportar la carga y la demanda tan creciente de futuros usuarios. La necesidad futura de empleo para profesionales Especialistas en Geriatría es ciertamente objetiva, y requiere, por parte de las autoridades de un mayor esfuerzo para formalizar mayor número de puestos de trabajo en dicho ámbito.

Las diferencias entre comunidades autónomas hacen notable una diversa estratificación y/o programación en el planteamiento de la asistencia especializada en las personas con dependencia, alejándose de una idea central y común de atención especializada con las mismas características y recursos a lo largo y ancho del país, y delega a cada territorio el reparto diversificado en dicho planteamiento.

Las Comunidades autónomas (CC.AA) que se quedan por debajo de la media española en el IC (Índice de Cobertura) del 4,53 son Andalucía, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, País Vasco, Ceuta y Melilla.

Las CC.AA. donde se encuentran mayor número de plazas privadas respecto a la pública son Asturias, Canarias, Castilla y León, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja, respecto a la media española, que es mayoritaria la cantidad de financiación pública, pero sólo con una diferencia del 54 al 46%.

La oferta de plazas en Centros Privados, en particular, en la provincia de Almería (tabla 2) es diversa, encontrando localidades donde se supera por mucho la estimación de plazas por habitante (Vicar, Pulpí) y otras, en cambio, se quedan muy lejos (Roquetas, Adra). Además de encontrar localidades que, ni tan siquiera, cuentan con ninguna plaza, en la búsqueda de mayor conciliación familiar, tan importante, para los usuarios de dichos centros.

CONCLUSIONS

Definetly, care for the elderly requires specific and accessible resources based on the territorial distribution of resources and the demographic characteristics of each population. In any case, these emerging needs must be taken into account in health planning programs with the priority given to them, given the rapid and unstoppable growth of the elderly population and their high prevalence of various pathologies.

The increase in the elderly population according to sociodemographic data and the growing demand for care by this group justify in themselves the importance of the Geriatric Nursing Specialty and the private - concerted centers, do not seem to have enough places to support the burden and The growing demand of future users. The future need for employment for specialists in Geriatrics is certainly objective and requires the authorities to make greater efforts to formalize more jobs in this field.

Differences between autonomous communities make a marked stratification and / or programming different in the approach of specialized assistance to people with dependency, moving away from a central and common idea of specialized care with the same characteristics and resources throughout the country, and delegates to each territory the diversified distribution in this approach.

The Autonomous Communities that remain below the Spanish average in the CI (Coverage Index) of 4.53 are Andalusia, Balearic Islands, Canary Islands, Valencian Community, Galicia, Murcia, Basque Country, Ceuta and Melilla.

The Autonomous Communities with the largest number of private places in relation to the public are Asturias, the Canary Islands, Castile and Leon, Galicia, Madrid, Murcia and La Rioja, with respect to the Spanish average, which is the majority of public funding, But only with a difference of 54 to 46%.

The supply of places in Private Centers, in particular, in the province of Almería (table 2) is diverse, finding localities where by far the estimation of places per inhabitant (Vicar, Pulpí) and others, far away from it (Roquetas, Adra). In addition to finding localities that do not even have any place in the search for greater family reconciliation, so important, for users of such centers.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Cordero, A. M. (2004). Calidad de vida de las personas mayores: el internamiento.
2. Lorenzo, L. (2004). Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. Indicadores sociales de España.
3. González Río, M. J., & San Miguel del Hoyo, B. (2001). El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, N. 9 (diciembre 2001); pp. 19-45.
4. Inzitari, M., Serralta, L. E., Bocanegra, M. C. P., Fíguls, M. R., Pallàs, J. M. A., & Calpe, J. F. (2012). Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 166-169.
5. García, E. V. (1999). ¿Hacia dónde vamos?. *RESUMED*, 12(2), 55-6.
6. Carone, G., & Costello, D. (2006). ¿Llega Europa a la tercera edad?: la UE debe tomar en serio las proyecciones recientes que indican que el envejecimiento de la población tendrá un gran impacto económico y presupuestario. *Finanzas y desarrollo: publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial*, 43(3), 28-31.
7. Robledo, L. M. G. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención.
8. Marcos, L. M., Ventola, A. M., & Pastor, J. D. V. (2013). Envejecimiento y pobreza: vinculaciones y soluciones propuestas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 271-286.
9. El Estado de bienestar en España. Madrid: Tecnos, 2004.
10. Fernández Garrido, J. J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba.
11. Mayores, E. P. (2009). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de octubre de 2009.
12. INE (ed.). «Cifras de población referidas al 01/01/2013». *Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal - Población a 1 de enero de 2014*.
13. PARA LAS PERSONAS, Plan de Acción. Mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2003.
14. GONZÁLEZ, Álvarez; ADMINISTRATIVO, Ayudante Derecho. El derecho a la atención de las personas mayores en el estatuto de autonomía para Andalucía. *Derechos sociales y Estatutos de Autonomía. Denominación de Origen. Nuevo estatuto del PDI Universitario*, 2009, p. 249-260.
15. <http://www.boe.es> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO D. L.: M-1/1958 - ISSN: 0212-033X
16. OMS, www.who.int/topics/ageing/es/ [sede web]. Repercusiones del envejecimiento en la salud pública [actualizada: septiembre 2011; acceso Junio 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/>
17. CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES. MANUAL DE APOYO PARA SU CONSTITUCIÓN. Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de autorizaciones administrativas.
18. <http://www.infoelder.com/> [sede web]. Ayuda a la tercera edad y cuidado de mayores [actualizada: septiembre 2014; acceso Junio 2015]. Disponible en: <http://www.infoelder.com/residencias-de-ancianos/almeria/>
19. Orden, S. A. S. (2009). 3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica. *Boletín Oficial del Estado*, (288).

Salud y obesidad

Health and obesity

Resumen

La cantidad y calidad de actividad física se ha reducido considerablemente en la sociedad actual. El desequilibrio que se produce cuando el consumo de alimentos supera el gasto energético conlleva un aumento de peso corporal y consecuentemente de la obesidad. Varios son los factores determinantes de la obesidad, así como sus consecuencias. Para tratar una persona obesa es necesario conocer, en primer lugar, el agente desencadenante de la enfermedad. Los profesores de Educación Física, junto con las aportaciones de los profesionales de otras áreas de las ciencias del deporte,

pueden ser de vital importancia para ayudar a los niños, niñas y adolescentes con problemas causados por el exceso de peso corporal.

Palabras clave:

obesidad, nutrición, actividad

Summary

The quantity and quality of physical activity has been considerably reduced in today's society. The imbalance that occurs when the consumption of foods exceeds the energy expenditure entails an increase of corporal weight and consequently of the obesity. Several are the determinants of obesity, as well as its consequences. To treat an obese person it is necessary to know, first, the agent that triggers the disease. Physical Education teachers, along with the contributions of professionals from other areas of the sports sciences, can be of vital importance to help children and adolescents with problems caused by excess body weight.

Keywords:

obesity, nutrition, activity

AUTORA

Guadalupe Barbancho Fernández

Presentado como Comunicación Nacional en las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre promoción de la Salud y Educación Sanitaria.

(Aceptado por el comité científico el día 14/11/2016).

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

6.944 Plazas ¡Próxima convocatoria!

OPE 2016 + 2017

Aprobadas en mesa sectorial las plazas para la convocatoria de la oferta de empleo 2017. Pendiente de su publicación en el BOJA.

ER
Rodio
ediciones
Formación para el empleo

INTRODUCCIÓN

La obesidad es en la actualidad uno de los mayores riesgos para la salud de los ciudadanos de los países desarrollados y así lo ha reconocido la Organización Mundial de la Salud (OMS) al declararla como una epidemia de distribución mundial.

La obesidad y el sobrepeso han cobrado protagonismo dentro de la salud pública internacional porque los estudios epidemiológicos de los últimos años ponen en evidencia un incremento alarmante de su prevalencia.

Combatir la obesidad es uno de los principales objetivos de salud pública, como una Estrategia de Promoción de la Salud que nace con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y la necesidad de reunir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos de vida saludables en los ámbitos:

El ámbito comunitario. El ámbito educativo. El ámbito sanitario. El ámbito laboral. El ámbito empresarial.

CONTENIDOS

¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso es “la condición en la que el peso del individuo excede del promedio de la población en relación al sexo, la talla y el somatotipo”.

Sin embargo, la obesidad es “el resultado de un desequilibrio permanente y prolongado entre la ingestión de alimentos y el gasto energético, donde el exceso de calorías se almacena en forma de tejido adiposo”.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Adultos

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad.

Niños menores de 5 años

En el caso de los niños menores de 5 años: el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS; y la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Niños de 5 a 19 años

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera: el sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Datos sobre el sobrepeso y la obesidad

España ocupa uno de los primeros lugares en la Unión Europea en cuanto a prevalencia de sobrepeso y obesidad detrás de países mediterráneos como Grecia, Malta e Italia.

A continuación se presenta estimación (Tabla 1).

Tabla 1. Datos de Obesidad y Sobrepeso en España Población infantil y adulta. ENS 2006

ESPAÑA		
	Obesidad	Sobrepeso
Población Infantil (1-17 años)		
TOTAL	8,9	18,7
Varones	9,1	20,2
Mujeres	8,7	17,1
Población Adulta (> 18 años)		
TOTAL	15,6	37,8
Varones	15,7	45,1
Mujeres	15,4	30,3

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en zonas de África subsahariana y Asia.

Clasificación de la obesidad

La obesidad se puede clasificar en base a diferentes parámetros. La obesidad puede ser clasificada, atendiendo a su origen, como exógena o endógena. Los autores consideran que la obesidad exógena es causada por una ingestión calórica excesiva a través de la dieta, mientras que, la endógena, se produce por alteraciones hormonales y metabólicas.

De acuerdo con aspectos fisiológicos clasificamos la obesidad en: hiperplásica e hipertrófica. La hiperplásica se caracteriza por el aumento del número de células adiposas, mientras que la hipertrófica por el aumento del volumen de los adipositos.

En cuanto a los aspectos etiológicos, la obesidad se puede clasificar en primaria y secundaria. La primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético. La secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de grasa corporal.

Finalmente, en la comunidad científica se acepta una clasificación de la obesidad en 4 categorías atendiendo a criterios relacionados con la distribución de los depósitos de grasa:

Obesidad tipo I, caracterizada por el exceso de grasa corporal total sin que se produzca una concentración específica de tejido adiposo en alguna región corporal.

Obesidad tipo II, caracterizada por el exceso de grasa subcutánea en la región abdominal y del tronco (androide). La obesidad tipo II tiene mayor incidencia en varones, y suele asociarse con altos niveles de colesterol tipo LDL (es el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad). Esta situación aumenta el riesgo de aparición de alteraciones cardiovasculares y otras enfermedades asociadas.

Obesidad tipo III, caracterizada por el exceso de grasa víscero-abdominal.

Obesidad tipo IV, caracterizada por el exceso de grasa glúteo-femoral (ginóide). La obesidad tipo IV es más común en mujeres, resultando fundamental atender a situaciones críticas en las que se producen cambios determinantes en el organismo, como el ciclo reproductivo o embarazos repetidos, ya que dichas situaciones pueden favorecer un acumulo substancial de grasa en estos depósitos.

Podemos afirmar que el tipo de obesidad con mayor incidencia en distintas etapas de la vida de una persona es la exógena, ya que este tipo representa un 95% del total de casos observados. Así mismo, la obesidad exógena está asociada directamente con la incidencia de obesidad hiperplásica e hipertrófica en niños. Las células adiposas aumentan en número y son capaces de acumular una cantidad más elevada de grasa, incrementando su tamaño normal. Es entre los 5 y 7 años cuando los niños adquieren mayor número de células adiposas. En el caso de que un individuo tuviese una ingesta calórica excesiva en la dieta, indudablemente aceleraría dicho proceso y sería mucho más propensa a padecer la enfermedad.

Ante el cuadro crítico presentado, se percibe que la obesidad está directamente relacionada con la niñez y también con la adolescencia. Por tanto, es necesario un trabajo preventivo iniciado durante estas etapas con el fin de minimizar los riesgos para la salud derivados de la enfermedad, así como altos índices de incidencia durante la vida adulta.

¿Qué causa la obesidad?

No existe un factor único que induzca al desarrollo de obesidad, pero sí pueden intervenir varios condicionantes que, conjunta o aisladamente determinan el aumento acentuado de grasa corporal. Entre estos factores se encuentran el factor Genético, el factor Nutricional, el factor Psicosocial y la Inactividad.

1. Factor genético

La obesidad, durante mucho tiempo, fue considerada un trastorno del comportamiento que resultaba, simplemente, del exceso en el consumo de alimentos y/o de la inactividad física. Es lógico pensar que ambas circunstancias están asociadas con el aumento de peso corporal. A pesar de ello, estudios recientes revelan que el peso corporal está sujeto a una determinación genética substancial, respondiendo a una variación aproximada de un tercio en cuanto al Índice de Masa Corporal – IMC.

La influencia genética puede contribuir en las diferencias de la tasa metabólica en reposo entre individuos, así como en la distribución de grasa corporal y en el aumento de peso en respuesta a la ingesta excesiva de alimentos. Por tanto, es probable que algunas personas sean más propensas a la obesidad que otras en similares circunstancias ambientales, lo cual se ve incrementado por el estilo de vida sedentario y por el excesivo consumo de alimentos ricos en grasas.

La herencia genética tiene un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Si bien, la dificultad radica en determinar en qué proporción dicho condicionamiento

es el responsable de su desarrollo. Por otro lado, cuando se considera la influencia genética como factor de obesidad, es necesario recordar que será la interacción con el medio ambiente la que, en última instancia, determinará el que una persona sea o no obesa.

2. Factor nutricional

En relación al estilo de vida moderno, se asegura que el hábito de comer fuera de casa contribuye al aumento del tejido adiposo de las personas, ya que mayormente, las comidas suelen ser ricas en grasas y contienen un alto contenido calórico. Así mismo, aún siendo no demasiado pesadas, se tiende a desarrollar un consumo exagerado de estos alimentos, por lo que el efecto final se traduce en un elevado consumo calórico que contribuye de este modo al aumento del tejido adiposo.

La "sobrealimentación" no es el único determinante que influye en el aumento significativo de la grasa corporal. Otros, como la calidad de los alimentos, pueden inducir a un mayor consumo.

Hábitos alimentarios

Adultos

Entre los hábitos alimentarios que presentan un efecto protector para la obesidad se encuentra tomar un desayuno completo en calorías y nutrientes, consumir 4 ó 5 raciones de fruta y verdura al día, distribuir la alimentación diaria en 4 ó 5 comidas ligeras y seguir un patrón de ingesta que aporte menos del 35% de la energía a partir de las grasas.

Por el contrario, el consumo elevado de productos de bollería, refrescos azucarados y embutidos, un perfil dietético en el que el 38% o más de la ingesta sea a partir de las grasas o la ausencia de desayuno son factores de riesgo asociados a obesidad.

La distribución por sexo del consumo de estos grupos de alimentos puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Patrón diario de alimentos (poblac >1 año) por sexo. ENS 2006

España

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Fruta fresca	66,8	62,7	70,7
Verduras/hortalizas	40,6	35,4	45,6
Legumbres	3,5	3,6	3,4
Carne	17,3	18,7	16,0
Pescado	21,4	21,1	21,5
Embutidos/fiambres	20,6	25,1	16,3

Según el estudio EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) el consumo de fruta se sitúa en áreas españolas por encima de 300 gr./día en mujeres adultas y ligeramente por debajo en hombres, aunque con importantes diferencias geográficas. El mismo proyecto demuestra diferencias de género en cuanto a ingesta energética, con alrededor de 2000 calorías/día en mujeres y por encima de 2500 calorías/día en hombres.

Niños

La obesidad se produce básicamente por comer más calorías de las que ese cuerpo en concreto necesita. Al contrario de lo que muchas personas creen, la obesidad no es hereditaria, no está genéticamente condicionada sino que se produce en más del 90% de las ocasiones por comer más veces, tomar más cantidad de calorías, realizar escaso ejercicio físico, tener una vida sedentaria, picar o beber abundantes líquidos azucarados. En definitiva, se trata de un desequilibrio entre el consumo de calorías y lo que se gasta.

Muchos niños son obesos porque el modelo de alimentación familiar es inadecuado por excesivo, se come mucho y a cualquier hora, no se le permite al niño rechazar algún plato de comida, por ejemplo el postre o la leche, haciéndose el cerebro tolerante al exceso de comida.

Algunos padres creen que los niños tienen que comer una determinada cantidad de comida y esa forma de pensar está influenciada por sus creencias, por lo que comen otros niños o porque creen que comiendo más serán más sanos, más altos o más inteligentes. Este error sólo conduce a que sus hijos sean más anchos de cintura y más propensos a enfermar de diabetes y de otras múltiples enfermedades.

Este modelo inadecuado de alimentación explica y no la herencia, que cuando uno de los padres es obeso, sus hijos tengan un 50% de probabilidad de ser obesos también, alcanzando el 80% cuando ambos padres tienen obesidad.

Durante los primeros meses de vida los niños pueden ser "gorditos", porque sólo comen y duermen y apenas tienen actividad física. Por ello, el sobrepeso en los primeros dos o tres años de vida no es indicador de que en los siguientes años vayan a continuar así. Sin embargo, cuando se es "gordito" a la edad de seis a nueve años se tiene bastante posibilidad, estimada en el 50%, de ser obeso de adulto, que aumenta al 75% cuando el sobrepeso está presente entre los 10 y los 14 años.

3. Factor psico-social

La adolescencia representa una etapa caracterizada por alteraciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales intensas que potencian un desarrollo evolutivo. La persona pierde su morfología corporal infantil y adquiere otra prácticamente desarrollada, aunque con una mentalidad que no se corresponde con la "aparente adultez".

Otro punto relevante dentro del análisis psico-social es la relación entre la obesidad y el nivel socio-económico de los ciudadanos, donde la obesidad es más frecuente en niveles socio-económicos situados entre medios y altos, mientras que en los países en vías de desarrollo ocurre un predominio de desnutrición por déficit de alimentos.

El predominio de la obesidad se acentúa en las personas de nivel social bajo. Esto se debe al hecho de que las mujeres que pertenecen a estos estratos sociales no tienen tanto acceso a la información sobre dietas bajas en calorías y sobre la importancia de la actividad física para el control y prevención del sobrepeso, por lo que tienden a consumir productos más baratos, que son los que, en su mayor parte, mayor contenido calórico presentan.

4. La inactividad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como actividad física, cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético.

La falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso.

Cada vez existen más pruebas que implican la reducción de los niveles de actividad física como causa importante del aumento de la obesidad. Se han realizado varios estudios que demuestran que llevar una vida activa y sana ayuda a prevenir la obesidad. En especial, parece ser que el ejercicio contribuye a impedir el aumento de peso típico de la mediana edad.

¿Cuánto ejercicio tenemos que hacer?

En otros tiempos, las recomendaciones en la materia sugerían que la mayoría de las personas debía llevar a cabo una actividad física intensa durante un mínimo de veinte minutos al día. Veinte años después, los científicos y profesionales de la salud se han dado cuenta de que este grado de actividad es excesivo para la mayor parte de la gente. Además, se ha descubierto que no necesitamos esforzarnos tanto para obtener los beneficios que el ejercicio aporta a nuestra salud.

Las nuevas recomendaciones elaboradas prescriben sesiones regulares de una actividad de intensidad moderada. Así, caminar enérgicamente todos o casi todos los días durante unos treinta minutos ayuda a mejorar el bienestar físico y mental. El ejercicio físico en sesiones breves -por ejemplo, dos o tres sesiones de diez minutos cada una- es casi tan eficaz como hacer ejercicio de forma ininterrumpida durante el mismo tiempo y es más fácil de adaptar al ritmo de vida actual. Para aquellos a quienes no les gusta o les resulta imposible hacer ejercicio de forma planificada, el hecho de evitar o reducir el tiempo dedicado a actividades sedentarias puede resultar igualmente beneficioso. Por ejemplo, el simple hecho de permanecer de pie durante una hora al día en lugar de sentarse a ver la televisión consume el equivalente a 1-2 kg de grasa por año.

Las personas obesas deben elegir cuidadosamente el tipo de ejercicio que van a realizar a fin de evitar cualquier lesión de las articulaciones provocada por la práctica de actividades intensas en las que tengan que soportar su propio peso. La natación y el ciclismo son dos buenas opciones para las personas con sobrepeso.

Pautas para educar en actividad física

El ejercicio llevado a cabo de forma independiente y aislada no es sinónimo de obtener una salud adecuada y prevención-tratamiento de la obesidad. Por tanto, no vale cualquier ejercicio, cualquier intervención y de cualquier manera, el ejercicio debe estar adaptado a la situación y a la persona; y es por tanto que no produce los efectos preventivos si no se asocia a un tratamiento nutricional que vaya de la mano con él.

No obstante, debemos tener en cuenta que el deporte es un vehículo de la instauración de las rutinas de vida activa en niños, razón de peso por la que educar a los niños y niñas en un hábito deportivo sano.

Para combatir la obesidad hay que intervenir desde distintos ámbitos, ya que no puede haber contradicciones escuela-casa, casa-entrenador deportivo, incluso aquí podríamos incluir los mensajes de los medios de comunicación que tanto han influido.

En el caso más cercano a los más pequeños se encuentra el ámbito familiar, lo ideal es desarrollar modelos de ejemplo que sirvan a los niños como referencia para su futuro. La familia debe ser una pieza activa en la que el niño vea los pasos a seguir y no basta con decirle a nuestro hijo "haz deporte", el efecto educativo será mucho mayor si la decisión es tomada en conjunto y se convierte en un "hagamos deporte". Cuanto antes se inicie esta decisión mejor.

Sedentarismo

De la encuesta nacional de salud (ENS) del 2006 se desprenden los siguientes resultados relacionados con la actividad física:

El 60,5% de la población adulta a nivel nacional realiza ejercicio físico

La falta de tiempo, la preferencia por otras actividades de ocio y los problemas de salud, son los principales motivos alegados para la no realización de actividad física.

Las diferencias en cuanto a prevalencia de actividad física según grupo de edad en adultos son pequeñas, pero no así las diferencias de género. En España el porcentaje de mujeres que realiza actividad física es inferior al de varones.

57,5% en mujeres vs. 63,6% en varones. Población española

En población infantil, de 1 a 16 años, el porcentaje de sedentarismo es de 17,6% para los niños y de 22,9% para las niñas. Un 15,9% en España ve televisión más de 3 horas diarias entre semana y asciende a 38,6% y 35,8% respectivamente durante el fin de semana. El resto de frecuencia de consumo de televisión puede observarse en la tabla 3.

Según el estudio en niños de 11 a 18 años, el número de horas destinado a la realización de actividades sedentarias durante la semana es de 46,5 horas/semana, superior en chicos que en chicas y mayor en el ámbito urbano que en el rural. El 33,1% dedica 3 o más horas al día a ver la televisión, incluido

video y DVD (Disco Versátil Digital) entre semana. Este dato se incrementa hasta un 48,1% durante los fines de semana. (Tabla 3).

La no realización de ejercicio físico también se asocia a un exceso en el uso del ordenador y videojuegos y a la realización de actividades sedentarias como los deberes escolares.

Según un estudio de la OMS realizado en 72,845 niños de 34 naciones, casi un tercio de los jóvenes de entre 8 y 15 años son obesos.

Tras analizar cada caso por separado, encontramos un punto en común en todos ellos que explica este incremento en el número de jóvenes obesos, y que no es otro que el tiempo diario dedicado a los videojuegos.

El estudio nos dice que los niños de hoy en día pasan, ni más ni menos, una media de 3 horas diarias sentados delante de un monitor, normalmente jugando a videojuegos, pero también chateando o viendo televisión, y, por el contrario, no invierten ni un minuto en realizar ejercicio físico fuera de la escuela.

Así que los videojuegos se unen a una larga lista de factores, entre ellos la mala alimentación, y la falta de ejercicio, que están provocando el aumento de casos de obesidad infantil y adolescentes.

Lo más preocupante es que este dato no varía según la zona geográfica ni la clase social. Ya sean niños ricos o pobres, americanos, asiáticos o europeos... todos ellos dedican más tiempo a jugar a los videojuegos que a las relaciones interpersonales y al ejercicio físico.

Tabla 3. Tiempo de consumo de TV de población española menor de 15 años

	Ambos	Varones	Mujeres
Entre semana			
Total	100,0	100,0	100,0
Menos de 1 hora	31,3	31,8	30,8
1 hora	21,1	20,5	21,6
2 horas	31,6	31,0	32,2
3 o más	15,9	16,6	15,2
En fin de semana			
Total	100,0	100,0	100,0
Menos de 1 hora	24,4	24,5	24,2
1 hora	10,0	9,5	10,7
2 horas	26,8	27,2	26,4
3 o más horas	38,6	38,6	38,5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.
INE (Instituto Nacional Estadística)

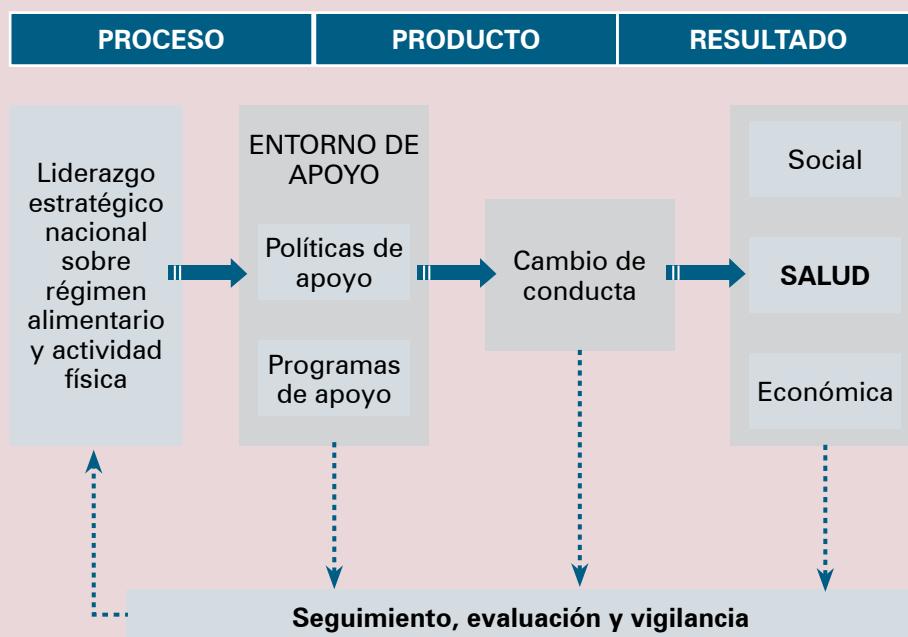
RESULTADOS

Deben asumirse cuantas iniciativas y actuaciones destinadas a promover la alimentación y actividad física saludable en la población, tales como:

1. Promover la actividad física adecuada a las distintas situaciones vitales y etapas de la vida.
2. Incorporar a los hábitos diarios la práctica de ejercicio físico suave y moderado con un tiempo de dedicación mínimo de 30 minutos en adultos y 60 minutos en jóvenes.
3. Evitar el sedentarismo y promover formas de vida saludables.
4. Mantener la dieta mediterránea en las distintas etapas de la vida, invirtiendo tiempo en cocinar platos tradicionales con alimentos frescos y de temporada.
5. Hacer de la comida un momento agradable, relajado y familiar, distribuyendo su frecuencia en 4 ó 5 veces al día, señalando la importancia del desayuno.
6. Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, recomendando 4-5 raciones al día equivalente a 400 gramos.
7. Reducir el consumo de alimentos muy energéticos sustituyendo las grasas saturadas por insaturadas, eliminando los ácidos grasos además de disminuir el aporte de azúcares libres.
8. Fomentar la ingesta de agua hasta al menos 1,5 litros/día (6-8 vasos/día) y reducir el consumo de sal a menos de 5 gr. /día.
9. Facilitar a los ciudadanos información y educación adecuada sobre alimentación y actividad física saludable y garantizar que la publicidad siga las recomendaciones del Código PAOS (Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos).
10. Comprometer que las actuaciones de la Estrategia estén basadas en la evidencia científica disponible en cada momento y asegurar la equidad para reducir las desigualdades sociales de la salud por motivos socioeconómicos o de género.

La OMS recomienda un marco para el seguimiento y evaluación de las políticas de alimentación y actividad física saludable que sirve de guía. Contempla la evaluación de aspectos ligados al proceso (diseño y actividades), al producto (medidas aplicadas) y al resultado (cambios relacionados con la alimentación y actividad física) (Tabla 4).

Tabla 4



Fuente: OMS

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nadie nace obeso: las personas se vuelven obesas a lo largo del tiempo por causa de hábitos y comportamientos inadecuados. Cuando esto sucede el origen puede ser debido, fundamentalmente, a factores nutricionales o a la falta de una actividad física adecuada.

El alcance de resultados satisfactorios transcurre por un proceso en el que, en primer lugar, se percibe el estado como indeseable; a continuación se produce una autodeterminación para cambiar el cuadro establecido y finalmente se generan las actitudes necesarias para transformar la situación generada.

Personas a las que los desafíos les seducen, cuando se vuelven obesos, se sitúan ante uno de los retos más importantes en sus vidas. Solos, con la ayuda de profesionales, con el apoyo de sus más allegados o de otras personas, quizás podrán conseguirlo.

Finalmente, los profesor@s de Educación Física, junto con las aportaciones de los profesionales de otras áreas de las ciencias del deporte en las escuelas, a través de trabajos de concienciación sobre la importancia de los ejercicios físicos y del control alimenticio para la salud y el bienestar, pueden ser de vital importancia para ayudar a los adolescentes con problemas por exceso de peso corporal. La decisión de la persona obesa en cuanto a modificar su estilo de vida dependerá también de ayudas externas, en donde los profesionales de la salud no sólo van a poder realizar indicaciones precisas, sino también representarán un modelo ejemplar si asumen un compromiso y desarrollan unas actitudes correctas como agentes promotores de la salud.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

No one is born obese: people become obese over time because of inappropriate habits and behaviors. When this happens the origin may be due mainly to nutritional factors or lack of adequate physical activity.

The achievement of satisfactory results goes through a process in which, first, the state is perceived as undesirable; Then there is a self-determination to change the established table and finally the necessary attitudes are generated to transform the situation generated.

People who are seduced by challenges, when they become obese, face one of the most important challenges in their lives. Alone, with the help of professionals, with the support of your closest friends or other people, maybe you can get it.

Finally, physical education teachers, along with the contributions of professionals from other areas of sports sciences in schools, through awareness raising about the importance of physical exercises and food control for health and Wellbeing, can be of vital importance to help adolescents with problems with excess body weight. The decision of the obese person to change their lifestyle will also depend on external help, where health professionals will not only be able to make precise indications, but also represent an exemplary model if they assume a commitment and develop attitudes Correct as health promoting agents.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud WHA57.17. Ginebra, 2004.
2. Conferencia Europea de la OMS contra la Obesidad. Influencia de la dieta y la actividad física en la salud. Oficina Regional para Europa de la OMS., noviembre 2006.
3. Organización Mundial de la Salud. II Plan de acción Europeo sobre políticas de alimentación y nutrición 2007-2012. Oficina Regional para Europa de la OMS.
4. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Blanco. Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Bruselas, 2007.
5. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Madrid, 2005.
6. Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2006.
7. Moreno L, Mesana MI, Fleita J, Ruiz JR, González-Gross M, Sarría A, Marcos A, Bueno M. AVENA Study Group. Overweight, obesity and body fat composition in spanish adolescents.
8. Moreno C, Rivera F, Ramos P, Jiménez-Iglesias A, Muñoz-Tinoco V, Sánchez-Queija I, Granado M.C. (2008). Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).
9. Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. España. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Medicina clínica 2003.

Revisión actualizada del Síndrome de Alienación Parental; cuando la comunidad científica y jurídica se encuentra dividida con respecto a su legitimidad y autenticidad

Updated review of Parental Alienation Syndrome; when the scientific and juridical community is divided on its legitimacy and authenticity

Resumen

Pese a los intentos de una y otra parte por acabar el debate, a día de hoy la alienación parental sigue ocupando un lugar de privilegio en la controversia internacional sobre si existe o no un síndrome con un cuadro de características supuestamente definidas desde 1985. Tras la publicación en el año 2013 de la DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría), muchos han pretendido concluir que no hay legitimidad ni autenticidad en el mismo. Sin embargo, una lectura sosegada y paciente nos indica que hay motivos para no elevar a definitivo el hecho de que su ausencia en dicha clasificación norteamericana de trastornos mentales implique su desaparición de la práctica clínica y jurídica. En este artículo confrontaré puntos de vista para reflexionar sobre una realidad que algunos ya han definido como una forma de maltrato al menor.

Palabras clave:

alienación, parental, síndrome, controversia, investigación, jurisprudencia.

Summary

Es spite attempts by both sides to end the debate, parental alienation continues to occupy a privileged place in the international controversy over whether or not there is a syndrome with a pattern of characteristics supposedly defined since 1985. After the Published in 2013 of the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association), many have tried to conclude that there is no legitimacy or authenticity in it. However, a calm and patient reading indicates that there are reasons not to raise to definitive the fact that its absence in the American classification of mental disorders implies its disappearance of clinical and legal practice. In this article, we will confront points of view to reflect on a reality that some have already defined as a form of abuse to the child.

Keywords:

alienation, parental, syndrome, controversy, investigation, jurisprudence.

AUTOR

José Carlos Ochoteco Hurtado.
Psicólogo Clínico
Member of New York State
Psychological Association
East Syracuse (NY)

Sin fuentes de financiación, ni conflictos de intereses.

El contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

No se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc., en ningún congreso o jornada.

No ha sido necesario ningún tipo de consentimiento informado para la realización de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La primera definición sobre el SAP (síndrome de alienación parental) fue de Richard Gardner, profesor de psiquiatría infantil de la Universidad de Columbia (New York City), que en 1985 formuló dicho concepto en el artículo titulado **“Tendencias recientes en el divorcio y la litigación por la custodia”** (1), definiéndolo como: *“...es un trastorno de la infancia que surge casi exclusivamente en el post-divorcio en el contexto de conflictos de guarda o custodia. Su manifestación primaria es la injustificada campaña de denigración emprendida por el niño contra uno de sus progenitores. Esto resulta de la combinación de una programación (lavado de cerebro) por cuenta del otro progenitor, por una parte, y de las propias contribuciones del niño a la difamación del progenitor alienado, por la otra”*.

Durante los años ochenta del pasado siglo, Gardner llevó a observar, durante las evaluaciones de menores para definir la custodia en los juzgados de su país, el creciente número de hijos que denigraban a uno de sus progenitores, hasta el punto de expresar en ocasiones odio hacia el padre al que una vez amaron. En estos estudios, Gardner reconocía, en la mayoría de ocasiones, a la *“madre”* como el progenitor alienador y al *“padre”* como el progenitor alienado. Años más tarde, en 1992, en el libro **The Parental Alienation Syndrome (2)**, afirmaba: *“... muchos de estos chicos orgullosamente declaran, que la decisión de rechazar a sus padres, es únicamente suya. Ellos niegan cualquier contribución de sus madres. En realidad sus madres muy a menudo declaran que ellas quieren que sus hijos vean a sus padres, y reconocen incluso la importancia de esta relación”*. Según su criterio, estos niños, asumiendo que la decisión es suya, eliminaban la culpa de sus madres y las protegían de la crítica.

Según Gardner, el componente de lavado de cerebro en el SAP podía ser más o menos consciente de parte del progenitor alienador, que *“programaba”* al hijo y generalmente se producía de manera sistemática y sutil. Posteriormente, el niño contribuía activamente a esta campaña de denigración, manteniéndose un flujo de refuerzos entre el niño programado y el progenitor programador (alienador) en contra del progenitor rechazado (alienado). Pese a estas contribuciones del hijo, Gardner contemplaba al padre alienador como el adulto responsable que creaba o transmitía un conjunto negativo de creencias al respecto del progenitor alienado.

Así las cosas, Gardner sostenía que las experiencias cariñosas del niño con el padre en el pasado eran reemplazadas por una nueva realidad y el escenario negativo transmitido por el progenitor alienador, creaba en el niño diferentes grados de rechazo por

el padre. A la luz de estas observaciones, Gardner previno que las afirmaciones de los niños (en casos de divorcio/custodia) que versan sobre el rechazo a uno de los progenitores, no deberían tomarse en consideración literalmente, sino que deberían ser evaluados por el filtro de las dinámicas del SAP.



Tras la irrupción de Gardner, muchas han sido las controversias sociales, científicas y jurídicas surgidas en torno a él. De tal modo que, posteriormente, los profesionales de diferentes ámbitos, investigadores, científicos, abogados, jueces y organismos internacionales no se han puesto de acuerdo sobre la existencia o no del síndrome.

CONTENIDOS

Antes de analizar el desarrollo de dichas controversias, veamos que ocurrió con Gardner y su posicionamiento. Por ejemplo, sabemos, que en el momento culminante del tumultuoso escándalo en que la ex compañera de Woody Allen, Mia Farrow, lo acusó de abuso infantil, los defensores de Gardner señalaron que apelar al abuso sexual era una manera muy efectiva de vengarse de un cónyuge odiado. Algunos interpretaron esto como un diagnóstico tácito de SAP, infiriendo que Gardner había tomado partido por Allen y que éste creía que Farrow había manipulado a sus hijos creyendo falsamente que Woody Allen era un abusador sexual.



Tampoco ayudó que Gardner, en un principio, declarara repetidamente que los padres merecían más protección jurídica contra las madres alienantes que al revés. Escribiendo en la Academia Americana de Psicoanálisis en 1994, lo siguiente: *“La campaña de denigración emprendida por muchos padres (madres con más frecuencia que padres) puede ser viciosa y creativa. Las madres suelen estar más unidas a sus hijos que los padres, y es más probable que*

participen en una gran variedad de manipulaciones diseñadas para fortalecer sus posiciones en las disputas de custodia”.

No obstante, posteriormente Gardner modificó sus teorías sobre las mujeres y el SAP. “En los últimos años he visto un cambio que ha llevado la proporción ahora a 50-50”, escribió en un informe del año 2000. Pero ya el legado de sus declaraciones anteriores había permanecido y ello llevó a muchos argumentar que el SAP era sólo una herramienta utilizada por los hombres para confiscar la custodia de cualquier madre que reclamara abuso, una idea reforzada por casos famosos como el de Allen.

En el año 2001, Richard A. Warshak (3) publicó un excelente artículo titulado: *Controversias actuales sobre el síndrome de alienación de los padres en el American Journal of Forensic Psychology*. Presentaba argumentos muy objetivos y comprensivos centrados en los temas comúnmente citados contra el SAP. Afirmaba que los detractores de SAP a menudo argumentan que:

- El SAP simplificaba excesivamente la etiología de la alienación infantil.
- La alienación de los hijos de uno de los padres era normal, por lo tanto, no es un trastorno en absoluto.
- El SAP conducía a la confusión en el trabajo clínico con los niños, no era confiable o válida.
- El SAP carecía de una base científica para ser considerado un síndrome.
- Tanto el SAP como su diagnóstico, curso y tratamiento eran inadmisibles.
- El SAP era anti-feminista y culpaba injustamente a las mujeres.
- El SAP obligaba a los niños a estar con un padre odiado que era posiblemente un abusador.
- El SAP no estaba en el DSM-IV por lo tanto no existía.

Por su parte, una institución norteamericana, el National Council of Juvenile and Family Court Judges, determinó en 2004 en su guía: *“Navigating Custody & Visitation Evaluations in Cases with Domestic Violence: A Judge’s Guide”* que: “La teoría de Richard Gardner que postula la existencia del ‘Síndrome de Alienación Parental’ o ‘SAP’ ha sido desacreditado por la comunidad científica. Testimonios de que una de las partes en un caso de custodia sufren del síndrome deberían por tanto ser considerados inadmisibles (...)” (pág. 21).

Posteriormente, la psicóloga Joyanna Silberg (Baltimore), representante del Consejo de Liderazgo sobre Abuso Infantil y Violencia Interpersonal de USA, reconoció que había visto muchos divorcios en los que los progenitores –normalmente padres– engañaban a jueces y evaluadores de casos con el término alienación de los padres y se convertían así en

víctimas. Silberg se opuso firmemente a muchas de las nociones originales de Gardner sobre el SAP.

En España, contamos con un interesante trabajo de Sonia Vaccaro y Consuelo Barea (4), que va en este sentido. En *El pretendido síndrome de alienación parental (2012)*, ambas psicólogas hablan de constructo pseudo-científico, argumentando que los que defienden el SAP consideran falso el testimonio de las madres e hijos, sin dar lugar a que pudieran existir causas válidas que justifiquen el rechazo hacia el padre. Es decir, para dichas autoras los defensores de la existencia del SAP dan por hecho que la madre ha “lavado el cerebro a sus hijos” para ponerles en contra del padre y, por este motivo, la custodia ha de ser para el padre denunciado, sin recurrir a una investigación que compruebe que pueden existir causas reales que hayan provocado ese sentimiento de rechazo del hijo hacia su padre. Además, señalan también que el SAP se ha convertido en un instrumento ad hoc que además invisibiliza el incesto y la violencia de género preexistentes.

Todo ello nos lleva al hecho cierto de que hablar de alienación parental es, sin duda, una fuente de controversias; ¿Cómo podríamos agruparlas para entender mejor a los que defienden el constructo y a los que lo niegan?

a) Controversia social asociada a lo que ya es denominado desde distintos sectores como la “*lucha de géneros*”. Así, desde las asociaciones de padres separados con frecuencia se justifica cualquier rechazo de los hijos hacia el progenitor no custodio aludiendo a dicho fenómeno; por su parte, desde las asociaciones feministas tiende a considerarse como un concepto sexista y discriminatorio para las mujeres. En este sentido, cuando el SAP se aborda desde la violencia de género es interpretado como un acto más de victimización hacia la mujer pareja, encontrándonos que las posiciones se radicalizan en extremo.

b) Controversia técnico-científica que podríamos recoger en torno a tres cuestiones principalmente.

1. Falta de incursión en las clasificaciones internacionales de los desórdenes mentales (APA – *American Psychiatric Association*– y OMS –*Organización mundial de la salud*–) lo que es señalado como una debilidad científica del constructo. (Veremos después que esto tiene sus matices.)
2. Desacuerdo con las medidas jurídico-forenses de modificaciones del régimen de custodia y limitaciones en las interacciones parentofiliales respecto al progenitor alienador adoptadas en algunos casos.
3. Rechazo al constructo por entender que cronifica la conflictividad intrafamiliar al diluir las responsabilidades de todos los miembros del núcleo familiar en la relación disfuncional creada.

c) Controversia jurídica que se materializa en jurisprudencia dispar en relación al abordaje judicial del SAP y que contribuye a crear una situación de inseguridad jurídica para los usuarios de la Administración de Justicia. A este respecto destacar el posicionamiento que se ha adoptado desde el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial, un tanto precipitado si se considera que no existe acuerdo científico actual entorno al SAP, y que se ha plasmado en la Guía de Criterios de Actuación Judicial frente a la Violencia de Género.

Además, y como muestra de esa no uniformidad de criterios técnicos podemos citar el Comunicado emitido desde la Coordinadora de Psicología Jurídica del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (infocoponline, 18 de junio de 2008): *“Deseamos avalar la conveniencia del análisis de la problemática que se conoce como síndrome de alienación parental en la evaluación psicológica, tanto en el ámbito forense del Derecho de Familia como de otros relacionados”*.

Pero, ¿Qué ocurre con el argumento de que es un síndrome no reconocido por la ciencia? ¿Qué piensan los psicólogos clínicos a este respecto? ¿Qué nos dice la investigación posterior al trabajo de Gardner?

Como antecedentes, tenemos el estudio de Waldron y Joanis de 1996 (5) que describieron a los menores que habían sido sometidos a los esfuerzos del progenitor alienante que se describieron como *“tan despiadados, sofisticados y persistentes, jugando fuertemente en las lealtades, los temores y hasta la confianza del niño que la capacidad de mantener una relación independiente con el padre objetivo será lenta y lentamente aplastada”*. Dichos menores se negaban a tener en cuenta las contradictorias evidencias, espiaban al progenitor alienado y creían cada palabra del padre favorecido. La descripción que llevan a cabo estos profesionales era concordante con la Gardner.

En un estudio posterior, de 2007, Baker y Darnall (6) encuestaron a 68 padres de niños que estaban severamente alienados (según lo identificado por los padres encuestados). Los padres respondieron afirmativamente a la declaración: *“Su relación con su hijo está actualmente severamente dañada debido a las acciones y actitudes del otro padre. Su hijo profesa no querer nada que ver con usted y el acceso es mínimo en el mejor de los casos”* y luego indicó la frecuencia con la que sus hijos exhibieron 16 comportamientos, 8 de los cuales eran manifestaciones de comportamiento de SAP de Gardner, mientras que los otros no. Además de indicar qué conductas eran consistentes con su hijo, también se les pidió que compartieran un breve ejemplo o historia. Los resultados revelaron que las ocho manifestaciones conductuales fueron exhibidas de hecho por

los niños severamente alienados, mientras que los otros comportamientos no lo fueron.

Por otro lado, William Bernet llega a definir la alienación de los progenitores como un estado mental en la que el niño, *–generalmente uno cuyos progenitores están involucrados en un divorcio de alto conflicto–* se alía fuertemente con uno de los progenitores (el preferido) y rechaza una relación con el otro (el alienado) sin justificación legítima. Este proceso conduce a un resultado trágico cuando el niño y el padre alienado, que previamente tuvieron una relación amorosa y mutuamente satisfactoria, pierden el vínculo y la alegría de esa relación que tuvo lugar durante sus vidas. Bernet estimó que el 1% de los niños y adolescentes en los Estados Unidos experimentan la alienación de los padres.

El propio Bernet (7), previamente a la publicación del DSM-V, en el artículo de marzo de 2010 de Bernet, von Boch-Galhau, Baker y Morrison, **Parental Alienation, DSM-V y ICD 11**, daba veinte razones por las que él consideraba que la alienación parental debería ser un diagnóstico. Entre ellas podríamos destacar que el apego era un factor de desarrollo muy importante y que la alienación de los progenitores podía conceptualizarse como Trastorno de Apego.



¿Y qué nos dice la DSM-V?. Este ha sido seguramente el campo de batalla más seriamente disputado en Estados Unidos; profesionales que se oponían al reconocimiento del SAP y que se empeñaron en mantenerlo fuera de la quinta edición. ¿Lo consiguieron? En España se da por hecho de que sí, de que no hay ni rastro del mismo pero, ¿es así realmente?.

Aunque el SAP como tal todavía está excluido del DSM, lo que se incluye son conceptos que se aproximan lo más posible al SAP sin que se le llame de este modo. Gracias a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), el SAP está casi conectado como un trastorno oficial. Digo "casi" porque esas palabras exactas no están en el DSM-5. Sin embargo, contamos con varias categorías que hacen descripciones diagnósticas muy cercanas a las definiciones clásicas del síndrome.

A) Problema relacional entre padres e hijos; tiene ahora un debate en el DSM-5, y no sólo una etiqueta. El análisis explica que los problemas cognitivos en un problema relacional entre padres e hijos *"pueden incluir atribuciones negativas del otro, hostilidad o culpabilización del otro, y sentimientos injustificados de distanciamiento."* Esta puede ser una descripción muy aproximada de un niño de un progenitor alienado, a pesar de que convendríamos de lo inadecuado de la palabra distanciamiento.

B) Maltrato psicológico infantil: es un nuevo diagnóstico en el DSM-5. Se define como *"actos verbales o simbólicos no accidentales de los padres o cuidadores que causan, o tienen el razonable potencial de causar un daño psicológico significativo a un niño."* En muchos casos, el comportamiento del progenitor alienante constituye abuso psicológico al niño.

C) Niños afectados por angustia de relación parental; es otro nuevo diagnóstico en el DSM-V. Debería utilizarse *"cuando sea objeto de atención clínica si los efectos negativos de la discordia en la reacción parental (por ejemplo, altos niveles de conflicto, angustia o menosprecio) sobre un niño en la familia, incluyen efectos sobre los trastornos mentales del niño u otros trastornos físicos"*. Esto también es una buena descripción de cómo se produce la alienación parental.

D) Trastorno ficticio impuesto a otro; es la terminología DSM-5 para el trastorno ficticio por poderes o trastorno de Munchausen por poderes. Su definición es *"falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o la inducción de la lesión o enfermedad, en otro, asociada con el engaño identificado"*. En algunos casos, eso describiría el comportamiento del progenitor alienador.

E) Síntomas delirantes en el compañero de una persona con trastorno delirante: es la terminología DSM-V para un trastorno psicótico compartido o folie a deux. La definición es; *"en el contexto de una relación, el material delirante del compañero dominante proporciona contenido para la creencia delirante del individuo que, de otro modo, puede que no cumpla plenamente los criterios para el trastorno delirante."*

A este respecto, la psicóloga Barbara Kay afirma con precisión, que lo que aparece en el DSM-V no es exactamente SAP; pero está cerca. De este modo, defiende que cualquier profesional de la salud mental, que de otra manera haría un diagnóstico de SAP, puede ahora hacer un diagnóstico de *"problema de relación padre-hijo"* y tener el *"permiso"* de la APA y su DSM-V.

¿Y qué encontramos en la CIE-10?; vemos, en problemas relativos a la crianza (Z-62), dos epígrafes que algunos profesionales han utilizado para afirmar que cierta sintomatología del menor podría tener cabida; (Z62.5): Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño y (Z62.6): Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza.

A nivel europeo también hay ejemplos de profesionales a favor de considerar la alienación parental como un hecho real. En Finlandia, Anja Hannuniemi (8), abogada, licenciada en derecho e investigadora, ha realizado investigaciones y ha enseñado derecho penal en la Universidad de Helsinki durante veinte años. Cuando supo del concepto de alienación parental en el año 2000 se dio cuenta que el mismo había sido un factor en las disputas de custodia más difíciles. En muchos de los casos tenía la certeza de que era algo inducido por uno de los progenitores o incluso algo peor; inducido por trabajadores sociales involucrados en los divorcios.

En Alemania, por su parte, un gran número de profesionales alemanes de la salud mental y del derecho han estudiado la alienación parental. Ya en 1995, Wolfgang Klenner (9), un psicólogo forense, en un artículo importante, ***"Rituales de rechazo de contacto de los padres en separación o divorcio"***, describe, como una de las posibles causas del rechazo de mantener contacto de un hijo sobre su progenitor, el hecho de que el menor haya sido fuertemente manipulado.

En España, uno de los grandes defensores del SAP, Jose Manuel Aguilar (10), publicó en el año 2004 el libro; ***El síndrome de Alienación Parental; hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro.*** Desde un enfoque práctico pero riguroso, describe el proceso por el cual un progenitor transforma la conciencia de sus hijos con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro, hasta conseguir que lo odie y rechace. El autor reflejó su experiencia cotidiana en los Tribunales a través de casos reales e incluye estrategias y consejos terapéuticos para prevenir o abordar la patología.

Posteriormente, autores como Asunción Tejedor o Juan Luis Linares normalizan el debate y asumen el SAP como una forma de maltrato en el primero de los casos o como una práctica alienadora familiar, en el caso del segundo. En el libro ***Síndrome de Alienación Parental: Una forma de maltrato,*** Tejedor (11) presenta la incidencia actual del SAP o Alienación Parental (AP) en España. Por su parte,

Linares, (12) en *Prácticas alienadoras familiares: El "Síndrome de Alienación Parental reformulado"*, trata las prácticas alienadoras familiares, una modalidad de maltrato infantil especialmente difícil de combatir, ya que se encuentra en la encrucijada entre la parentalidad y la relación conyugal. Otro ejemplo reciente lo tenemos en el magistrado de familia de Sevilla, Francisco Serrano, que le dedica un capítulo al síndrome de alienación parental en su libro; *Relaciones paterno-filiales* de 2010.

De acuerdo entonces, contamos con profesionales a favor y en contra. ¿Qué nos aportan por su parte las instituciones judiciales? Veamos alguna jurisprudencia al respecto.

a) Tribunal europeo de derechos humanos; sentencia 02/09/2010, caso Mincheva contra Bulgaria, dice en su apartado 99: *"El Tribunal estima igualmente que al no obrar con la debida diligencia, las autoridades internas, con su comportamiento, favorecieron un proceso de alienación parental en detrimento de la demandante, vulnerándose así su derecho al respeto de la vida familiar, garantizado por el artículo 8"*. Esto implica que el alto tribunal establece el concepto jurídico "alienación parental" y declara que vulnera el derecho humano al respeto de la vida familiar del progenitor alienado, condenando al Estado cuyas autoridades lo permiten. De esta forma, sin necesidad de apelar a la psiquiatría o a la psicología, es decir, sin necesidad de síndrome (SAP), desorden o trastorno, queda claro que hacer a un niño ajeno a su padre o a su madre vulnera el derecho humano del progenitor que establece el art. 8 del Convenio.

b) Tribunal Supremo de España; Sala de lo Civil, en Sentencia de 30-6-2009, FJ 5 párr. 4º: *"Pero de estas sentencias se debe extraer la doctrina según la cual constituye una violación del derecho a la vida familiar reconocida en el Convenio, el impedir que los padres se relacionen con sus hijos"*.

c) Corte de Apelaciones de Texas (USA); confirma el cambio de custodia a favor del padre a causa de SAP provocado a los niños por la madre y abuelos maternos (el SAP es "modificación sustancial de las circunstancias" de la sentencia de divorcio); la Corte considera que las pericias de los médicos pasan la prueba más estricta para la admisibilidad de la evidencia científica (conocida como la prueba de Daubert). Sentencia de 2 de noviembre de 2011; Caso Grove v. Grove.

d) Audiencia provincial de Alicante, sección cuarta. Junio de 2011. Niño de 12 años con SAP severo diagnosticado. Decisión judicial de cambio de custodia. El juez entiende que una instrumentalización emocional del menor por parte de unos de los progenitores en contra del otro le ha generado dicho trastorno mental.

CONCLUSIONES

Con esta revisión al respecto del concepto de Alienación Parental he querido reflexionar brevemente y actualizar cómo se ha tratado el mismo hasta la fecha, haciendo un contrapeso entre detractores y defensores y aclarando humildemente aquellas cuestiones que se hayan podido malinterpretar en estos últimos años.

Podemos sentar la base de que las dos clasificaciones diagnósticas utilizados por la psiquiatría y psicología modernas en occidente, el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales) y el CIE-10 (La Clasificación Internacional de Enfermedades), reconocen parte de los síntomas que se atribuyen históricamente a este constructo inicial planteado en el último cuarto del siglo XX por Richard Gardner.

En todo caso, y teniendo en cuenta que la comunidad internacional aún no le ha dado al mismo categoría diagnóstica inequívoca, seguiremos a la expectativa de cómo evoluciona el uso profesional que hagan evaluadores y peritos así como observar la jurisprudencia que continúe produciéndose en instancias judiciales e internacionales.

CONCLUSIONS

With this revision of the concept of Parental Alienation I wanted to think briefly and update how it has been treated so far, making a counterbalance between detractors and defenders and humbly clarifying those issues that have been misinterpreted in recent years.

The two diagnostic classifications used by modern psychiatry and psychology in the West, the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and ICD-10 (International Classification of Diseases), recognize the symptoms that are historically attributed to this initial construct raised in the last quarter of the twentieth century by Richard Gardner.

In any case, and bearing in mind that the international community has not yet given it the same unequivocal diagnostic category, we will continue to expect the evolution of professional use made by evaluators and experts, as well as to observe jurisprudence that continues to occur in judicial and international organizations.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gardner, R. A. *“Tendencias recientes en el divorcio y la litigación por la custodia”*. The Academy Forum, 1985.
2. Gardner, R. A. *The Parental Alienation Syndrome: A Guide for Mental Health and Legal Professionals*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, Inc. 1992.
3. Richard A. Warshak, artículo *“Controversias actuales sobre el síndrome de alienación de los padres”* en el American Journal of Forensic Psychology, 2001.
4. Sonia Vaccaro y Consuelo Barea, *El Pretendido síndrome de Alienación Parental*, 2012, editorial Desclée De Brouwer.
5. Kenneth Waldron y David Joanis, *Understanding and Collaboratively Treating Parental Alienation Syndrome*, American Journal of Family Law. Vol. 10. 121-133, 1996.
6. Baker, A.J.L. & Darnall, D. *A Construct Validation Study of the Eight Components of Parental Alienation Syndrome*. Journal of Divorce and Remarriage. 47(1/2) 55-75, 2007.
7. William Bernet, von Boch-Galhau, Baker y Morrison, *Parental Alienation*. The American Journal of Family Therapy, 38:76–187, 2010.
8. Hannuniemi, A. (2007). *“Alienating a child from one parent: A threat to children’s wellbeing”*. Oikeustiede—Jurisprudentia, 1–126. Finland. 2007.
9. Klenner, W. (1995). *“Rituals of contact refusal from parents in separation or Divorce”*. Zeitschrift fur das gesamte Familienrecht, 42(24), 1529–1535. Alemania, 1995.
10. Aguilar, J. M. Síndrome de Alienación Parental. Hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro. Córdoba: Almuzara, 2004.

IMÁGENES

(Referencias por orden de aparición en el texto)

http://rationalwiki.org/wiki/Richard_A._Gardner

<http://wkwfamilylaw.com/parental-alienation-crime>

<http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4949/DSM5-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-los-Trastornos-Mentales.html>

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de trabajo de FeSP-UGT Andalucía y en especial a José Luis de Isla Soler, por estos diez años de esfuerzo común, al equipo técnico del CAI Luis Toribio de Velasco de Sevilla por acogerme cuando empezaba y a Raquel Calero por enseñarme el camino de la Psicología Clínica.

Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria

Resumen

Un cuerpo mal alimentado o destruido se expone a una bajada de defensas y el organismo estará vulnerable a las enfermedades. Además, tardará más en recuperarse de las enfermedades e, incluso, están más expuestos a sufrir demencia debido a la deshidratación y falta de nutrientes en su cerebro. Quizás la medicina más importante para un paciente es una correcta alimentación.

En la práctica, los dirigentes y el personal de gestión, son los que encargan de planificar los menús, comprar los ingredientes y supervisar todo el proceso. Los jefes como el personal de cocina se encargaran de que todo vaya bien. Estos servicios profesionales también lo hacen con equipos que aportan una gran productividad a la labor que realizan teniendo como resultado una comida de gran valor nutricional sin renunciar a lo gastronómico.

Palabras clave:

paciente, alimentos, seguridad, cocina.

Safety of the patient from the hospitable kitchen

Summary

A poorly badly fed or malnourished is exposed vulnerable to the diseases. In additin, it will take longer to recover from illnesses and are even more exposed to suffer dementia due to dehydration and lack of nutrients in the brain. Perhaps the medicine more important for a patient is a correct feeding.

In the practice, the leaders and the personal of management, are which is responsible of plan them menus, buy them ingredients and supervise all the process. The heads as the personal of kitchen is in charge of that all go well. These professional servicies also do it with teams that give the work resulting in a food of hig nutritional value without renouncing the gastronomic high productivity.

Keywords:

patient, food, safety, kitchen.

AUTORES

Aitor Gabriel Márquez García
Ayudante de Cocina

Tamara García Maldonado
Pedagoga

Thais Maria Nieto Perez
Ayudante de Cocina

Luna Márquez García
Estudiante de Grado de Enfermería

Se ha presentado como Comunicación en:

II Jornadas Nacionales Virtuales sobre La Seguridad Del Paciente

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

6.944 Plazas ¡Próxima convocatoria!

OPE 2016 + 2017

Aprobadas en mesa sectorial las plazas para la convocatoria de la oferta de empleo 2017. Pendiente de su publicación en el BOJA.


Rodio
ediciones
Formación para el empleo

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la comida en los hospitales no ha gozado de buena fama. Un hándicap al que se enfrentan quienes tienen que dar de comer a personas enfermas es precisamente la falta de apetito que habitualmente sufren a causa de la enfermedad, pero para que se restablezcan y recuperen la salud cuanto antes, que éstos sigan una buena alimentación es un requisito esencial.

Por eso, los menús que se sirven en los hospitales no solamente pasan rigurosos controles de calidad alimentaria, sino que además exigen de un largo proceso de planificación para garantizar que cada paciente reciba los nutrientes que necesita, evitando aquellos alimentos o aditivos alimentarios que perjudican a su salud y disfruten del bienestar que aporta el momento de la comida. Son muchos los detalles que hay que cuidar en la cocina y el servicio de menú de los enfermos. Las dietas deben ser higiénicamente seguras; sería una irresponsabilidad por nuestra parte que a través de los alimentos generáramos una toxiinfección, intoxicación... La seguridad alimentaria en los hospitales se establece la implantación actual que poseemos de certificación de calidad ISO 9001/2008, el sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos) y la formación continuada a todo el personal implicado en la elaboración diaria de nuestros menús. Además, los hospitales necesitan hacerlo con presupuestos reducidos, cuentan con un servicio de profesionales con un software que vigila la calidad alimentaria, siendo la solución ideal para ofrecer a los pacientes las mejores atenciones y ahorrar en costes.

CONTENIDOS

Un cuerpo mal alimentado o desnutrido se expone a una bajada de defensas importante y, en este estado, el organismo será incapaz de combatir las agresiones quedando vulnerable a las enfermedades. Si ya de por sí la persona se encuentra delicada de salud, su sistema inmunitario no podrá realizar las funciones habituales, entre ellas, la de defensa inmunitaria. La medicina más importante para un paciente es la correcta alimentación. Solo a las evidencias hay que remitirse: los ancianos que se alimentan bien viven más y enferman menos. Mientras que aquellos otros que tienen una dieta deficiente, envejecen más prematuramente, sufren roturas de huesos, tardan más en recuperarse de las enfermedades e, incluso, están más expuestos a sufrir demencia debido a la deshidratación y falta de nutrientes en su cerebro.

En estas labor participan un grupo de expertos como son los dirigentes y el personal de gestión, que se encargan de planificar los menús, comprar los ingredientes y supervisar todo el proceso, desde el cocinado hasta el servicio del plato al enfermo; los jefes y encargados de cocina que velarán porque todo salga conforme a lo previsto y no haya fallos en la elaboración y servicio de los menús y, finalmente, los cocineros, pinches y el personal auxiliar que se encargan de cocinar los alimentos, de servirlos y de mantener la higiene de la cocina.

El servicio es completo. Abarca desde la adquisición de los suministros hasta la elaboración de los menús, pasando por el control de las dietas y la medición de las cantidades, el servicio de los alimentos en un plazo de tiempo correcto, la calidad de los platos



Cocina (Ferrer Arquitectos)

y su aspecto y que estos conserven su temperatura ideal hasta el momento de ser consumidos. Además, también deben cuidar el presupuesto destinado a su función y al servicio completo, teniendo en cuenta que deben dar cobertura a todos los pacientes ingresados durante todo el año sin suponer un gasto desorbitado al hospital. La profesionalidad y formación del personal implicado son las bases del éxito.

El equipamiento habitual en los servicios de restauración hospitalaria

Además de invertir en alimentos de calidad y variados, estos servicios profesionales también lo hacen en equipos que aportan una gran productividad a la labor que realizan:

- Cocedores a vapor: para verduras, pescados, etc., que cocinan sin grasa y conservando los nutrientes y frescura de los alimentos en pocos minutos.
- Hornos mixtos de convección-vapor: tienen la ventaja de que permiten cocinar varias clases de alimentos a la vez sin mezclar sabores ni olores, lo cual facilita la preparación de muchas raciones al mismo tiempo.
- Freidoras continuas: permiten grandes producciones y programar el tiempo y la temperatura del aceite.
- Aparatos mixtos basculantes-marmitas: para ahorrar espacio, aceite, tiempo, etc.

Autoclaves de cocción

Para evitar enfriamientos se usan armarios calientes, hornos y el baño maría. Con el fin de aumentar la productividad y la eficacia, los sistemas más habituales en la cocina hospitalaria son: cocinar-refrigerar, cocinar-congelar y cocción al vacío.

El trabajo en equipo y coordinado garantizará los buenos resultados del servicio. Por eso es imprescindible contar con una empresa profesional que utilice un programa especial para clínicas y hospitales que gestione este servicio de manera centralizada y cualificada, que conseguirá, en base a su experiencia, coordinar al personal cualificado para que realice una buena labor en todo momento, evitando los trastornos que podría ocasionar el gestionar a un gran número de empleados que, en diferentes momentos, presentasen problemas o desencanto con su trabajo. También resulta necesario conseguir alimentos a buen precio y aprovecharlos evitando la pérdida de dinero y el desperdicio de comida, adquirir y reponer equipos de alta productividad y su mantenimiento a lo largo del tiempo, cuidar el consumo de energía, y aprovechar los espacios.

Son reglas básicas a la hora de proceder a la elaboración de los menús: mantener y registrar las temperaturas adecuadas, tener elevados controles de higiene y usar ingredientes de primera calidad. También es esencial cuidar los alimentos que puedan provocar alergias o intolerancias alimentarias. Se evitarán, en mayor medida, los alimentos crudos que son susceptibles de contener microorganismos.

¿Qué ventajas aporta contar con un servicio de preparación de alimentos?

Además de todas las ventajas expuestas, la colaboración de un servicio de preparación de alimentos especializado consigue una mayor variedad y selección de alimentos, mejorar los estándares, aumentar el valor nutritivo de los alimentos y ofrecer el servicio integral aunque parte del personal se ausente. Todas ellas son ventajas para el consumidor. Para llevar a buen término el trabajo, se cuenta con un plan organizado de menús, fichas técnicas de preparación y tiempos de los menús, de rendimiento y capacidad de los abastecedores de temperatura. También es importante asegurarse de que el personal esté disponible, así como contar con el material necesario y el tiempo suficiente para la preparación de los diferentes menús.

Los pacientes y su alimentación

Presentar un menú hospitalario tiene varios objetivos, además de garantizar su correcta nutrición. La alimentación tiene como fin curar o ayudar a reforzar las defensas del enfermo y satisfacer sus necesidades nutricionales, pero además persigue romper la sensación de aislamiento del enfermo, permitiéndole participar en la elección de su menú y optar por un plato de su preferencia dentro de la oferta que su estado de salud le permite. Los alimentos se escogerán por el personal especializado en función de su coste, del coste de su elaboración, de si pueden ser preparados dentro de las instalaciones y de que permitan su distribución sin perder la calidad. Otro requisito es que se trate de alimentos aceptados por los enfermos.

Menús personalizados, alergias y otros trastornos

Los menús hospitalarios están orientados a cada paciente y sus necesidades, hasta el punto de que, muchas veces, las dietas forman parte del tratamiento médico en aras de su recuperación. Los alimentos deben prepararse en relación al estado de salud de las personas, cuidando las cantidades de grasa, sal, azúcar y otros elementos que influyan en su organismo. Pacientes con diabetes, celíacos, hipertensos o

alérgicos deben ser tratados con especial cuidado. En otros casos, el médico determinará si un enfermo necesita una dieta especial, como por ejemplo le puede suceder a los enfermos hepatópata o con otras alteraciones digestivas. Tampoco será la misma necesidad en cuanto a ración y valores nutricionales la de aquellos pacientes que han salido de una intervención quirúrgica o la de los que van a someterse a la misma. La alimentación hospitalaria es un asunto de cuidado que exige estar en manos de profesionales que aseguren el mejor trato y atención a los enfermos.

Sistema de emplatado y distribución

Emplatado: como norma general debe hacerse siempre centralizado en Cocina y controlado por un dietista. Regla de oro: la sincronización entre el acabado (cocción) y el emplatado.

Lo importante no es la velocidad del emplatado, sino el tiempo transcurrido desde que el producto sale del fuego hasta que sea ingerido por el enfermo,

Es, por tanto preferible un emplatado más lento pero sin tiempos de espera entre producción y emplatado.

Distribución:

1. Cadena caliente (dos posibilidades):
 - Con emplatados en office de plantas (sistema tradicional).
 - Con emplatado centralizado en cocina, la temperatura se conserva:
 - * Mediante plato normal y carro caliente.
 - * Mediante plato normal y carro mixto (caliente neutro).
 - * Mediante termo-plato y carro neutro.
 - * Mediante bandeja isotérmica y carro neutro.



Bandeja Isotérmica (Grupo Crisol)

2. La cadena fría como sistema de distribución:

Los alimentos subirán fríos y se regenerarán en plantas (en los offices, en los pasillos o en la propia habitación el enfermo -microondas-). Dado que los cambios de temperatura no favorecen la calidad del producto, en principio debe prevalecer la distribución en caliente (más calidad y menor coste).

Lavado de vajillas y bandejas

1. El personal de planta introduce las bandejas vacías en los carros y las bajas a cocina.
2. El personal de cocina efectúa el lavado en un lavavajillas adecuado.

El lavado centralizado nos permite:

1. Calidad de Limpieza.
2. Garantía de higiene (aclorado a 90 °).
3. Ahorro considerable de coste.

Higiene de la cocina

Los suelos y superficies se limpiarán después de cada turno de comidas, y siempre que sea preciso. Con lejía al 5% diluida al 1/100.

Higiene del material y utensilios

- Mesas de trabajo: se limpiarán, después de cada uso, con papel desechable. Posteriormente, se desinfectarán con un paño limpio impregnado en agua clorada (lejía 5% diluida al 1/100).
- Utensilios (vajillas, cubiertos, batidoras, etc.): lavado con abundante agua caliente y detergente; y enjuagado a chorro con abundante agua caliente (temperatura igual o mayor a 76° C).
- Máquinas lavavajillas, tren de lavado: limpieza y secado después de su utilización, según las indicaciones del fabricante y revisando especialmente:
 - La permeabilidad de los conductos del agua cada día.
 - La limpieza diaria de los filtros.
 - La limpieza de las cortinas de plástico para evitar acumulación de suciedad.
 - El control de la temperatura en cada procedimiento.
- Cinta de emplatado: se limpiará antes y después de su utilización, haciendo especial esfuerzo en las zonas en las que ha habido derrame de alimentos en la distribución, para evitar plagas.
- Tablas de cortar: deberán ser de cualquier material no poroso, plástico duro o mármol, que permitan la limpieza fácil. Se limpiarán con agua caliente y detergente, enjuagándose a chorro en abundante agua caliente (76° C).
- Carros de baño María: limpieza y secado de los mismos después de su utilización.
- Carros de comidas: se limpiarán, después de servir cada comida, con papel desechable y se desinfectarán con un paño limpio humedecido con agua clorada, secándose con un paño limpio y seco.



Carros de Comidas (El Mundo).

- Vitrinas de protección: limpieza diaria con papel desechable y desinfección con un paño humedecido con agua clorada (lejía 5% diluida al 1/100).
- Neveras: limpieza semanal, vaciándolas previamente, con agua con bicarbonato. Controles según cronograma de hostelería.
- Congeladores: se vaciarán y descongelarán y se limpiarán con agua con bicarbonato cada 2-3 meses, si no se precisara antes por derrames de alimentos o exceso de hielo, aprovechando un momento en que haya pocos alimentos congelados y puedan trasladarse a otra cámara.
- Plancha: limpieza con productos desengrasantes.
- Fogones, hornos y mostradores: limpieza tras su utilización con los productos que seleccione Hostelería, conjuntamente con Medicina Preventiva.
- Las marmitas no podrán contener ningún alimento tras finalizar la jornada.
- El baño María se rellena sin haber vaciado el resto del anterior y sin limpiarlo de la actividad del día anterior. Los carros de baño María se limpiarán y secarán al final de su utilización.
- El personal deberá lavarse las manos después de utilizar el servicio, de limpiarse la nariz, de peinarse, etc.
- No se podrán preparar salsas ni postres con huevo crudo, debiendo presentar mayonesas comerciales.

El servicio de Medicina Preventiva realiza los controles alimentarios para comprobar la idoneidad de los productos elaborados en cocina

RESULTADO

La cocina o restauración hospitalaria tiene un objetivo claro: conseguir que el paciente se recupere antes y mejor de su enfermedad. Tan importante como los ingredientes utilizados en la elaboración de los platos, es el método de elaboración y el cuidado escrupuloso para tratar que los alimentos conserven al máximo sus nutrientes, al mismo tiempo que resulten apetitosos.

Por todo ello, es imprescindible diseñar, implementar, verificar y evaluar los requisitos reglamentarios de los sistemas de autocontrol, demostrar su conformidad con los requisitos legales y reglamentarios aplicables en materia de higiene e inocuidad de los alimentos.

Olvidos más frecuentes debidos a la rutina

- No se puede fumar durante la elaboración de alimentos.
- No se puede comer chicle durante la elaboración de alimentos.
- Evitar toser en dicha zona.
- No se deben probar los alimentos cocinados sin cubiertos y éstos se limpiarán posteriormente antes de reutilizarlos.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de una dieta de cocina hospitalaria es el valor nutricional sin excluir ni renunciar a otros como los gastronómicos, culturales etc....

La seguridad alimentaria resulta asegurada con la implantación actual que poseemos de certificación de calidad ISO 9001/2008, el sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos) y la formación continuada de todo el personal implicado.

La cocina hospitalaria o, como más nos gusta denominar, el "Servicio de Alimentación" es el responsable de la alimentación de los pacientes-usuarios del hospital, atendiendo siempre los compromisos nutricionales, gastronómicos e higiénicos.

Para llevar a cabo tal responsabilidad tenemos una plantilla de mujeres y hombres que realizan sus tareas en las instalaciones adecuadas para tal fin.

CONCLUSIONS

The main objective of a hospital diet is the nutritional value without forgetting the cultural or gastronomic aspect.

The food safety is guaranteed by the quality certification ISO 9001/2008, the auto control system APPCC (Process analysis and critical point of control) and the continues us training of the full staff.

The food service is the responsible of the patient is feeding, taking always into account nutritional, gastronomic hygienic aspects...

To carry out this responsibility we count with a team of workers who work in specialised installations.

BIBLIOGRAFÍA

- Francisco Javier Guelbenzu Morte y Pedro Luis Dueñas Álvarez. Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1990.
- Dra. Gloria Mato Chaín. Guía de higiene hospitalaria. España: Math printer; 2004.

¡Este es tu año!

OPOSICIONES

2017

Una plaza te espera



Ahora es el momento de emprender una carrera profesional en la Administración Pública

Te ofrecemos el mejor material para superar con éxito las pruebas selectivas:

Cuerpos de Seguridad

Servicios de Salud

Comunidades Autónomas

Corporaciones Locales

Administración del Estado

Temarios Generales

Rodio

Formación para el empleo



www.temariosoposiciones.com

¿Quieres trabajar con nosotros?



Ediciones Rodio

Formación para el empleo

POR EXPANSIÓN DE NUESTRAS LÍNEAS EDITORIALES SELECCIONAMOS AUTORES.

Cientos de convocatorias se publican cada año para cubrir plazas en las distintas Administraciones Públicas.

Si tienes titulación académica específica, experiencia profesional acreditada o dispones incluso de material formativo propio relacionado con las áreas sanitaria, educación, jurídica, etc., escríbenos a info@edicionesrodio.com con el asunto "EDICIÓN" y estudiaremos tu currículum o proyecto editorial.

www.temariosoposiciones.com



SANUM

Revista de Divulgación Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

SANUM revista digital científica de publicación periódica, con artículos científicos de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales. La revista contendrá artículos originales, inéditos; los cuales serán revisados por el consejo de redacción y un comité científico. Así, los trabajos deberán cumplir las normas de calidad, validez y rigor científico para promover la difusión del conocimiento científico.

Se certificarán los artículos publicados en la revista con su correspondiente número de ISSN.

LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA.

GENERALIDADES

1. Los trabajos que se presentan para ser publicados en la revista SANUM deben ser **originales, inéditos, no aceptados ni enviados** simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). Así como si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo, no se consideran inéditos.

2. Los autores de los trabajos deben ser profesionales sanitarios u otros profesionales no sanitarios o relacionados con el ámbito sanitario. El número máximo de autores aceptados en los trabajos no superará en ningún caso los **cinco autores**.

3. Los autores deben tener **autorización** previa para presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.

4. Los autores **renuncian implícitamente a los derechos de publicación**, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista SANUM. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.

5. El Consejo de Redacción planteará a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del trabajo. En estos casos, los autores deberán enviar el original con las modificaciones propuestas en un **plazo no superior a 15 días**; en caso de no cumplirse ese plazo, el trabajo quedará rechazado.

6. El envío del trabajo supone la **ACEPTACIÓN ÍNTEGRA** de todos los criterios dictados en las normas de presentación de artículos propuestos por el consejo de redacción y comité científico de la revista SANUM.

7. Una vez aceptado el trabajo, el autor principal recibirá un correo-e de aviso de aceptación del original. Igualmente se enviará nuevo correo-e cuando el artículo vaya a ser publicado, indicándose fecha y número de la publicación del trabajo.

8. Todos los autores del trabajo **deberán firmar y enviar por correo postal** el modelo de **declaración de cesión de los derechos de autor** como último requisito previo e inexcusable a la publicación del artículo.

**LA PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS
EN LA REVISTA CIENTÍFICA SANUM
ES TOTALMENTE GRATUITA**

En general, los trabajos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES

La **única forma de envío de los trabajos** será a través del siguiente correo-e **consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es** y siguiendo las reglas y recomendaciones de presentación de los trabajos.

- Deberá ser enviado por el 1º autor.
- En el ASUNTO del mensaje deberá escribirse el título del trabajo en mayúsculas.
- En la CABECERA del mensaje deberá indicarse el título de cada uno de los archivos adjuntos enviados con el mensaje. Además deberá indicarse el nombre y apellidos de los autores, categoría profesional y actividad laboral actual.

Una vez recibido el trabajo por esta vía y según estas recomendaciones, se enviará una respuesta de correcta recepción del trabajo. En caso de recibir algún trabajo enviado sin estas recomendaciones, no se atenderá ni será revisado por el consejo de redacción, considerándose como **trabajo no aceptado**.

FORMATO DE LOS ORIGINALES

- Formato del documento: A4.
- Nº mínimo de páginas completas sin imágenes: 10 páginas
- Nº máximo de páginas completas sin imágenes: 20 páginas.
- Fuente: Times New Roman. Tamaño de letra de 12 puntos, a doble espacio.
- Textos sin viñetas.
- Archivos en formato Word. Guardar archivos con extensión .doc, .docx o .rtf
- Imágenes a color 72 pp.
- Los cuadros, mapas y gráficas deberán presentarse en **formato Excel** con claridad y precisión; invariablemente deberán incluir la fuente o el origen de procedencia, y en el texto del trabajo deberá indicarse su colocación exacta. El número máximo de estos elementos no deberá superar los seis elementos en total, entre imágenes, tablas o gráficos.
- Las notas se presentarán a pie de página y deberán estar escritas a renglón corrido (a un espacio) y numeración corrida (progresiva), e incluirse al pie de la página correspondiente.

- Las llamadas deberán ser numéricas.
- Las citas deberán insertarse en el texto abriendo un paréntesis con el apellido del autor, el año de la publicación y la página.
- Para siglas, acrónimos o abreviaturas, la primera vez que se usen deberá escribirse el nombre completo o desatado; luego, entre paréntesis, la forma que se utilizará con posterioridad. Ejemplos: Banco Mundial (BM), Organización de las Naciones Unidas (ONU), producto interno bruto (PIB).
- Los artículos se recibirán con la correspondiente corrección ortográfica y de estilo.
- La publicación de los artículos estarán sujetas a la disponibilidad de espacio en cada número.
- Los apartados siguientes deberán presentarse en **castellano e inglés: RESUMEN, PALABRAS CLAVE Y DISCUSIÓN-CONCLUSIONES.**

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

- **Artículos Originales:** descripción íntegra de una investigación esencial o práctica clínica que aporte información suficiente para permitir una valoración crítica.
- **Revisiones:** revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.
- **Casos clínicos:** breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, exponiendo aspectos nuevos o ilustrativos de cualquier área de conocimiento sanitario de la práctica clínica.
- **Artículos concretos:** se publicarán trabajos de actualización de protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro original que pueda ser de interés científico de cualquier área sanitaria.

PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS A ENVIAR

PRIMERA PÁGINA

- Título del artículo tanto en **castellano** como en **inglés**.
- Nombre completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso, sin abreviaturas (M^º...)
- Centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la comunicación de avisos.

- Financiación total o parcial del estudio si existiese, ya que, puede dar lugar a conflicto de intereses.
- Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

En segunda página, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

La extensión aproximada del resumen será de 250 palabras, no llegando a superar el máximo de 300 palabras. Se caracterizará por:

- Ser entendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.
- Desarrollar los puntos principales del artículo en términos concretos.
- Estar ordenado observando el esquema general del artículo.
- No incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se expondrán no más de **6 palabras clave**, que deben ser **únicas**, sin explicar su significado. Estas palabras claves deben expresar términos significativos del trabajo presentado. **No se admitirán como palabras clave las siglas o abreviaturas.**

INTRODUCCIÓN

Se expondrá “porque se ha hecho este trabajo”, y una idea resumida del trabajo realizado. Esbozará el momento de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente los objetivos del trabajo.

CONTENIDOS

Representa el cuerpo del trabajo y este dependerá del tipo de trabajo a presentar: investigación, actualización teórica o revisión bibliográfica, artículos especiales, protocolos, etc.

Puede incluir el apartado “Material o Personas” y “Métodos/Caso Clínico/Observaciones” donde se indiquen los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

RESULTADOS

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se expondrá porque se ha hecho este estudio y a qué resultados o consecuencias se ha llegado, pudiéndose incluir los efectos conseguidos si se trata de un trabajo significativo o de investigación.

Demostrará y expondrá razonadamente el significado de los resultados, las restricciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo. Este apartado deberá escribirse también en **inglés**.

AGRADECIMIENTOS

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y/o personas que han colaborado de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

BIBLIOGRAFÍA

Las *reseñas bibliográficas* deberán necesariamente numerarse consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el trabajo. Las *citas bibliográficas* de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, que está disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, que puede consultarse en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>

ELEMENTOS VISUALES: IMÁGENES, TABLAS, GRÁFICOS

Con el objetivo de enriquecer visualmente el trabajo se hace necesario añadir al mismo algún elemento visual (imágenes, tablas, gráficos) que estén relacionados con la temática del artículo y que sean de suficiente calidad.

Cada elemento visual debe tener indicada su fuente de procedencia que bien podrá ponerse en el margen inferior del elemento visual o numerarse como sub-apartado en la bibliografía.

En el caso de tablas o gráficos deberán titularse y ser brevemente descritos su significado e importancia en el trabajo y numerándose como figura 1..., tabla 1..., gráfico 1..., etc.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La revista SANUM, así como FSP-UGT/Andalucía **quedan exentos de responsabilidad** de las opiniones, imágenes, textos y originales de los autores o lectores que serán los responsables legales de su contenido. Así mismo, los autores han dado su **consentimiento** previo para aparecer en el original, siendo responsable de ello el autor remitente del trabajo.

En el caso de comprobar que el trabajo ha sido parcial o íntegramente copiado o plagiado de otro trabajo o publicación de otra revista o libro, será inmediatamente **rechazado** por el consejo de redacción de la revista.

Tanto las imágenes, personas, organismos o datos del original guardarán el anonimato salvo permiso expreso de ser nombrados por los mismos. En todo momento, se procederá según las normas legales de protección de datos.

Una vez aceptado el trabajo para su publicación, los autores (todos) deben enviar el modelo de CESIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR, rellenando íntegramente todos sus apartados tras la lectura del documento y firmado. Este documento deberá ser enviado original a la siguiente dirección postal:

**Secretaría de Salud, sociosanitaria y
dependencia FeSP-UGT/Andalucía
(revista científica SANUM)
Avda. Blas Infante nº 4, 5º entreplanta.
41011, Sevilla.**

Comunicación con los autores

El consejo de redacción de la revista informará convenientemente al autor remitente del original la recepción del original y posteriormente la aceptación o rechazo del trabajo una vez evaluado por el comité científico de la revista a través del correo-e antes indicado. En caso de ser aceptados, los trabajos se publicarán según el orden de valoración realizada por el comité científico y acordado por el consejo de redacción de la revista, siendo avisado al autor principal, indicando fecha y número de la publicación del trabajo.

El mensaje de recepción del original será considerado como resguardo o "RECIBÍ" y no se emitirán ningún tipo de certificado que acredite que se publicará el trabajo o que se ha entregado. **Una vez se haya publicado el artículo en la revista, se emitirá certificación con número de certificación ISSN, constanding el título del artículo y el nombre completo de los autores del mismo, siendo enviado al primer autor del artículo.**

El consejo de redacción de la revista no mantendrá otro tipo de comunicación con los autores de los trabajos salvo la expresada anteriormente: *recepción del trabajo, comunicación sobre aspectos a modificar y aceptación del trabajo para su publicación.*

Contacto

Email: consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298 en horario de 9:00 a 14:00 horas (sólo lunes, martes y jueves).

Información en la Web: <http://www.fesp-ugtandalucia.org/index.php/salud-sociosanitarios-dependencia/126-revistas-sanitarias/sanum-revista-divulgacion-cientifico-sanitaria/1152-sanum-revista-cientifico-sanitaria-de-ugt>

**Garantía de
CALIDAD**

¡Ahora al mejor precio!

eRodio ediciones

Formación para el eupleo

*Si necesitas más información
ponte en contacto con nosotros:*

Alameda de Hércules, 32-33 1ª Planta.

C.P.: 41002 Sevilla (España).

Teléfono: 955 28 74 84

Fax: 955 09 38 48

E-mail: info@edicionesrodio.com

Ser funcionario o acreditar la experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.temariosoposiciones.com

