

# SANUM

Volumen 2 N.º.2 Junio 2018

Revista Científico-Sanitaria

**PROMOCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA:  
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN  
UN GRUPO DE LIMPIADORAS  
DE UN HOSPITAL**

**HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LOS  
ADOLESCENTES:  
¿ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA?**

**LA SALUD MENTAL: UNA MIRADA DESDE SU  
EVOLUCIÓN**

**PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN SANITARIA ANTE  
LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA DETECCIÓN  
DEL CÁNCER DE MAMA**



**ESP**  
Servicios  
Públicos

Andalucía

# SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Volumen 2 N° 2 Junio de 2018


Segundo cuatrimestre

## Editorial

### FeSP-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta  
41011 Sevilla

#### Contacto:

 [consejoderedaccion\\_revistasanum@yahoo.es](mailto:consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es)

Teléfono: 637 503 298

## Dirección:

**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*

## Diseño y maquetación:

**Ediciones Rodio, S. Coop. And.**  
**Sevilla**

C/José Jesús García Díaz, 2  
Edificio Henares, 1- 1ª planta - Módulo 6  
41020 Sevilla

**ISSN 2530-5468**

## Sumario

Promoción de la salud colectiva: factores de riesgo cardiovascular en un grupo de limpiadoras de un hospital. **4-13**

*Martín Díaz, P; Devolx Solano, M; Ruiz Ruiz, J.C*

Hábitos alimenticios en los adolescentes: ¿adherencia a la dieta mediterránea? ..... **14-21**

*Soler Villalobos, M.D*

La salud mental: una mirada desde su evolución ..... **22-31**

*Morales Romero, A; Rodríguez Valenzuela, A*

Prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina ..... **32-43**

*Rebollo García, L; Rebollo García, M; García Murciego, M.E.G*

Promoción de la salud en la detección del cáncer de mama ..... **44-52**

*Cristina Riera Zapico, M; Vanesa Gallardo Muñoz, V; García Flórez, A; Riera Zapico, M.P*

Imagen de portada: Juan Carlos Díaz Conejero

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación periódica, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito del editor.

Los artículos así como su contenido, su estilo y las opiniones expresadas en ellos, son responsabilidad de los autores

Bajo licencia Creative Commons  
Revista incluida en Latindex



**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.

# Editorial

## Seguridad clínica: garantizar lo que “no se ve”

En los últimos años hemos asistido a una explosión de medidas e iniciativas que posicionan la seguridad del paciente como elemento esencial de la tríada de la propia calidad asistencial, junto a elementos como la práctica correcta basada en la evidencia científica y la contribución a la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

Desde la publicación de estudios como el ENEAS<sup>1</sup> o el APEAS<sup>2</sup>, o el conocido informe *To err is human*<sup>3</sup>, (Errar es humano), no se elabora ningún documento oficial o proyecto de gestión concreto que no incluya la Seguridad del Paciente como pieza central.

Sería buena pregunta si este conjunto de acciones que sirven para rellenar líneas y más líneas de estos documentos, manuales, proyecto y demás papejería tiene una verdadera traducción en la práctica asistencial, auténtico termómetro de la calidad que nuestra población no solo percibe, sino que además, recibe para beneficio o perjuicio suyo.

Alrededor de la seguridad clínica, bien podríamos preguntarnos si existe una auténtica conciencia profesional. La inercia del día a día así como la invisibilidad de los resultados en materia de seguridad del paciente nos lleva a dos posibles opciones en este sentido:

En caso de problemas de seguridad que producen efectos inmediatos, su normalización hace que nos los percibamos como algo evitable, así pues, en nuestro ámbito si un paciente ha permanecido

inmovilizado durante un largo espacio de tiempo, se ve como “habitual” que sufra una úlcera por presión y así se lo trasladamos a la familia: “..es habitual que después de un ingreso tan prolongado tenga esta lesión”; igualmente podríamos poner el ejemplo de la flebitis ocasionada durante un ingreso hospitalario.

En el caso de los efectos generados por problemas de seguridad a más largo plazos, el propio hecho del olvido temporal, hace que no sean asociables a la propia asistencia sanitaria.

En nuestro ámbito disponemos de un arsenal importante a la hora de poder trabajar desde la perspectiva de seguridad del paciente, en el ámbito quirúrgico tenemos la hoja de verificación quirúrgica<sup>4</sup>, elaborada por la propia OMS; una herramienta sencilla y altamente potente a la hora de prevenir esos errores evitables. De igual modo, disponemos de una amplia gama de medidas de uniformidad, antisepsia y todo un conjunto de elementos que solo necesitan ser adecuadamente implementados.

En definitiva, la seguridad del paciente necesita ser integrada dentro de nuestra práctica como un auténtico modelo de trabajo, tan imbricado en el día que día que llegue a ser “lo normal” o “lo habitual” y no “lo excepcional”, independientemente de su invisibilidad inmediata o no.

La Enfermería como disciplina tiene una posición estratégica a la hora de ser garantes de la Seguridad del Paciente en las mismas condiciones que cualquier otra profesión sanitaria, hagámosla posible entre todos.

### Pozo Rubio, M. T.

Enfermera de quirófano de la Unidad de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

### Robledo Cárdenas, F.J.

Enfermero. Unidad de Operaciones y Control de Gestión. Hospital Infanta Elena, Huelva.

1. Aranaz Andrés, J.M. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2006. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005/>. Consultado por última vez el 7/11/2017.
2. Aranaz Andrés, J.M. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2008. Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud APEAS. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2006/>. Consultado por última vez el 7/11/2017.
3. Zacarías Villarreal-Pérez, J; Gómez-Almaguer, D; Bosques-Padilla, FJ. *ERRAR ES HUMANO*. Medicina Universitaria 2011;13(51):69-71 Ed. Elsevier. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

4. OMS, Hoja de Verificación Quirúrgica. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>, consultado por última vez el 7/11/2017.

# Promoción de la salud colectiva: factores de riesgo cardiovascular en un grupo de limpiadoras de un hospital

## AUTORES

**Patricia Martín Díaz**  
Enfermera del Trabajo.  
Unidad de Vigilancia de la Salud.  
Hospital Regional Universitario de  
Málaga.

**Mónica Devolx Solano**  
Médico del Trabajo.  
Unidad de Vigilancia de la Salud.  
Hospital Regional Universitario de  
Málaga.

**Juan Carlos Ruiz Ruiz**  
Farmacéutico de Instituciones Sanitarias.  
Agente de Salud Pública.  
Unidad de Protección de la Salud.  
Área de Gestión Sanitaria Este de  
Málaga-Axarquía.

**Centro de Trabajo:**  
Hospital Regional Universitario de  
Málaga. Avda. Carlos Haya, S/N  
(Unidad de Vigilancia de la Salud)

## Correspondencia

Patricia Martín Díaz  
 patricia.martin.diaz.sspa@  
juntadeandalucia.es

## Palabras clave:

Salud laboral.  
Promoción de la Salud.

## Resumen

### Objetivo

Comparación del Estado de riesgo cardiovascular de una población de limpiadoras de un centro hospitalario en relación al estado de la población general.

### Metodología

Estudiaremos los reconocimientos médicos laborales realizados a un grupo de limpiadoras centrándonos en los factores de riesgo cardiovascular. En el presente estudio se realizará un análisis de los resultados obtenidos, comparándolos con la población general.

### Resultados principales

Nuestra población trabajadora está muy por encima de los valores de la población de referencia sobre los que tenemos que actuar para disminuir el riesgo cardiovascular.

### Conclusión principal

Sabiendo que este tipo de enfermedades son la principal causa de muerte en España, hemos de hacer especial hincapié en la importancia de controlarlos, abordando una estrategia de prevención y promoción, control y tratamiento de Sobrepeso, Tabaquismo y Ejercicio físico, centrándonos en realizar varias campañas para mejorar nuestros resultados.

# **Promotion of collective health: cardiovascular risk factors in a group of cleaners of a hospital**

## **Summary**

### **Objective**

*Comparison of the cardiovascular risk status of a population of cleaners of a hospital center in relation to the state of the general population.*

### **Methodology**

*We will study occupational medical examinations performed on a group of cleaners focusing on cardiovascular risk factors. In the present study an analysis of the results obtained will be carried out, comparing them with the general population.*

### **Main results**

*Our working population is well above the values of the reference population on which we must act to reduce cardiovascular risk.*

### **Main conclusion**

*Knowing that this type of diseases are the leading cause of death in Spain, we must emphasize the importance of controlling them, addressing a strategy of prevention and promotion, control and treatment of overweight, smoking and physical exercise, focusing on perform several campaigns to improve our results.*

#### **Key words:**

Occupational health.  
Health Promotion.

### INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del artículo 37 del Reglamento de los servicios de Prevención, la unidad de Vigilancia de la Salud en colaboración con la Unidad de Protección de la Salud, ha analizado los resultados de la vigilancia de la Salud de los trabajadores y las evaluaciones de riesgo, con el fin de detectar posibles relaciones entre la exposición a riesgos profesionales y perjuicios para la salud.

Estudiaremos los reconocimientos médicos laborales (RML) realizados durante 2016 a un grupo de limpiadoras de un centro Sanitario ubicado en la Provincia de Málaga, centrándonos en los factores de riesgo cardiovascular.

Durante 2016, desde el servicio de Vigilancia de la Salud se realizó la evaluación de riesgos psicosociales, para ello se aplicó el método Fpsico 3.0, es decir, la versión más actualizada del cuestionario del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En el presente estudio se realizará un análisis de los resultados obtenidos, comparándolos con la población general.

La intervención se realizó a distintos niveles:

- Fomento del ejercicio físico.
- Fomento de la dieta mediterránea.
- Disminución del consumo de tabaco.
- Mindfulness (gestión del estrés).

### JUSTIFICACIÓN

Realizamos un estudio descriptivo transversal en un grupo de mujeres encargadas de la limpieza del centro hospitalario. La plantilla es de 50 trabajadores, el estudio se centra en aquellos que han realizado reconocimiento médico en ese año. Durante 2016 se han realizado 38 reconocimientos médicos, de los cuales 38 son limpiadoras y 1 es el jefe de servicio.

A todas las limpiadoras se le han aplicado los protocolos indicados por el Ministerio de Sanidad respecto al manejo manual de cargas, movimientos repetitivos y posturas forzadas. Al jefe de servicio se le han aplicado los protocolos de PVD (pantallas de visualización de datos) y conducción de vehículos.

Respecto al tipo de reconocimiento médico, 38 son reconocimientos médicos periódicos, y uno es un reconocimiento médico de retorno al trabajo tras baja prolongada por enfermedad.

En cuanto a las calificaciones, 38 son APTOS y uno es APTO CON LIMITACIONES.

Centrándonos en el puesto de trabajo de limpiadora, vemos que las tareas descritas en la evaluación de riesgos consisten en fregado, desempolvado, barrido, etc., de suelos, techos, paredes, mobiliario, cristalerías, puertas, ventanas en distintos lugares: zonas comunes, pasillos, aseos, despachos, escaleras, etc. Para ello utilizan útiles tradicionales (escoba, carrito, fregonas, mopas, rasquetas, etc.).

La empresa sigue las directrices del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en concreto la "Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de Riesgos relativos a la Manipulación Manual de Cargas", que dice: "La capacidad de realizar actividades físicas como las de manejo manual de cargas varía de unas personas a otras. Por ejemplo, las mujeres tienen en conjunto menor capacidad de aplicar fuerza en un levantamiento (aproximadamente 2/3 de la capacidad de los hombres), si bien el rango de fuerzas y capacidades físicas es muy amplio y existen mujeres que son capaces de realizar este tipo de tareas de forma tan segura como los hombres."

Las tareas asignadas habitualmente a las limpiadoras utilizan herramientas tradicionales (escoba, recogedor, fregonas, cubos,...) o elementos electromecánicos o de fácil manejo, (por ejemplo aspiradoras).

Los Riesgos detectados en el puesto de trabajo son:

- Caídas a distinto nivel en limpiezas próximas a desniveles, escaleras, etc.
- Caídas al mismo nivel en los tránsitos a pié.
- Golpes contra objetos inmóviles (estructura, mobiliario, etc.).
- Golpes y cortes en la manipulación de máquinas, herramientas y utensilios de limpieza.
- Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas y riesgo postural.
- Contactos eléctricos con enchufes, cables,...
- Contacto con sustancias químicas como productos de limpieza.
- Incendios.

### MATERIAL Y MÉTODO

#### Recogida de datos

Los datos manejados en el presente estudio proceden de diferentes cuestionarios pasados a los trabajadores, de las Encuestas de Salud Españolas 2011-2012 y de los reconocimientos médicos específicos. Siguiendo las directrices del Ministerio de Sanidad y Consumo en cuanto a los protocolos de

Vigilancia Sanitaria Específica de trabajadores con exposición a los riesgos anteriormente descritos, el **reconocimiento médico** consta de:

- Historia Laboral.
- Exposiciones anteriores.
- Exposición actual al riesgo: tipo de trabajo, tiempo de exposición, antigüedad en la empresa...
- Historia Clínica.

### Anamnesis

Se han pasado varios cuestionarios sobre hábitos alimentarios, actividad física y consumo de tabaco. Para evaluar la percepción de la salud se ha pasado el cuestionario PROGRESS, centrándonos aquí en los factores de riesgo cardiovascular.

### Exploración clínica específica

- Inspección, observando el aspecto general, y los distintos órganos y aparatos examinados.
- Biometría general: peso, talla, índice de masa corporal.
- Optometría, controlando visión cromática, cercana y lejana.
- Dinamometría manual.

### Exploración física

- Búsqueda de signos y síntomas de patologías prevalentes.
- Auscultación.
- Estado cardiovascular y respiratorio.
- Exploración neurológica básica.
- Coordinación y sensibilidad.
- Audiometría.

### Pruebas complementarias

- Espirometría: buscando alteración en las pruebas de función pulmonar, y relación con el consumo de tabaco.
- Análisis general de sangre y orina, centrándonos en cuatro parámetros: glucemia basal, colesterol total, colesterol HDL (lipoproteína de alta densidad) y triglicéridos.
- Consejo sanitario por exceso de peso, antitabaco, dislipemias...

## Factores de riesgo cardiovascular no modificables

### Edad

Aunque las enfermedades cardiovasculares no son causa directa del envejecimiento, son más comunes entre las personas de edad avanzada. Esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo. Se ha demostrado que la arteriosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana y puede tardar entre 20 y 30 años en llegar al punto donde las arterias coronarias están suficientemente bloqueadas para provocar un ataque cardíaco u otros síntomas. Sin embargo, las ECV (enfermedades cardiovasculares) no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y de la acumulación de múltiples factores de riesgo.

### Sexo

Los ataques cardíacos en personas jóvenes son sufridos principalmente por varones y su número aumenta de forma lineal con la edad. Los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad (entre tres y cuatro veces más). A partir de la menopausia, los índices de enfermedades cardiovasculares son sólo el doble en hombres que en mujeres de igual edad. En general, se ha comprobado que las complicaciones clínicas de la arteriosclerosis aparecen en la mujer con 10-15 años de retraso con respecto al hombre.

### Antecedentes familiares

Los miembros de familias con antecedentes de ataques cardíacos se consideran en una categoría de riesgo cardiovascular más alta. El riesgo en hombres con historias familiares de enfermedades cardiovasculares antes de los 50 años de edad es de 1,5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario. En cambio, parece ser que la cuestión genética influye en menor medida en las mujeres. Todavía está por aclarar si la correlación entre antecedentes familiares de cardiopatías y el mayor riesgo cardiovascular se debe solamente a factores genéticos o es más bien la consecuencia de la transmisión de unos hábitos y un estilo de vida de padres a hijos.

### Antecedentes personales

En diferentes estudios se ha demostrado que existe claramente un incremento del riesgo de padecer un accidente de naturaleza isquémica cuando la enfermedad cardiovascular ya se ha manifestado. Aunque siempre es difícil aislar el incremento de la incidencia de episodios isquémicos de la influencia de los diferentes factores de riesgo.

### Factores de riesgo cardiovascular modificables

Nuestro estudio se centra en aquellos factores en los que no existe ninguna discusión, que aumentan el riesgo cardiovascular:

#### Tabaco

El consumo de tabaco multiplica por 4 el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. Por ello el abandono del hábito tabáquico es una de las formas más eficaces de reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes.

#### Hipertensión arterial

Acelera el proceso de envejecimiento arterial, y produce hipertrofia miocárdica, cuanto mayor sean las cifras mayor es el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Consideramos hipertensión arterial cuando las cifras de presión superen los 140/90 mmHg.

#### Exceso de peso

Teniendo en cuenta el índice de masa corporal.

#### Hipercolesterolemia

Se han determinado niveles de:

- Colesterol total.
- Colesterol HDL.
- Triglicéridos.

Además hemos calculado niveles de colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) siguiendo la fórmula matemática siguiente:

$$\text{Colesterol LDL} = \text{Colesterol total} - (\text{Triglicéridos}/5 + \text{Colesterol HDL})$$

$$\text{Colesterol VLDL (lipoproteína de muy baja densidad)} = \text{Triglicéridos}/5$$

#### Sedentarismo

Solamente caminar 30 minutos diarios ó 45 minutos 3 veces a la semana, a paso ligero, es suficiente para que el aparato cardiovascular note los beneficios.

#### Diabetes mellitus

Siguiendo los criterios de la OMS (organización mundial de la salud) adoptados por la Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria, incluye los casos ya diagnosticados de diabetes, o con dos ó más glucemias basales superiores a 126mg/dl.

## RESULTADOS

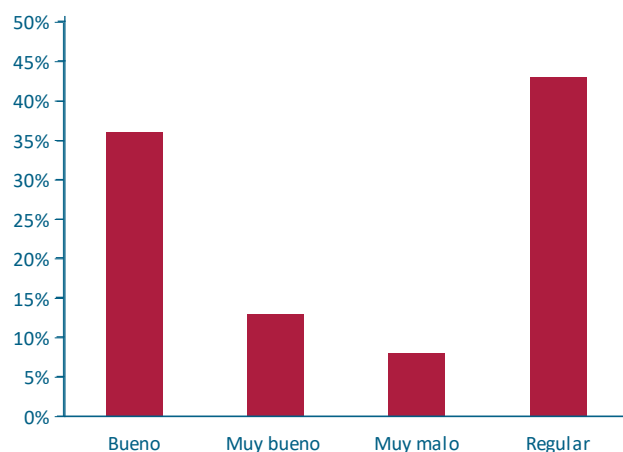
Se han realizado 39 reconocimientos médicos, de los cuales 38 son limpiadoras mujeres y uno es el jefe de servicio, varón. Por ello, nos centraremos en las mujeres y compararemos los resultados con los de la Encuesta Nacional de Salud Pública 2011/2012 para mujeres, en los diferentes apartados.

La edad media de los trabajadores estudiados es de 48.01 años, con un rango de edad de 26 a 62 años, siendo el intervalo de edad más frecuente el de 45 a 50 años.

### Estado de salud

Se preguntó a las trabajadoras por la percepción de su estado de salud, podemos comprobar que muchas de ellas no se sienten saludables, evaluando su estado de salud desde muy bueno a malo o muy malo encontramos los siguientes resultados:

- Bueno 36%
- Muy bueno 13%
- Muy malo 8%
- Regular 43%



Comparado con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, vemos que hay importantes diferencias entre sexos (79,3% de los hombres y 71,3% de las mujeres considera que su estado de salud es bueno o muy bueno), y además que esta percepción de salud disminuye con la edad (los mayores de 85 años, sólo el 31% de los hombres y el 29% de las mujeres perciben como positivo su estado de salud, mientras los menores de 15 años valoran de dicha manera el 93.0 de varones y el 92% de mujeres).



El nivel socioeconómico muestra una clara relación con el estado de salud autopercebido. Según se desciende en la escala social, basada en la ocupación, se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa del 86.5% en la clase I al 62.4% en la clase VI, siendo el gradiente más acentuado en mujeres, de 85.4% en la clase I al 62.4% en la clase VI, justamente la que nos ocupa.

Comparando los resultados entre las trabajadoras objetos de estudio y la población general, obtenemos resultados similares.

Analizando cuáles son los principales problemas de salud que refieren las trabajadoras, con una enorme diferencia respecto a otras patologías, están los problemas osteomusculares, 31 personas han referido algún tipo de dolor en la espalda, sólo 2 reflejan hipertensión y 5 hipercolesterolemia en el cuestionario (luego veremos que al hacer la anamnesis se han determinado algunos casos más, aunque las trabajadoras no lo reflejan en su cuestionario), una persona refleja varices, y 7 personas reflejan dolores en extremidades.

**La Escala social según la ocupación tiene las siguientes categorías:**

<b>I</b>	Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
<b>II</b>	Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
<b>III</b>	Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
<b>IV</b>	Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
<b>V</b>	Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
<b>VI</b>	Trabajadores no cualificados.

Fuente: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA 2011/12

## Factores de riesgo cardiovascular

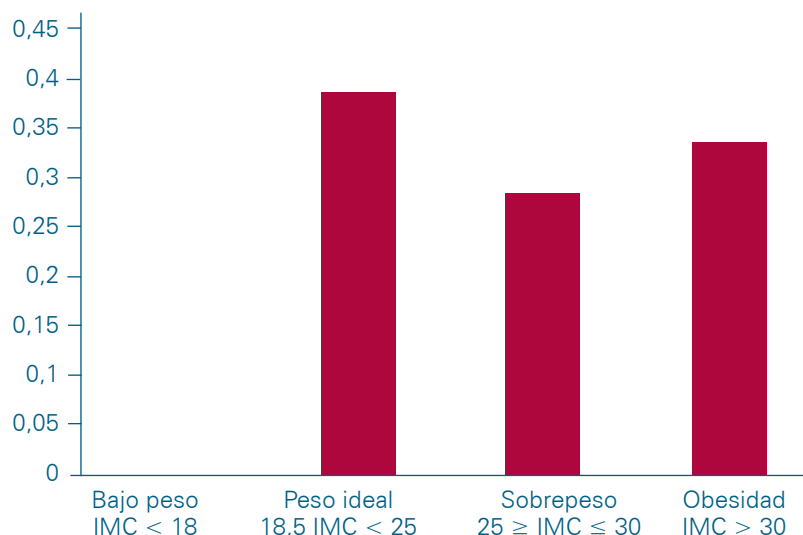
### Índice de Masa Corporal (IMC)

En cuanto al peso corporal, la media de los estudiados se sitúa en 65.75 kilos, y la talla media en 157.62. Hemos calculado el Índice de Masa Corporal, según la fórmula siguiente:

$$IMC = \text{Peso (kilos)} / \text{Talla (metros)}^2$$

Hemos obtenido un Índice de Masa Corporal de 26.46 de media, repartidos como sigue:

- Bajo peso, es decir,  $IMC < 18$ : 0 trabajadoras.
- Peso ideal, ( $18,5 < IMC < 25$ ) 15 trabajadoras, lo que supone un 38.46% del total.
- Sobrepeso, con un  $25 \geq IMC \leq 30$ : 11 trabajadoras, es decir, un 28.20% del total.
- Obesidad con un  $IMC > 30$ : 13 personas, es decir, un 33.3% de la muestra estudiada.



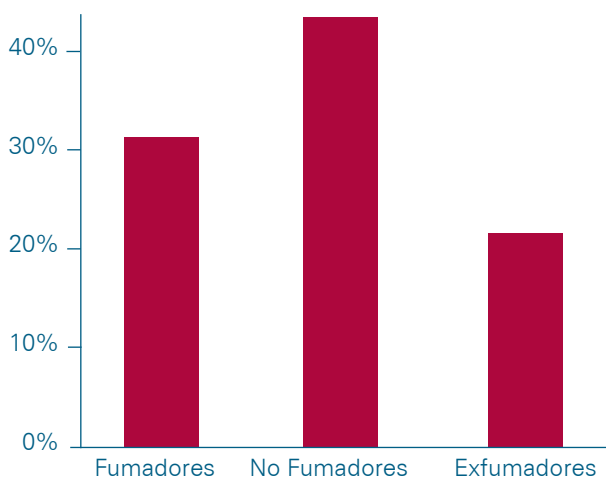
## Factores de riesgo cardiovascular en un grupo de limpiadoras de un hospital

Comparado con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Pública, ordenado por clase social, basada en la ocupación de la persona de referencia, en los grupos de bajo peso, y peso normal, los resultados de nuestra empresa están por debajo de la media, y en los grupos de sobrepeso, y obesidad los resultados de nuestra empresa están por encima de los de la Encuesta Nacional de Salud Española. Es decir, si los valores de sobrepeso en la población española ya son preocupantes, mucho más en nuestra empresa. Hay por tanto que plantearse que es preciso realizar alguna intervención a este nivel, para conseguir que la población baje de peso.

### Tabaquismo

Los datos respecto al tabaquismo han dado como resultados los siguientes:

- Fumadores: 12 personas, lo que supone un 32% del total.
- No fumadores: 17 personas, es decir un 46%.
- Ex fumadores: 8 personas, un 22%.



La edad media de las fumadoras es de 47,8 años. Ninguna de ellas fuma en lugares prohibidos, y el 41,6% fuman menos o no fuman cuándo están enfermas.

Comparando el porcentaje de fumadores con los resultados de la Encuesta Nacional, para mujeres, de su grupo de edad (25 a 64 años) vemos resultados similares, no así, cuando comparamos los datos con los de su franja profesional (trabajadores no cualificados en servicios), hay muchos más fumadores y ex fumadores en nuestra empresa que en la población general.

En cuanto a los fumadores, hemos comprobado que los trabajadores de nuestra empresa fuman prácticamente el mismo número de cigarrillos que el resto de la población para su grupo laboral.

En nuestra encuesta, para determinar la dependencia física con la nicotina, hemos pedido que nos digan cuántos minutos pasan desde que se levantan hasta que fuman el primer cigarrillo (cuanto menor sea el intervalo de tiempo, mayor dependencia de la nicotina habrá). Además les hemos preguntado qué cigarrillo es el que fuman con más ganas en el día, 3 personas fuman en los primeros 5 minutos después de levantarse (25% de los fumadores), aunque 6 personas fuman con más ganas el primer cigarrillo del día (50%):

Comparando el número de cigarrillos consumidos con el tiempo que pasa desde que se levantan hasta que fuman por primera vez, vemos que los trabajadores que fuman más cantidad de cigarrillos son más dependientes de la nicotina, aunque hay alguna excepción.

### Presión arterial

En cuanto a los antecedentes personales de las trabajadoras estudiadas, hay 5 personas diagnosticadas de hipertensión y que reciben tratamiento médico, esto supone un 12,82% del total. Comparando con la población general, la prevalencia de las cifras de hipertensión está por debajo de la media. Para la población total, la prevalencia de cifras de hipertensión es de 18,73%, y para mujeres trabajadoras no cualificadas 24,80%. Es decir, los niveles de hipertensión en nuestra población de estudio están por debajo de la media. Ninguna de nuestras trabajadoras ha tenido problemas de isquemia miocárdica, por el momento.

En cuanto a los valores obtenidos en los reconocimientos médicos, la presión arterial se ha determinado con un tensiómetro manual de manguito, en reposo. La cifra media de presión sistólica es de 109,77 mmHg, y la diastólica de 66,99 mmHg. Respecto a la frecuencia cardíaca media es de 69,28 latidos por minuto.

Considerando como hipertensión cifras de presión arterial por encima de 140/90 mmHg, sólo hay 2 trabajadoras que sobrepasan estos niveles, esto supone el 5,12% de mujeres con mal control tensional.

### Hipercolesterolemia

En cuanto a los niveles de colesterol en la población estudiada, vamos a determinar varios parámetros. Mediante determinación analítica se han medido colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos. Mediante cálculo matemático se han determinado colesterol LDL y VLDL.

De nuestra población de estudio, en cuanto a antecedentes personales, se han contabilizado 7 personas con hipercolesterolemia, esto supone un 17.94% del total, ligeramente por encima de las cifras totales de la Encuesta Nacional de Salud (16.4%).

La Encuesta Nacional de Salud Española no proporciona datos de los niveles lipídicos de la población general. Compararemos los resultados de la empresa con la media anual del laboratorio donde se hacen las determinaciones de muestras de nuestros trabajadores. De un total de 111.353 analíticas de colesterol total realizadas, la media es 195.63 mg/dl, ligeramente por encima de nuestro resultados, aunque muy similares.

En cuanto a las cifras de colesterol total en nuestra población de estudio, la media es de 195.20 mg/dl, con un rango de 124 a 313 mg/dl. Hay 17 personas cuyos niveles de colesterol total están por encima de 200 mg/dl, lo que supone un 43.58%.

### Colesterol HDL

Los niveles medios de colesterol HDL de nuestra población trabajadora son de 57.29 mg/dl, hay 37 personas con niveles protectores de colesterol HDL. El rango de HDL va de 36 a 106 mg/dl.

En cuanto a la media del laboratorio los niveles están en una media poblacional de 57.29 mg/dl (Población total estudiada: 76.144 pacientes). Niveles idénticos a los de nuestra empresa.

### Triglicéridos

Nuestra población trabajadora ha presentado una media de 88.35mg/dl, poniendo como nivel límite los 150 mg/dl, por lo que nuestra población se queda muy por debajo, es decir hay pocas personas con hipertrigliceridemia, sólo 5 personas están en niveles por encima de lo permitido. El rango de triglicéridos está entre 43 y 200 mg/dl.

Comparando con los resultados de nuestro laboratorio de referencia, vemos que ellos presentan una media poblacional de 112.71 mg/dl, de una población total estudiada de 108.013 pacientes.

Los triglicéridos medios de nuestras trabajadoras están sensiblemente mejor que los de la población de referencia.

### Colesterol LDL

Calcularemos su nivel con la siguiente fórmula:

$$\text{Colesterol LDL} = \text{Colesterol total} - (\text{Triglicéridos}/5 + \text{Colesterol HDL})$$

$$\text{Colesterol LDL} = 195.20 - ((88.35/5) + 57.29)$$

$$\text{Colesterol LDL} = 120.24 \text{ mg/dl}$$

En cuanto a los niveles para la población de referencia del laboratorio, la media es de 115.80 mg/dl, en este parámetro los trabajadores de nuestra empresa están ligeramente peor que la población de referencia.

### Colesterol VLDL

Volveremos a utilizar una fórmula para su cálculo, para los trabajadores de nuestra empresa obtendremos el siguiente resultado:

$$\text{VLDL} = \text{Triglicéridos}/5 = 88.5/5 = 17.7 \text{ mg/dl}$$

Comparando con los resultados de la población de referencia vemos:

$$\text{VLDL} = \text{Triglicéridos}/5 = 112.71/5 = 22.54 \text{ mg/dl}$$

También para este parámetro nuestra población presenta mejores valores, que la población total.

### Ejercicio físico

Teniendo en cuenta que las labores propias del oficio de limpiadora tienen ciertas exigencias físicas, podemos considerar que estarían encuadradas dentro del grupo que la Encuesta Nacional de Salud denomina como "trabajos de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos", y que engloba al 50.32% de mujeres trabajadoras del grupo VI (sin cualificación).

Dentro del cuestionario PROGRESS hemos realizado 7 preguntas referentes a la actividad física, adicional al trabajo, de nuestra población de estudio, encuadradas en el "Cuestionario Internacional de Actividad física":

1. Durante los últimos 7 días ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

Los resultados obtenidos han sido, que un 65% de las mujeres no realizan actividad física intensa adicional al trabajo

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? Teniendo en cuenta que sólo 11 mujeres han realizado alguna actividad física intensa, los resultados obtenidos han sido:

1 Hora: 45%

2 Horas: 22%

3 Horas: 11%

7 Horas: 11%

10 Horas: 11%

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos hizo actividades físicas moderadas tales como transportar

pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar.

Los resultados obtenidos muestran que un 73% de mujeres NO realiza actividad física moderada, gráficamente vemos los siguientes resultados

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

1 Hora: 50%

1,5 Horas: 17%

2 Horas: 17%

3 Horas: 16%

5. Durante los últimos 7 días ¿en cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

Un 30% de trabajadoras no camina nada durante la semana.

6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las trabajadoras no caminan, y la mayoría de las que camina lo hace sólo media hora.

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado en un día hábil?

La respuesta a esta cuestión es poco representativa, ya que el 68% de personas no han respondido, por tanto el resto de respuestas tienen poco valor.

### Estrés

Aunque no está claramente demostrado que el estrés sea un factor de riesgo cardiovascular, numerosos estudios han comprobado que tiene una influencia innegable.

Utilizando el método propuesto por el Instituto Nacional de seguridad e Higiene a través de la aplicación informática para la prevención denominada "Factores Psicosociales, Método de Evaluación. Versión 3.0", y garantizando siempre el anonimato y la confidencialidad de los datos, se han evaluado los siguientes factores de riesgo:

- Tiempo de trabajo.
- Autonomía.
- Carga de trabajo.
- Demandas psicológicas.
- Variedad del contenido.
- Participación/supervisión.
- Interés en el trabajo/ compensación.
- Desempeño del rol.
- Relaciones y apoyo social.

La herramienta informática empleada, automáticamente, analiza y saca conclusiones del factor de riesgo que presente alteraciones, en base a ello planteamos una serie de medidas preventivas:

Demandas psicológicas: se ha propuesto proporcionar entrenamiento en actividades de autocontrol, manejo de la distancia emocional, afrontamiento de conflictos,...

Participación/supervisión: definir, clarificar y comunicar claramente el nivel de participación y responsabilidades de cada estamento, y en qué aspectos el ámbito de participación está limitado a su consulta.

Interés por el trabajo/Compensación: practicar políticas de estabilidad en el empleo. Revisar las posibilidades de promoción, garantizando la información, transparencia e igualdad de oportunidades. Mantener una oferta de formación continua adecuada a cada colectivo profesional.

Desempeño del rol: Definir y comunicar claramente las funciones, competencias y atribuciones de cada puesto de trabajo, los procedimientos a seguir, los objetivos de cantidad y calidad, el tiempo asignado, la responsabilidad y el ámbito de autonomía disponible.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el presente estudio, y en base a los resultados obtenidos, podemos concluir que nuestra población trabajadora tiene varios problemas fundamentales a los que debe hacer frente si queremos disminuir el riesgo cardiovascular, ya que en varios parámetros estamos muy por encima de los valores de la población de referencia. Se trata además de factores de riesgo cardiovascular modificables. Sabiendo que este tipo de enfermedades son la principal causa de muerte en España, hemos de hacer especial hincapié en la importancia de controlarlos, abordando una estrategia de prevención y promoción, control y tratamiento de:

- Sobrepeso.
- Tabaquismo.
- Ejercicio físico.

A partir de aquí nos centraremos en realizar varias campañas para mejorar nuestros resultados, planteando similar estudio en el plazo de un año, coincidiendo con los próximos reconocimientos médicos periódicos, haremos un estudio comparativo.

En cuanto a las demandas psicológicas de las trabajadoras, se realizarán varias campañas para enseñar cómo manejar el estrés. Comenzando con la distribución de carteles y folletos informativos al respecto, y continuando con una charla explicativa, y una sesión de mindfulness (atención plena).

## DISCUSSION AND CONCLUSIONS

*With the present study, and on the basis of the obtained results, we can conclude that our hard-working population has several fundamental problems to which it must face if we want to diminish the cardiovascular risk, since in several parameters we are very over the values of the population of reference. It treats itself besides modifiable factors of cardiovascular risk. Knowing that these types of diseases are the principal reason of death in Spain, we have to do special support in the importance of controlling them, approaching a strategy of prevention and promotion, control and treatment of:*

- Overweight
- Smoking
- Physical exercise

*From here we will focus on conducting several campaigns to improve our results, proposing a similar study within a year, coinciding with the next periodic medical examinations, we will make a comparative study.*

*As for the psychological demands of the workers, several campaigns will be conducted to teach how to manage stress. Beginning with the distribution of posters and informative brochures about it, and continuing with an explanatory talk, and a mindfulness session (mindfulness).*

## BIBLIOGRAFÍA

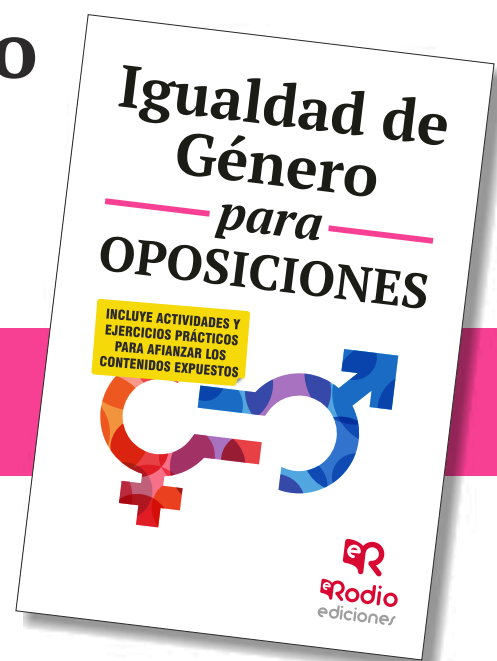
1. Comisión de salud pública; Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de vigilancia sanitaria específica; Manipulación Manual de cargas (edición digital). Disponible en <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/cargas.pdf>
2. Comisión de salud pública; Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de vigilancia sanitaria específica; Pantallas de Visualización de Datos (edición digital). Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/datos.pdf>
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas (edición digital). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/cargas.pdf>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España [Internet]. encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/encuesta2011.htm>

# Igualdad de Género — para — OPOSICIONES

**INCLUYE ACTIVIDADES Y EJERCICIOS PRÁCTICOS PARA AFIANZAR LOS CONTENIDOS EXPUESTOS**

[www.edicionesrodio.com](http://www.edicionesrodio.com)

*¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!*    



# Hábitos alimenticios en los adolescentes: ¿adherencia a la dieta mediterránea?

## AUTORA

María Dolores Soler Villalobos  
Diplomada Universitaria en Enfermería,  
Atención Primaria en Centro de Salud  
Las Lagunas Málaga

## Centro donde se ha realizado el estudio

Colegio de Educación Primaria  
Jacaranda, Benalmádena, Málaga

## Correspondencia

María Dolores Soler Villalobos  
✉ marilo004@gmail.com,

Estudio no financiado  
No ha sido presentado en ningún medio de comunicación.

## Palabras clave

Dieta mediterránea.  
Adolescentes.  
Obesidad.  
España.

## Resumen

Los hábitos alimentarios de la sociedad española está modificándose en la actualidad hacia una dieta más occidental, llena de alimentos procesados ricos en grasas saturadas y azúcares, lo que está aumentando a un ritmo vertiginoso las cifras de obesidad en población adulta e infantil así como el riesgo cardiovascular. La sociedad está sumergida en un ritmo de vida acelerado en el que se le ofrece al consumidor productos ya cocinados listos para su consumo pero a la vez llenos de conservantes, aditivos, azúcares y grasas.

Los adolescentes son un grupo de alto riesgo nutricional, ya que, esta tendencia en hábitos puede marcar su estilo de vida en la edad adulta, lo que repercutirá en su futuro estado de salud y calidad de vida.

Se realizó un estudio observacional transversal en la semana del 18 al 22 de abril de 2016 en una muestra de 63 estudiantes de 6<sup>a</sup> de Educación Primaria del Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP) Jacaranda de Benalmádena, Málaga.

El objetivo de este estudio ha sido evaluar el patrón de consumo alimentario de un grupo de adolescentes y su grado de adhesión a la dieta mediterránea.

El análisis de la ingesta se llevó a cabo mediante un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA); y el grado de adhesión a la dieta mediterránea mediante una encuesta de 5 ítems además de los datos de la Frecuencia de Consumo de Alimentos obteniendo una tabla de 16 ítems.

La muestra a estudio ha presentado en más del 50% una adherencia alta a la dieta mediterránea.

Sin embargo existe un bajo consumo de aceite de oliva y un consumo diario de bebidas azucaradas, repostería industrial y snacks elaborados.

Estos resultados indican la necesidad de una intervención nutricional en los adolescentes con el objetivo de seguir promoviendo la DM (dieta mediterránea) como patrón de alimentación saludable.

# Feeding habits in adolescents: adherence to the mediterranean diet?

## Summary

*The eating habits of Spanish society is currently changing to a more Western diet, full of processed foods rich in saturated fats and sugars, which is increasing at a dizzying rate the figures of obesity in the adult and child population as well as the risk cardiovascular. The society is submerged in an accelerated rhythm of life in which the consumer is offered products already cooked ready for consumption but at the same time full of preservatives, additives, sugars and fats.*

*Adolescents are a group of high nutritional risk, since this trend in habits can mark their lifestyle in adulthood, which will affect their future state of health and quality of life.*

*An observational cross-sectional study was conducted in the week of April 18 to 22, 2016 in a sample of 63 students of 6th grade of Primary Education of Preschool and Primary School Jacaranda de Benalmádena, Málaga.*

*The objective of the present study was to evaluate the pattern of dietary intake of a group of adolescents and their degree of adherence to the Mediterranean diet (MD).*

*The analysis of the intake was carried out by means of a Questionnaire of Frequency of Food Consumption; and the degree of adherence to the Mediterranean diet through a survey of 5 items plus the data of the Frequency of Consumption of Foods, obtaining a table of 16 items.*

*The sample under study has presented in more than 50% a high adherence to the mediterranean diet.*

*However, there is a low consumption of olive oil and a daily consumption of sweetened beverages, industrial confectionery and processed snacks.*

*These results indicate the need for nutritional intervention in adolescents with the aim of continuing to promote mediterranean diet as a healthy eating pattern.*

### KEYWORDS

Diet Mediterranean.

Adolescents.

Obesity.

Spain.

## INTRODUCCIÓN

Los hábitos alimentarios de la sociedad española están modificándose en la actualidad hacia una dieta más occidental, llena de alimentos procesados ricos en grasas saturadas y azúcares, lo que está aumentando a un ritmo vertiginoso las cifras de obesidad en población adulta e infantil así como el riesgo cardiovascular.

Según el informe “Datos y cifras sobre obesidad infantil”<sup>3</sup> de la OMS (organización mundial de la salud):

“Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025”.

El estudio ALADINO 20134 cifra la prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 7 y 8 años en España en el 43 % (24,6% con sobrepeso y 18,4 % con obesidad).

La sociedad está sumergida en un ritmo de vida acelerado en el que se le ofrece al consumidor productos ya cocinados listos para su consumo pero a la vez llenos de conservantes, aditivos, azúcares y grasas.

Es de máxima importancia estudiar los hábitos alimentarios de los adolescentes porque están consolidando su futuro estilo de vida. La dieta que finalmente incorporen a su día a día les llevará o no a un buen estado de salud y de calidad de vida es de ahí donde nace la inquietud de este estudio para comprobar la adherencia de los adolescentes a la Dieta Mediterránea.

A pesar de que la DM desde 2010 es considerada por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) “Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad” y del prestigio internacional del que goza, las estadísticas de consumo de ésta no reflejan buenas cifras.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional transversal llevado a cabo en la semana del 18 al 22 de abril de 2016 en una muestra de 63 estudiantes de 6º curso de Educación Primaria del CEIP Jacaranda de Benalmádena, Málaga. Finalmente se obtuvo la participación de las 3 clases obteniendo así una muestra de 63 alumnos: 30 hombres y 33 mujeres con una media de edad de 11’44 años y de nacionalidad española en casi la totalidad de la muestra.

De cada individuo, se registraron como datos personales la edad, el sexo y la ciudad de origen. El análisis de la ingesta se llevó a cabo mediante un Cuestionario de Frecuencia de Consumo

de Alimentos (anexo 1); y el grado de adhesión a la dieta mediterránea mediante una encuesta de 5 ítems (anexo 2) más los datos de la Frecuencia de Consumo de Alimentos obteniendo una tabla de 12 ítems. El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el paquete estadístico R.

### Anexo 1. Encuesta ingesta alimentaria

Frutas crudas	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Albaricoque/melocotón				
Cerezas/fresas/frambuesas				
Manzana/pera/plátano				
Naranja/mandarina				
Piña/kiwi/ciruelas				
Sandía/melón				
Uvas/higos				

Verduras/hortalizas	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Acelga/espinacas				
Brocoli/coliflor/col				
Calabaza/calabacín				
Cebolla/puerro				
Champiñón/seta				
Alcachofa/esparrago				
Lechuga				
Patata/zanahoria/batata				
Pepino/pimiento				
Tomate				

Cereales y legumbres	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Arroz				
Arroz integral				
Avena/maíz				
Garbanzos/lentejas/habichuelas				
Guisantes/judías/habas/cacahuets				
Pan				
Pan integral				
Pasta integral: macarrones, espaguetis...				
Pasta: macarrones, espaguetis...				
Cereales: maíz inflado, trigo azucarado...				



Carnes y embutidos	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Carne de Cerdo: filetes, chuletas, estofado...				
Carne de Pavo/Pollo				
Carne de Ternera: filetes, chuletas, estofado...				
Chorizo/salchichón/mortadela				
Hamburguesas/salchichas/albóndigas				
Jamón cocido/jamón serrano				

Bebidas	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Agua				
Bebidas azucaradas: Aquarius, Coca-cola, Trina, Fanta...				
Bebidas Energéticas: Red-bull, burn...				
Bebidas Light: Coca-cola Zero, Light...				
Zumo envasado: Bifrutas, Sunny...				
Zumo natural: naranja, mandarina, manzana, zanahoria...				

Leche y derivados	Nunca	Diario	Semanal	Mes
<b>Caseros:</b> Arroz con leche/Natilla/Flan				
<b>Del supermercado:</b> Arroz con leche/Natilla/Flan				
Batidos: chocolate, fresa...				
Leche sola				
Leche con cacao: Cola-cao, Nesquik				
Mantequilla/Margarina				
Petit Suisse				
Queso				
Yogur				

Pescado y mariscos	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Atún/Bonito/Caballa				
Calamar/jibia/sepia/pulpo				
Coquinas/almejas/mejillones				
Lenguado/merluza/rosada/bacalao				
Salmón/Trucha				
Sardinias/boquerones/jureles				

Frutos secos	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Albaricoques secos/ higos secos/dátiles/pasas				
Avellanas/pistachos				
Nueces/piñones/almendras				
Pipas: girasol, calabaza...				

Alimentos procesados	Nunca	Diario	Semanal	Mes
Pizza/burritos				
Snacks: Doritos, Chettos, Ritz...				
Chocolatinas: M&M/kit-kat/Toblerone...				
Mc Donald/Burguer King/KFC				
Galletas tipo María				
Galletas con chocolate, nueces, cremas...				
Magdalenas/Napolitanas/Donut/Croissant/Bollycao				
Fritos: Croquetas/empanadillas/palitos pescado/nuggets				
Repostería Casera: bizcocho, magdalenas...				

## Anexo 2

Sexo:  Edad:  Nacionalidad:

- ¿Tomas fruta a diario?  
¿Cuántas piezas?
- Cuando comes pan, ¿es con mantequilla o aceite?
- ¿Prácticas algún deporte? ¿cuál?  
¿Cuántas horas a la semana?
- En casa ¿sueles tomar las comidas sólo/a o en compañía del resto de tu familia?
- ¿Qué bebes con las comidas? (zumo, agua, refresco...)

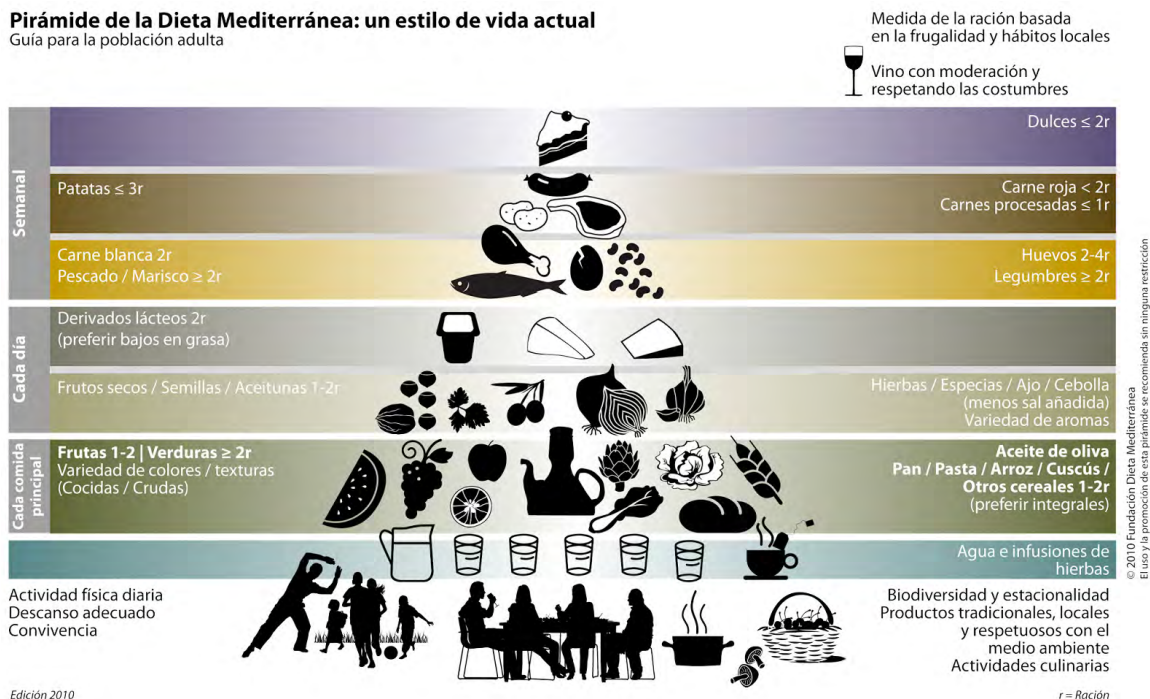
## Hábitos alimenticios en los adolescentes: ¿adherencia a la dieta mediterránea?

La elección de las preguntas de la encuesta de 5 ítems se ha basado en 5 puntos clave para valorar la adherencia a la DM (Ilustración 1): el consumo

de aceite de oliva, la práctica regular de ejercicio, el comer en grupo, el consumo de agua y vino con las comidas y el consumo de fruta a diario.

### Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta



Esos puntos de referencia han sido adaptados para la población de estudio, preguntándoles finalmente:

1. Por la realización de deporte y el número de horas semanales dedicadas.
2. Si comen normalmente en compañía de la familia.
3. Si come fruta a diario y el número de piezas.
4. Qué suele beber en las comidas.
5. Cuando comen pan si lo hace con mantequilla o aceite de oliva.
6. Los formularios lo rellenan los alumnos/as en la semana del 18 al 22 abril de 2016.

Se analizan los datos mediante el Paquete Estadístico R y Microsoft Excel.

Se realiza una tabla de datos con 16 ítems, extrayendo la información de los datos obtenidos del CFCA y del cuestionario de 5 preguntas.

Se obtiene una tabla con 16 ítems:

12 ítems relacionados con una adhesión positiva a la dieta mediterránea más 4 ítems relacionados con una alimentación rica en azúcares y grasas saturadas, puntuando de manera positiva con 1 punto los 12 ítems primero y de manera negativa con -1 punto los 4 ítems.

Los ítems puntuables con 1 punto son:

1. Consumo diario de verduras.
2. Consumo diario de frutas.
3. Consumo semanal de pescado y/o marisco.
4. Consumo diario de cereales.
5. Consumo semanal de legumbres.
6. Consumo inferior a 2 raciones de carne roja a la semana.
7. Consumo diario de frutos secos.
8. Consumo diario de lácteos y derivados.
9. Realización de ejercicio físico.
10. Comer en compañía de la familia.
11. Ser el aceite de oliva la primera opción de acompañamiento al pan.
12. Ser el agua la bebida de elección en las comidas.

Los ítems puntuables con -1 punto son:

1. Consumo diario de refrescos.
2. Consumo semanal de comida rápida: tipo Mc Donald, KFC...
3. Consumo diario de repostería industrial.
4. Consumo diario de Snacks: chocolatinas, chucherías...

El cumplimiento de cada valor otorga 1 punto.

Por tanto, el resultado de la tabla contempla una posible puntuación de -4 a 12 puntos.

Los valores de la tabla que se han contemplado para determinar si existe o no adherencia a la DM son:

- ≥ de 3: Baja adherencia a la DM.
- ≥ de 4 a 7: Adherencia moderada a DM.
- ≥ 8: Buena adherencia a la DM.

Como limitación encontrada en el estudio fué la de cuantificar las porciones de verduras ingeridas, ya que debido a la corta edad de la muestra no tienen los conocimientos necesarios para cuantificar las raciones de verduras que pueden encontrar en un guiso, un sofrito, una crema...

Por lo que se ha preferido obviarlo y sólo contemplar la parte cuantificada del CFCA.

## RESULTADOS

Más de la mitad de la muestra presenta alta adherencia a la DM (57,15%), frente a un 38,09% que presenta una adherencia moderada y un 4.76% baja o nula.

Sobre el consumo de aceite de oliva no es la primera opción de acompañamiento para el pan, siendo la mantequilla la primera.

### GRASA DE ELECCIÓN PARA EL PAN

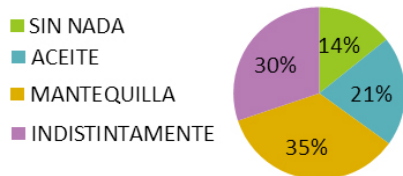


Gráfico sobre la elección de la grasa de acompañamiento al pan. Resalta la predilección por la mantequilla en vez del aceite de oliva

La ingesta de más de dos raciones de carne roja semanal no supera la cifra del 20% en los adolescentes del estudio.

Existe un consumo diario de cereales, lácteos y frutas, sin embargo respecto a la fruta menos de la mitad de la muestra consume el mínimo de 3 raciones diarias.

### PIEZAS DE FRUTA AL DÍA



Gráfico sobre el consumo diario de fruta al día. Refleja los porcentajes de consumo por pieza de fruta al día

Más de la mitad de la muestra se decanta por acompañar las comidas con una bebida azucarada (zumos comerciales, refrescos...).

### BEBIDAS EN LAS COMIDAS

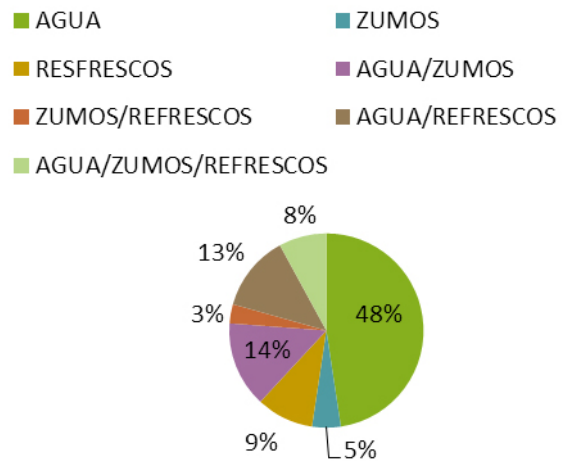


Gráfico sobre el consumo de bebidas acompañando las comidas. Refleja los porcentajes de consumo de tipos de bebidas en el momento de las comidas

En lo referente al ejercicio físico y el hecho de comer en grupo sí que se da prácticamente en la totalidad del grupo.

### PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

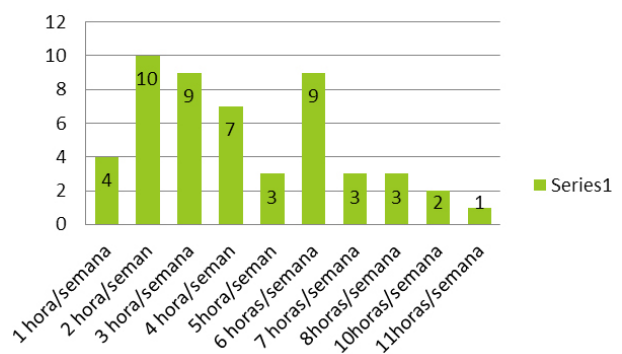


Gráfico de horas de ejercicio semanal. Representación de la cantidad de horas que se practica semanalmente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio ha sido realizado para determinar la adherencia a la dieta Mediterránea en la población adolescente, ya que este grupo de edad es más susceptible a los cambios que está sufriendo la sociedad respecto a los hábitos alimenticios.

La dieta de los adolescentes estudiados tiene una adherencia alta-intermedia al patrón de dieta mediterránea. Los resultados obtenidos nos sugieren la necesidad de intervenir con mayor intensidad con el fin de promover la DM como dieta de referencia.

Se han obtenido unos datos de buena adherencia de más de la mitad de la muestra, consiguiéndose un porcentaje del 57,15%, un 38,09% de adherencia moderada y tan sólo un 4.76% de baja adherencia.

Pese a que no parecen unos resultados muy preocupantes, habría que tener en cuenta en tiempos posteriores cuál es la tendencia de la muestra, si persisten los hábitos que favorecen la continuidad de la DM, o se produce algún cambio significativo, sobre todo, relacionado con la reducción de la adherencia a la dieta mediterránea.

En un estudio<sup>12</sup> realizado en la población de Pamplona sobre adherencia a DM en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) obtuvieron que sólo el 42.9% de los alumnos reflejaba alta adherencia con la DM. Además, este estudio resalta que en líneas generales la mayoría no alcanzaba las recomendaciones de consumo de frutas, verduras, hortalizas, frutos secos, pastas, arroz y derivados lácteos.

Otro estudio<sup>13</sup> realizado en el sur de España a población adolescente, determinó que sólo el 30,9% de los adolescentes andaluces reflejó unos hábitos alimentarios compatibles con el patrón dietético mediterráneo (alta adherencia), necesitando mejorar su patrón alimentario el resto de la muestra para adecuarlo al prototipo mediterráneo.

Debido a la corta edad de la muestra no se ha podido determinar las raciones de verduras diarias ya que era difícil para ellos contabilizar por ejemplo las verduras de un sofrito o de una crema de verduras.

No se ha contabilizado las raciones de pescado semanalmente consumidas, pudiendo llevarnos esto a un resultado no del todo certero respecto a las buenas cifras obtenidas en el consumo de pescado/marisco.

Según los datos obtenidos podemos concluir que en más de la mitad de la muestra a estudio existe buena adherencia a la DM frente al 38,09% que presenta una adherencia moderada y un 4.76% baja o nula.

Con respecto a los otros requisitos para tener unos hábitos de vida compatibles con la DM, sí que se cumple en casi la totalidad de la muestra: comer en compañía y práctica regular de deporte.

Cabe destacar el bajo consumo de frutos secos; así como de aceite de oliva como opción de acompañamiento al pan.

Menos de la mitad de los adolescentes estudiados no consumen al menos 3 raciones de fruta a diario.

Los datos revelan un consumo diario de bebidas azucaradas así como de repostería industrial en unos porcentajes entre 23'80% y 22'22% respectivamente.

## DISCUSSION AND CONCLUSIONS

*The present study has been carried out to determine the adherence to the Mediterranean diet in the adolescent population, since this age group is more susceptible to the changes that society is suffering with respect to eating habits. The diet of the adolescents studied has a high-intermediate adherence to the MD pattern. The results obtained suggest the need to intervene with greater intensity in order to promote MD as a reference diet. Good adherence data of more than half of the sample have been obtained, obtaining a percentage of 57%, a 38% of moderate adherence and only a 4.76% of low adherence. Despite the fact that they do not seem to be very worrisome, it would be necessary to take into account in later times the trend of the sample, if the habits that favor the continuity of DM persist, or if there is a significant change, above all, related to the reduction of adherence to the Mediterranean diet.*

*In a study<sup>12</sup> in the population of Pamplona on adherence to MD in students of Secondary Education, it obtained that only 42.9% of the students reflected high adherence to MD. In addition, this study highlights that in general, most did not meet the recommendations for consumption of fruits, vegetables, nuts, pasta, rice and dairy products.*

*Another study<sup>13</sup> conducted in the south of Spain to adolescent population, determined that only 30.9% of Andalusian adolescents reflected eating habits compatible with the MD pattern (high adherence), needing to improve their eating pattern the rest of the sample for adapt it to the Mediterranean prototype. Due to the short age of the sample it was not possible to determine the daily vegetable rations since it was difficult for them to count for example the vegetables of a sofrito or of a cream of vegetables. The rations of fish weekly consumed have not been counted, being able to take this to a not quite certain result with respect to the good figures obtained in the consumption of fish / shellfish. According to the data obtained, we can conclude that in more than half of the study sample there is good adherence to MD compared to 38.09% with moderate adherence and 4.76% low or no adherence. With respect to the other requirements to have a lifestyle compatible with MD, most of the sample: eating in company and practicing sport regularly. Note the low consumption of nuts; as well as olive oil as an accompaniment option to bread. Less than half of the adolescents studied do not consume the three daily servings of fruit. The data reveal a daily consumption of sugary drinks as well as industrial confectionery in percentages between 23'80% and 22'22% respectively.*

**BIBLIOGRAFÍA**

1. *Nutrición en Salud Pública*. Miguel Ángel Royo Bordonada. Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo. NIPO: 354-07-002-0 ISBN: 978-84-95463-36-4 Depósito legal: M-22835-2007
2. *La alimentación y el Consumidor*. Escuela Nacional de Salud Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. ROYO BORDONADA, M.Á. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III, 2013.
3. Datos y cifras sobre obesidad infantil OMS <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
4. *Estudio ALADINO 2013*: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
5. *Cocina Andaluza Dieta Mediterránea Plan Andaluz de Salud* Edita: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía Consejería de Salud Coordina: Francisco Rocha Diseña: Paco Carreño Depósito Legal: SE-1.007-95 I.S.B.N. 84-87247-85-7
6. *Plan de Consumo de Fruta 2015-2016* <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/creciendoensalud>
7. *Cuestionario de Adherencia Dieta Mediterránea*. [www.juntadeandalucia.es/salud/.../c.../adherencia\\_dieta\\_mediterranea.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/.../c.../adherencia_dieta_mediterranea.pdf)
8. *El Grupo de Trabajo Español de la Dieta Mediterránea promoverá los productos asociados a ese modelo alimentario*, artículo: [www.magrama.gob.es/es/prensa/.../dieta-mediterranea.../tcm7-417123-16](http://www.magrama.gob.es/es/prensa/.../dieta-mediterranea.../tcm7-417123-16)
9. *Campaña Mediterraneamos 2016* Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, <http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/campanas/>
10. Ilustración 1: *Pirámide de la Dieta Mediterránea Tradicional*. Fuente: Fundación Dieta Mediterránea <https://dieta-mediterranea.com>
11. *La dieta mediterránea como modelo de dieta equilibrada a seguir por nuestros usuarios*. Disponible en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/016014/articulo-pdf>.
12. Estudio AYECHU, A. y DURA, T. *Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria*. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2010, vol.33, n.1 [citado 2016-05-27], pp.35-42. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000100004&lng=es&nrm=iso). ISSN 1137-6627.
13. Estudio GRAO-CRUCES, Alberto et al. *Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias*. *Nutr. Hosp.* [online]. 2013, vol.28, n.4 [citado 2016-05-28], pp.1129-1135. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000400021&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000400021&lng=es&nrm=iso). ISSN 0212-1611. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.4.6486>.

**AGRADECIMIENTOS**

*Mi más sincero agradecimiento al alumnado de 6º curso del Colegio de Educación Infantil y Primaria y sus tutores en su colaboración a este estudio de investigación, dándonos a conocer sus hábitos y costumbres alimentarias para que a través de la investigación podamos seguir fomentando hábitos alimentarios saludables.*

*Especial mención al director del colegio, Juan Luis Castro Chica por su buena disposición, colaboración y el tiempo invertido en este proyecto.*

#### AUTORES

Antonio Morales Romero  
Enfermero de Salud Mental.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Aida Rodríguez Valenzuela  
Enfermera. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

#### Correspondencia

Antonio Morales Romero  
✉ [jmor444@hotmail.com](mailto:jmor444@hotmail.com)

#### PALABRAS CLAVE:

Salud mental.  
Psiquiatría.  
Desinstitucionalización.  
Rehabilitación.

#### KEYWORDS:

Mental health.  
Psychiatry.  
Deinstitutionalisation.  
Rehabilitation.

# La salud mental: una mirada desde su evolución

## Resumen

La enfermedad mental se ha considerado como un pensamiento mágico donde el cuidado se centra en el aislamiento y los pacientes quedan recluidos en el manicomio. Tras la Guerra Civil Española se instaura la psiquiatría biologicista donde predomina el tratamiento farmacológico y la integración de la salud mental dentro del marco sanitario.

Se realiza un gran avance en los años 80 con la reforma psiquiátrica, especialmente en Andalucía, donde se cierran los hospitales psiquiátricos y se establece una red de servicios socio-sanitarios en salud mental. Se desarrollan actividades de promoción y rehabilitación de los pacientes basado en el cuidado, autonomía y normalización del paciente.

El progreso de la enfermería en España ha sido lento. En un principio centrado en la contención y custodia del paciente, estableciendo una separación entre la enfermera de psiquiatría y el resto del sistema asistencial. En los últimos años la enfermera ha evolucionado, realizando actividades orientadas a la normalización y socialización del paciente.

## *Mental Health: a look from its evolution*

## Summary

*Mental health has been considered as an enchanted thought in which care is focused on isolation and patients were locked up in psychiatric hospitals. After Spanish Civil War, it was established the called "Biological psychiatry", in which pharmacological treatment predominated. Also, mental health is integrated into the sanitary frame.*

*In the 80's, there was a huge advance because of the psychiatric reform, especially in Andalusia, where psychiatric hospitals were closed and a social and sanitary services network in mental health was established. It was developed promotional and rehabilitation activities, based on care, autonomy and patients integration.*

*Spanish Nursery progress has been slow. Firstly, it was focused on contention and patients' custody, making a difference between psychiatric nurse and the rest of the healthcare system. Recently, nurses have evolved, doing activities which are aimed at patients' integration and socialization.*

## INTRODUCCIÓN

La atención a la enfermedad mental ha sufrido en los últimos veinticinco años una profunda transformación tras la reforma psiquiátrica llevada a cabo. En un primer periodo el modelo asistencial fue la psiquiatría manicomial y el lugar de encierro de los pacientes los manicomios, prohibiendo cualquier alternativa que no fuera este modelo. La formación y las cátedras médicas estaban dominadas por la ideología de la época.

En un segundo periodo se dignifica al enfermo mental, terminando con los manicomios como lugar de encierro y de marginación, pasando a la integración de la salud mental dentro del marco sanitario, a una concepción biopsicosocial y a garantizar los derechos de los pacientes.

Un periodo actual de creación de dispositivos de salud mental, disminución de camas hospitalarias, utilización de la farmacología como terapia predominante, política de reinserción, rehabilitación, apoyo a las familias y utilización de equipos multidisciplinares en el tratamiento de la salud mental donde la enfermería tiene un papel relevante.

## ANTECEDENTES

### La atención psiquiátrica en España. Evolución histórica

La enfermedad mental no siempre se ha considerado como tal, más bien ha sido un fenómeno del que se ocupaban otras ciencias ajenas a la medicina como la filosofía o la religión. Hasta principios del siglo pasado, no ha sido cuando la medicina y la enfermería la han considerado como parte de su disciplina. Las enfermedades de la mente siempre han sido consideradas difíciles de entender, explicar y por supuesto de tratar.

Durante mucho tiempo los hospitales psiquiátricos han sido las instituciones básicas que han atendido a los pacientes con problemas mentales y a las personas con conductas sociales no aceptadas. En el siglo pasado aparecen movimientos críticos que ponen de manifiesto la consideración social del enfermo mental y los efectos negativos de la reclusión (cronificación y marginación social) sobre los internados. Autores como M. Foucault muestra la relación de las instituciones con la represión y el aislamiento de las personas que tienen conductas sociales inadecuadas, como señala Foucault "la psiquiatría no nace como consecuencia del conocimiento de la locura, sino de los dispositivos disciplinarios en los que se organiza al enfermo mental". Critica las

instituciones donde las prohibiciones, la exclusión y la represión formaban parte de la organización y funcionamiento de la asistencia psiquiátrica.<sup>1</sup> También son interesantes las consideraciones de Goffman que intenta esclarecer la situación del paciente internado. Trata de entender los procesos de relación que se establecen en las instituciones psiquiátricas, añadiendo una cita de Goffman "el internamiento es más un método de desajuste que de organización del paciente". Las barreras que las instituciones crean sobre el paciente, el desentrenamiento para la vida diaria y las desconexiones sociales que padece, hace que la institución psiquiátrica no cumpla con las funciones restauradoras ni adaptadoras necesarias quedando el paciente al margen de la sociedad.<sup>2</sup>

En España, desde el Real Decreto de mayo de 1885, Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés, hasta la llegada de la Segunda República, la asistencia de la enfermera psiquiátrica se basa en el modelo manicomial. Existen dos experiencias de transformación de este modelo, una en Cataluña iniciada por la Mancomunitat de Diputacions (1914-1924) y otra iniciada en la época republicana. Ambas fueron escindidas por sendas dictaduras militares (Primo de Rivera) que retorna al anterior modelo asilar propiciando el establecimiento de órdenes religiosas y la dictadura franquista imposibilitando el desarrollo de las propuestas planteadas. El Decreto de 3 de julio de 1931 sobre Higiene Mental pretendía regular la admisión y salida de enfermos mentales en establecimientos psiquiátricos y la aceptación de un nuevo modelo asistencial que rompiera con la consideración del manicomio como único lugar de tratamiento psiquiátrico. La trascendencia del anterior decreto se traducirá en el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional donde se regula la existencia de tres servicios: Dispensarios de Higiene Mental destinados al tratamiento y la asistencia de pacientes donde el ingreso y salida dependían de la voluntad de estos, pudiendo recibir una atención ambulatoria. Dispensarios psíquicos organizados a semejanza de los hospitales de tuberculosos, donde la organización estaba delegada en las Diputaciones o Ayuntamientos. Y los Servicios Sociales de Asistencia como estructuras encargadas del seguimiento de los pacientes dados de alta, favoreciendo de esta manera la integración social. Destaca la figura clave de la enfermera del servicio social de asistencia quien se encarga de las visitas a domicilio para hacer un seguimiento de las indicaciones pautadas por el psiquiatra y conseguir la prevención de recaídas.<sup>3</sup>

La guerra civil abre una brecha en la institucionalización de la psiquiatría impidiendo que las reformas comentadas anteriormente se pudieran llevar a cabo. Del Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales, sólo queda la regulación por primera vez del ingreso voluntario.<sup>4</sup>

Durante la primera década de la posguerra se aprobaron otras leyes como la Ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, cuya aplicación entraría en vigor a partir de 1944.<sup>5</sup> También cabe destacar en ese mismo año, la Ley de Bases de Sanidad Nacional, donde se señalaba el compromiso del Estado en la dirección técnica de la asistencia psiquiátrica a través del Ministerio de Gobernación, y se conservaba la responsabilidad de las diputaciones provinciales en el mantenimiento de los servicios de psiquiatría.<sup>6</sup>

## METODOLOGÍA

### Análisis de la situación

Para analizar lo sucedido en la asistencia psiquiátrica hay que situarla en el marco histórico que intenta recoger la evolución de las corrientes psiquiátricas de la época. La conexión entre la psiquiatría y el modelo médico facilitó la legitimación profesional de esta especialidad tan ansiada desde los psiquiatras decimonónicos. Como figura clave de este hecho, cabe resaltar la figura de Santiago Ramón y Cajal quien facilita que la psiquiatría en España adquiera rango de disciplina científica, promoviendo además las medidas necesarias para implantar un sistema de formación internacional para profesionales destacados que se forman en Alemania y Suiza junto a Kraepelin y Alzheimer. Creándose una escuela que permite que aparezcan psiquiatras de la talla de Achúcarro, Lafora, Sacristán, Villaverde, etc. Junto a este hecho tenemos que destacar de Cajal la aportación de la teoría neuronal que posibilita el nacimiento de la psiquiatría biológica que trata de explicar las bases etiopatogénicas de los trastornos mentales y el mecanismo de acción de los psicofármacos.<sup>7</sup>

Desde el punto de vista del modelo biomédico, se consolida el organicista-biologicista de la enfermedad mental, con gran acercamiento a la psiquiatría kraepeliana. Aunque en España la introducción de esta corriente se retrasa bastante, finalizada ya la Primera Guerra Mundial, adquiriendo una gran consistencia gracias a la influencia neuropatológica de la escuela de Cajal. Sin embargo, los movimientos psiquiátricos vinculados al hipnotismo penetran rápidamente. En los primeros años del siglo XX las ideas psicoanalistas se introducen en nuestro país a pesar de la gran tradición de la psiquiatría organicista creada por Cajal, paradójicamente algunos de sus discípulos defendían planteamientos freudianos (Lafora, Sacristán). Definitivamente la instauración de la psiquiatría biologicista provoca el rechazo de corrientes como el psicoanálisis y la exclusión de cualquier alternativa asistencial que no fuera la de los tratamientos físicos, farmacológicos o quirúrgicos.

El desarrollo de la profesión médica a lo largo de estos años se ejerció en diferentes ámbitos no siempre interconectados. Por un lado se hallaban los manicomios percibidos como centros de custodia de incurables, muchos de ellos privados, convirtiéndose en centros asilares y judiciales que quedaron en precarias condiciones, incrementándose las enfermedades y aumentando la mortalidad, que pudo llegar hasta un 33 %.<sup>8</sup> El enfermo mental queda encerrado en macroinstituciones manicomiales sometido a una dura disciplina ante la dificultad de su curación. Y por otro bien distinto, las cátedras universitarias. El profesorado vinculado a las universidades se vio envuelto en cuestiones políticas, obligando a los psiquiatras a tomar distintos caminos: bien adhiriéndose al Régimen, como hicieron Antonio Vallejo Nájera (1889-1960) y Juan José López Ibor (1906-1991) en Madrid o Ramón Sarró Burbano (1900-1994) en Barcelona; bien exiliándose hacia el exterior, como fue el caso de profesionales de la talla de Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), José Miguel Sacristán (1887-1957) o Emilio Mira, (1896-1964) o en el propio interior del país, como Bartolomé Llopis Lloret (1905-1996).<sup>9</sup> Las aportaciones teóricas de los autores que permanecieron en la península presentaban fuertes tendencias biologicistas con referencias a la psiquiatría alemana. Entre estos textos de psiquiatría, uno de los más utilizados en la época fue el Tratado de psiquiatría de Vallejo Nájera.<sup>10</sup>

La enfermería psiquiátrica queda anclada en el manicomio, centrada en la contención y custodia de los internados, velando por el cumplimiento de las normas de la institución y limitada a la aplicación de tratamientos biológicos.

Al finalizar la guerra civil, uno de los acontecimientos más significativos desde el punto de vista del proceso de institucionalización en el siglo XX, fue la publicación de la revista *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría* en 1940. Esta publicación fue importante por su doble apertura a las ciencias afines a la neurología y psiquiatría, tanto del lado somático como del lado psicológico, filosófico y sociológico. En este año hay que señalar la fundación de la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, presidida por López Ibor, así como la organización en 1942 del Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría en Barcelona. En 1946, el año de las polémicas oposiciones para el acceso a la plaza de la cátedra de Madrid, en la que Vallejo Nájera tomó posesión, se comenzó a publicar la *Revista de Psicología General y Aplicada*, promovida por José Germán (1897-1986). En 1947 se actualizó la primera Junta Directiva de la Liga de Higiene Mental, presidida por Piga Pascual; sin embargo, España no participó en el Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Londres hasta un año más tarde.<sup>11</sup> Por último destacar, en 1948 la reorganización de la AEN (Asociación



Española de Neurología y Psiquiatría), que fue presidida por Vallejo Nájera, y la organización del Segundo Congreso de dicha Asociación un año más tarde.

En esta época mientras que en España la enfermería psiquiátrica sigue reproduciendo antiguos manierismos y rutinas, en el extranjero aparecen distintas corrientes cuyo objetivo se centra en buscar fundamentos científicos de la profesión. Se empieza a formular teorías y modelos que concretan el marco teórico de la enfermería actual, destacando la figura en el ámbito de la salud mental de Hildegard Peplau basada en las ciencias del comportamiento.

Durante este periodo y durante las décadas posteriores dominaba la enfermería psiquiátrica de modelo biologicista con un pensamiento moralizador y adaptativo a la ideología preponderante. La psiquiatría manicomial sigue siendo el modelo asistencial y lugar de encierro de los pacientes, quedando excluidos todo tipo de corrientes que no fueran las oficiales. Estableciéndose una separación entre la enfermera de psiquiatría del resto del sistema asistencial, dificultando de esta manera su crecimiento profesional.

## La Reforma Psiquiátrica El caso de Andalucía

No es hasta finales de los años 70 cuando se abre paso al embrión de la reforma psiquiátrica muy influenciada por las corrientes europeas de la época y la llegada de la democracia, provocando un cambio y ruptura con lo acontecido en anterioridad. Este proceso unido al avance del conocimiento enfermero y la actitud de los profesionales favorecieron la transformación del rol profesional de la enfermera, más orientado a prácticas individuales, familiares y grupales, desarrollando actividades de promoción y rehabilitación en distintos ámbitos: hospitalización y comunitario. Atendiendo y procurando satisfacer las necesidades y demandas de los usuarios basado en los cuidados, orientado a conseguir la autonomía y normalización del paciente.

En esta reforma psiquiátrica algunas comunidades autonómicas apostaron de manera más decidida. Así fue el caso de Andalucía donde en los últimos veinticinco años se ha vivido un proceso de reforma sanitaria que incluyó a la salud mental. La reforma psiquiátrica andaluza<sup>12</sup> se inició oficialmente en 1984, con la aprobación por el Parlamento Andaluz de la Ley 9/1984 de 3 de Julio, por la que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM).

Instrumento operativo para la dirección inicial del proceso de reforma psiquiátrica, que se constituye como órgano autónomo de carácter administrativo, adscrito a la Consejería de Salud y gestionado

entre la Junta de Andalucía y las ocho Diputaciones Provinciales andaluzas.

Los fines del IASAM fijados por la ley (Artículo 2º) eran:<sup>12</sup>

- Coordinar e integrar todos los recursos relacionados con la salud mental.
- Estimular y orientar el desarrollo cualitativo y cuantitativo de los recursos destinados a la salud mental en la población andaluza.
- Preparar jurídica y funcionalmente la integración de los diferentes recursos públicos relacionados con la salud mental en el futuro dispositivo único y general para la salud.
- El objetivo general de la reforma psiquiátrica fue la sustitución de estructuras tradicionales de asistencia por un nuevo sistema de servicios que asegurase una mayor cobertura y calidad en la atención a los problemas de salud mental de los andaluces.
- El desarrollo de esta reforma viene siendo enfatizada en el Programa Global de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en los programas a largo plazo sobre la salud mental en Europa, tanto el desarrollo de los servicios de salud mental basados en la comunidad, como la integración de la atención a la salud mental en el sistema general de atención a la salud.
- Iniciativa de la administración sanitaria que pretendía poner fin a la situación de los servicios públicos de asistencia psiquiátrica, dispersos entre cinco administraciones distintas, desigualmente distribuidos en el territorio, separados del resto del sistema sanitario y basados mayoritariamente en dos tipos de instituciones ampliamente criticadas por los profesionales y los ciudadanos: los 8 hospitales psiquiátricos provinciales y las 69 consultas ambulatorias de neuropsiquiatría de la Seguridad Social.

Esta transformación ha tenido dos ejes fundamentales:

- La desaparición de la institución manicomial.<sup>12</sup>
- La creación de una red de servicios sanitarios.<sup>12</sup>

## RESULTADOS

La desaparición de la institución manicomial, socialmente marginadora, de aislamiento, estigmatizante y con alto riesgo de vulneración de los Derechos Humanos, que no sólo no resuelve los problemas de los pacientes sino que los agrava con un síndrome propio –el institucionalismo– a través de elementos como: el aislamiento social, la masificación, la indiferencia de problemas y el estigma social.

El 90% de la ocupación de las camas de los hospitales psiquiátricos era de larga duración, con una media de 13 años y permaneciendo un 25% de los paciente más de 20 años. Por tanto, eran camas "bloqueadas" y no disponibles para la población.

El desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos en Andalucía se va produciendo progresivamente desde 1985 hasta finalizar en el año 2000. En 1985 se cuenta con 2672 pacientes ingresados, y entre este año y 1998 se dan 1729 altas hospitalarias.

Residentes Enero 1985	2672
Reingresos 1985-1998	315
Fallecimientos 1985-1998	803
Altas 1985-1998	1729
Residentes Enero 1999	455
Residentes Enero 2001	0

Tabla 1. Los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía. Evolución de la población de larga estancia en 1985.<sup>12</sup>

En el "desmantelamiento" de hospitales psiquiátricos durante el año 1993, podemos apreciar que casi el 29% de los pacientes residentes fueron derivados a residencias de 3ª edad, seguidos en un 19% de pacientes derivados a centros de deficientes mentales y el mismo porcentaje de ellos produjeron bajas por fallecimiento.

Tipo	Número	%
Vivienda propia o familiar	97	7,40%
Residencia de 3ª edad	376	28,68%
Centro de deficientes mentales	245	18,69%
Estructuras residenciales específicas	175	13,35%
Hospital Psiquiátrico privado	9	0,69%
Hospital Psiquiátrico penitenciario	5	0,38%
Otra estructura sanitaria	41	2,10%
Fallecido	243	18,54%
Otros	13	1,00%
Sin hogar estable	12	0,92%
No localizado	95	7,25%

Tabla 2. Los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía. Situación de los pacientes dados de alta según estudio de 1993.<sup>12</sup>

La reforma psiquiátrica en Andalucía concluye con el cierre del Hospital Psiquiátrico Provincial de Granada. Ya en el año 1930 contaba con una

estructura de un solo bloque construido con 6 habitaciones en total. Más tarde, en el año 1985, su estructura funcional constaba de: unidades de agudos, unidades de larga estancia (ninguna de las dos disponía de salidas de pacientes) y clínicas abiertas (donde los pacientes disponían de salidas y permisos terapéuticos), con una dotación de camas superior a 280. La media de edad de la población que permanecía en régimen de estancia larga era de 54 años con una estancia hospitalaria por encima a los 20 años.

En 1985, el total de pacientes con estancia larga y media en el Hospital Psiquiátrico de Granada era superior a 200, de los cuales el 41% no disponían de posibilidad de alta hospitalaria y el 58% restante serían trasladados a residencias de la tercera edad.

Datos Básicos del Hospital Psiquiátrico de Granada	
Fecha construcción	Años 30
Superficie total	110.000 m <sup>2</sup>
Superficie edificada	Monobloque
Configuración externa	Pabellones
Ubicación	Urbana

División funcional y características generales de las unidades existentes			
Unidades de Agudos			
Camas	Camas ocupadas	Nº Unidad	División
81	70	2	sexo
Unidades de Larga estancia			
Dotación camas		Camas ocupadas	
205		203	
Unidades diferentes			
H: Abierta/Cerrada		M: Abierta/Cerrada	

Datos Básicos del Hospital Psiquiátrico de Granada	
Anciano	58
Deficiencia mental	33
Psiquiátricos. crónicos	112
Edad media	54
Estancia superior a 20 años	21% del total
Sintomatología. activa	25%
Asintomáticos	21%
Sintomatología Residual	54%
Afectación Grave	25%
Sin posibilidad Alta Hospitalaria.	41%
Traslado a Residencias	58%

Tabla 3. Datos Básicos del Hospital Psiquiátrico de Granada. Enero 1985.pgs.116, 117.12T

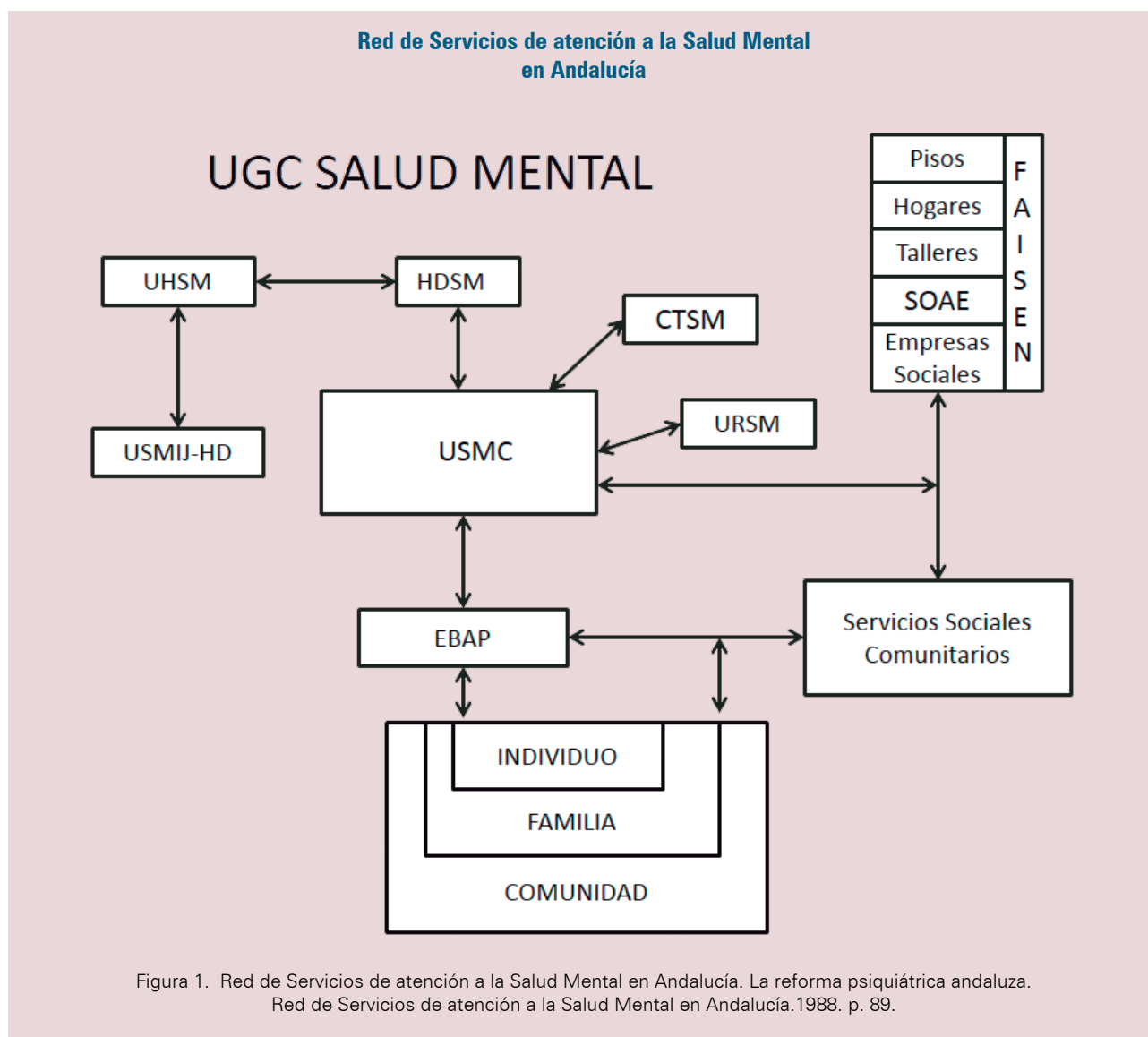
A medida que los hospitales psiquiátricos disminuían su número de camas, era necesario desarrollar otros recursos asistenciales en la comunidad que intentaran frenar los ingresos y desinstitucionalizar al mayor número de pacientes.<sup>13</sup> A partir de este momento se abre la polémica, unos a favor y otros en contra. De cualquier manera, no se puede entender que las fechas programadas para cerrar un hospital tengan la única finalidad de acabar con él, sin haber desarrollado antes una red extrahospitalaria que lo hiciera innecesario. La actitud más adecuada sería no ir contra las hospitalizaciones en sí mismas, sino a favor de cuidados comunitarios lo más amplios y completos posible.<sup>14</sup> Por otra parte, cuando la desinstitucionalización está suficientemente planificada y gestionada, tanto los resultados clínicos como los costes económicos asociados sugieren que los cuidados basados en la comunidad tienen

un menor coste-eficacia que los cuidados de larga estancia hospitalaria.<sup>15</sup>

La creación de una red de servicios sanitarios de salud mental, fue la segunda transformación importante de la reforma psiquiátrica en Andalucía. Se inicia una mayor atención a los trastornos de salud mental en la comunidad y se ofrece una mejor alternativa a los hospitales psiquiátricos, diversificada e integrada en la red del Sistema Sanitario Público General para dar respuesta a los problemas sanitarios y sociosanitarios de los pacientes.

Esta red de servicios está formada de los siguientes dispositivos sociosanitarios:

*Unidades de Salud Mental del Hospital General (USM-HG).* Ofrecen atención hospitalaria en régimen de encamación a pacientes en situaciones de crisis, sea cual sea la patología psiquiátrica que presente.



## DISCUSIÓN

Como ya es conocido, existe una tendencia global a la disminución del número de camas psiquiátricas. Incluso se pensó que con el desarrollo de los servicios comunitarios se contemplaría su desaparición. En la actualidad, se recomiendan ingresos más breves como manera de prevenir los efectos secundarios de la propia hospitalización y no apartar al paciente de su propio medio.<sup>2</sup> Aun corriendo el riesgo de la aparición del fenómeno llamado “puerta giratoria”, dado los numerosos reingresos.

Las técnicas de tratamiento tienden a ser más activas y agresivas con una especial atención a la psicofarmacología. La mezcla de tratamientos más biológicos, junto a un creciente temor a la estigmatización lleva a recomendar que las personas necesitadas de una hospitalización psiquiátrica lo hagan dentro de un hospital general.<sup>16</sup> En la actualidad han surgido numerosas dificultades estructurales que no fueron suficientemente consideradas en un principio: diferentes necesidades de enfermería para pacientes somáticos y psíquicos, dificultades de manejo de pacientes agitados o confusos en el entorno del hospital general, riesgo de suicidio de las alturas de las plantas de hospitalización, limitaciones impuestas por el propio entorno físico de una planta hospitalaria más pensada para pacientes encamados que para contener y ocupar el tiempo de un paciente psiquiátrico.<sup>17</sup>

*Unidad de Salud Mental InfantoJuvenil (USMI-J).* Destinados a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente. Entre las funciones que se le asignan está: Prestar atención especializada en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial, prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales, desarrollar programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades planteadas por las unidades de salud mental comunitaria, asegurar la continuidad de cuidados, apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales.

*Hospital de Día (HD).* Ofrece hospitalización parcial diurna para procesos mentales agudos, como recurso intermedio entre la unidad de hospitalización y la unidad de salud mental comunitaria. Sin duda es uno de los dispositivos que más han ayudado a mantener a los pacientes fuera del hospital, con un carácter más terapéutico y como alternativa a una hospitalización en momentos de crisis. Aunque también participan en programas rehabilitadores ofreciendo un apoyo social. En estos momentos cubren un área de la oferta asistencial insustituible.<sup>18</sup>

*Comunidad Terapéutica (CT).* Ofrece programas de atención permanente, completa y prolongada en régimen de hospitalización parcial y completa para

pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria.

*Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM).* Es el dispositivo de salud mental que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales, reinserción social y laboral de pacientes con trastorno mental grave.

*Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).* De ellos se esperaba que pudieran dar respuesta al sufrimiento psicológico individual, así como asesorar y coordinarse con otros servicios sanitarios y sociales. Tras un primer momento de crecimiento y expansión, en la actualidad atraviesan un cierto estancamiento. Tanto la falta de crecimiento, los recortes en los presupuestos económicos propio de nuestra época, el aumento de la demanda en relación con una multiplicidad de patologías anteriormente excluidas del campo asistencial psiquiátrico, así como la dificultad en conseguir los objetivos terapéuticos previstos en un principio, son causa principal de este estado.<sup>19</sup> Las unidades de salud mental comunitaria, son y deberán seguir siendo la base de cualquier servicio comunitario, necesitando ser dotadas y protegidas suficientemente para el desarrollo de esta labor.<sup>20</sup>

*Otros servicios sanitarios y sociales:* Pronto se vio la importancia del papel jugado por Atención Primaria en el mantenimiento y mejora de la salud mental de la población,<sup>21</sup> aunque es evidente que la enfermedad mental grave no puede sostenerse en la comunidad únicamente a través del modelo médico tradicional. Son necesarias además estructuras que apuntalen aspectos básicos como la vivienda, ocupación, tiempo de ocio o trabajo protegido. Todo ello integrado en una política activa de reinserción, rehabilitación y apoyo de la familia.<sup>22</sup>

## CONCLUSIONES

En la actualidad, se ha superado la dicotomía hospital-comunidad, proponiéndose un abordaje equilibrado entre los dos encuadres como base de la asistencia. El interés va más allá de si son los cuidados hospitalarios o comunitarios mejores unos que otros, para pasar a considerar que la mezcla de ambos es la más apropiada. Este modelo “equilibrado” requiere una dotación suficiente y extensiva de los recursos antes apuntados, además de la suficiente flexibilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del entorno.<sup>23</sup>

Sin duda alguna, los profesionales de enfermería en salud mental han sufrido una transformación vertiginosa en estos últimos años. El proceso de la reforma psiquiátrica contribuyó a que las enfermeras salieran del manicomio donde prestaban cuidados orientados hacia la contención, custodia y aplicación de tratamientos biológicos; evolucionando hacia las exigencias de su tiempo transformando su

rol profesional. A esta circunstancia, tenemos que añadirle el cambio de actitud y capacidad profesional hacia la puesta en práctica de los cuidados unido a la incorporación del conocimiento enfermero.

Así se ha pasado del manicomio a la actualidad donde se practican abordajes individuales, familiares, grupales, potenciando la promoción y prevención de la salud mental. Diversificando las actividades orientadas a la normalización y socialización del paciente, pasando de la realización de técnicas al uso de intervenciones como: psicoterapia, apoyo psico-social, grupos de terapia, asesoramiento, etc.<sup>24</sup>

A pesar de todos estos cambios, tenemos que avanzar para limar la existencia de problemas con los que se encuentra la enfermera de salud mental:

- Por un lado la doble dependencia jerárquica en los dispositivos comunitarios: orgánica y funcional (distrito sanitario y hospital).
- La falta de integración real entre los diferentes niveles de atención hospitalaria, recursos comunitarios y atención primaria.
- La escasa participación de los profesionales de enfermería en los órganos de dirección.
- El insuficiente personal de enfermería para atender a los pacientes con trastorno mental, junto a la escasez de recursos y una planificación a corto plazo.
- La coexistencia de un modelo de enfermeras generalistas y especialistas precisamente en las unidades de hospitalización de salud mental donde el paciente se encuentra en una situación grave de salud y su nivel de cuidados es muy complejo, como se establece en el nuevo modelo de incorporación de enfermera especialista.
- La no rentabilización de la enfermera no especialista en salud mental que lleva trabajando muchos años en los dispositivos de salud mental, es chocante que haya profesionales con más de diez años de experiencia y formación en el ámbito de la salud mental y no se siga contando con ellos tras la implantación del Decreto de especialidades de enfermería.

Aún con estas dificultades las enfermeras que trabajan en las unidades de salud mental tienen conocimientos, habilidades y actitudes para dar una respuesta a las necesidades y demandas de cuidados que la comunidad plantea. Existe una evolución hacia la recuperación de la orientación cuidadora. Concibiendo a la persona como un ser único y singular donde los cuidados variarán en cada contexto, en cada persona y cada cultura. Cuidando de manera individualizada, alejándose de un modelo sanitario orientado exclusivamente en la enfermedad y acercándose a una concepción que permita la prestación integral de cuidados, centrado fundamentalmente en la promoción, prevención y recuperación.<sup>25</sup>

Se debería avanzar actualizando los cuidados para propugnar el cambio en las prácticas sociales acordes con las demandas. Sensibilizándose con la diversidad cultural y la migración, conociendo los cambios, valores y creencias que se están produciendo con el aumento de la población inmigrante, familias monoparentales, etc. Considerando la defensa de los valores y la diversidad cultural frente a la influencia de la globalización.

En las páginas anteriores hemos intentado reseñar la evolución que ha tenido la salud mental desde el modelo manicomial hasta la salud mental en la actualidad. Como en las instituciones asilares se excluía a los pacientes, aislaba, marginaba y separaba de la vida social. Los profesionales sanitarios en consonancia con la sociedad y los movimientos políticos de la época contribuyeron a estas prácticas centradas en la contención, custodia, limitación a tratamientos biológicos y el cumplimiento de las normas de la institución. Con la reforma psiquiátrica se hace un esfuerzo para superar las instituciones cerrando los antiguos hospitales psiquiátricos y creando una red de dispositivos en salud mental orientados hacia un modelo comunitario con una finalidad socializadora, favoreciendo la autonomía, participación e independencia de los pacientes y creando estructuras alternativas de apoyo social hacia la rehabilitación.

Sin duda alguna, todos estos cambios contribuyeron a que las enfermeras de salud mental salieran de la postergación del manicomio para evolucionar hacia cometidos centrados en la posición de cuidados, destinados a satisfacer las necesidades de salud del individuo, familia y comunidad orientados hacia la recuperación del paciente. El cambio ha sido significativo, sin embargo siguen existiendo insuficientes recursos y apoyos comunitarios complementarios que impiden que el tratamiento de las personas con problemas en salud mental sea integral y continuado.

En la actualidad muchas de las enfermeras generalistas que han afrontado las necesidades de cuidados que presentan las personas con problemas de salud mental, interviniendo en abordajes individuales, familiares y grupales, potenciando la promoción y prevención de la salud mental y ejerciendo en diversos ámbitos (unidades de hospitalización, unidades de salud mental comunitaria, recursos intermedios, etc.); que forman a las futuras especialistas vía EIR se quedarán fuera de los dispositivos de salud mental al no tener cabida con el Decreto de especialidades de enfermería 450/2005. Quedándose en una situación de desigualdad con otras categorías profesionales como los médicos generales, Real Decreto 1753/1998 y Real Decreto 1497/1999 donde se les certificó para poder trabajar como médicos de familia.

## CONCLUSIONS

*At present, the hospital-community dichotomy has been overcome, proposing a balanced approach between the two frames as a basis for assistance. The interest goes beyond whether hospital or community care is better than others, to consider that the combination of both is the most appropriate. This "balanced" model requires a sufficient and extensive allocation of the aforementioned resources, in addition to sufficient flexibility to adapt to changing environmental circumstances.<sup>23</sup>*

*Undoubtedly, mental health nursing professionals have undergone a vertiginous transformation in recent years. The psychiatric reform process contributed to the nurses leaving the insane asylum where they cared for the containment, custody and application of biological treatments; evolving towards the demands of his time transforming his professional role. To this circumstance, we must add the change of attitude and professional capacity towards the implementation of care together with the incorporation of nursing knowledge.*

*This has happened from the asylum to the present where individual, family, group approaches are practiced, promoting the promotion and prevention of mental health. Diversifying the activities oriented to the normalization and socialization of the patient, moving from the realization of techniques to the use of interventions such as: psychotherapy, psycho-social support, therapy groups, counseling, etc.<sup>24</sup>*

*Despite all these changes, we have to move forward to iron out the existence of problems that the mental health nurse encounters:*

- On the one hand, the double hierarchical dependence on community devices: organic and functional (health district and hospital).*
- The lack of real integration between the different levels of hospital care, community resources and primary care.*
- The low participation of nursing professionals in the management bodies.*
- Insufficient nursing staff to care for patients with mental disorders, together with shortage of resources and short-term planning.*
- The coexistence of a model of generalist nurses and specialists precisely in the units of mental health hospitalization where the patient is in a serious health situation and their level of care is very complex, as established in the new model of incorporation of specialist nurse.*
- The non-profitability of the non-mental health nurse who has been working in mental health*

*facilities for many years, it is shocking that there are professionals with more than ten years of experience and training in the field of mental health and they do not keep counting with them after the implementation of the Nursing Specialties Decree.*

*Even with these difficulties, nurses working in mental health units have knowledge, skills and attitudes to respond to the needs and demands of care that the community poses. There is an evolution towards the recovery of caregiving guidance. Conceiving the person as a unique and singular being where the care will vary in each context, in each person and each culture. Caring in an individualized way, moving away from a health model oriented exclusively in the disease and approaching a conception that allows the integral provision of care, centered fundamentally in the promotion, prevention and recovery.<sup>25</sup>*

*Progress should be made in updating care to promote change in social practices in accordance with the demands. Sensitizing with cultural diversity and migration, knowing the changes, values and beliefs that are occurring with the increase of the immigrant population, single-parent families, etc. Considering the defense of values and cultural diversity in the face of the influence of globalization.*

*In the previous pages we have tried to review the evolution of mental health from the mental health model to mental health today. As in the asilar institutions, patients were excluded, isolated, marginalized and separated from social life. Health professionals in line with society and political movements of the time contributed to these practices focused on containment, custody, limitation to biological treatments and compliance with the rules of the institution. With the psychiatric reform an effort is made to overcome the institutions by closing the old psychiatric hospitals and creating a network of mental health devices oriented towards a community model with a socializing purpose, favoring the autonomy, participation and independence of patients and creating alternative structures of social support towards rehabilitation.*

*Undoubtedly, all these changes contributed to the mental health nurses coming out of the postponement of the asylum to evolve into tasks centered on the care position, destined to satisfy the health needs of the individual, family and community oriented towards the recovery of the patient. The change has been significant, however there are still insufficient resources and complementary community supports that prevent the treatment of people with mental health problems from being comprehensive and continuous.*

*Currently many of the generalist nurses who have faced the care needs of people with mental health problems, intervening in individual, family and group approaches, promoting the promotion and prevention of mental health and practicing in various fields (units hospitalization, community mental health units, intermediate resources, etc.); that train future*

*specialists via EIR will be left out of the mental health devices as they do not have a place with the Nursing Specialist Decree 450/2005. Staying in a situation of inequality with other professional categories such as general practitioners, Royal Decree 1753/1998 and Royal Decree 1497/1999 where they were certified to work as family doctors.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault M. El poder psiquiátrico. Madrid: Akal, 2010; 33-42.
2. Goffman E. Internado: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1972; 198-215.
3. Huertas R. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis*. 1995; 15:193-209.
4. Conseglieri, Agustín; Villasante, Olga. Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2010; 27(99):119-141.
5. Maset Campos P, Sáez Gómez JM, Martínez Navarro F. La salud pública durante el franquismo. *Dynamis*. 1995; 15:211-250.
6. González Duro E. Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista. En: Rey González A, editor. *La locura y sus instituciones*. Valencia: Diputación de Valencia, 1997; 425-454.
7. López Muñoz F, Rubio G, Molina JD, García García P, Álamo C, Santo-Domingo Carrasco J. *Cajal y la Psiquiatría Biológica. El legado psiquiátrico de Ramón y Cajal (una teoría y una escuela)*. Archivos de psiquiatría. 2012; 71(1):50-79.
8. González Ferradas M. La asistencia psiquiátrica en España. *Semana médica española*. 1943; 117:1-10.
9. Llopis B. Psicosis pelagrosa. Un análisis estructural de los trastornos psíquicos. Barcelona-Madrid-Valencia. Científico-Médica, 1946; 17.
10. Vallejo-Nájera A. *Tratado de psiquiatría I. Psicopatología general*. Barcelona-Buenos Aires: Salvat, 1944; 59-66.
11. Campos Marín R. De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. *La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940)*. *Frenia*. 2011; 1(1):37-64.
12. Instituto Andaluz de Salud Mental. *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía 1984-1990*. Sevilla: Consejería de salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, 1988.
13. López M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia*. 2000; (7): 4-8.
14. Bachrach LL. Asylum and chronically ill psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1984; 141(8):975-978.
15. Leff Julian, editor. *Care in the community. Illusion or reality?* Sussex: John Wiley & Sons, 1997; 33.
16. Linn L. Some aspects of a psychiatric program in a voluntary general hospital. En: Bellak L, editor. *Handbook of community psychiatry*. Nueva York: Grune & Stratton, 1964; 126-143.
17. Thompson JW, Burns BJ, Taube CA. The severely mentally ill in general hospital psychiatric units. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988; 10(1):1-9.
18. Edwards C, Carter J. Day services and the mentally ill. En: Wing JK, Olsen R, editores. *Community care for the mentally disabled*. London: Oxford University Press, 1979; 60-89.
19. Guimón J. El equipo suficientemente bueno. Reflexiones sobre la vulnerabilidad de los recursos humanos y comunitarios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1985; 5(15): 501-504.
20. Gisbert C, coordinadora. *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, nº 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.
21. Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton GW. *Psychiatric illness in general practice*. London: Oxford University Press, 1981 (2ª Ed.).
22. Gisbert C, coordinadora. *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Colección Estudios nº 28. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013.
23. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *Forum World Psychiatric Association*. 2007 abr. Disponible en: <<http://www.wpanet.org/sectorial/forums/forum2.doc>> [Consultado el 23.11.2017].
24. Pacheco Borrella G. Contribución al desarrollo del conocimiento enfermero de salud mental. *Presencia* 2005; 1(1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/presencia/n1/9articulo.php>> [Consultado el 22.11.2017].
25. Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* 2005; 1(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>> [Consultado el 20.10.2017].

# Prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina

## AUTORES

Laura Rebollo García  
Enfermera. Hospital King 's Mill.  
Inglaterra

Marta Rebollo García  
Estudiante Grado de Medicina.  
Universidad de Sevilla.

M.E. Gloria García Murciego  
Enfermera. Hospital Universitario  
Virgen del Rocío. Sevilla.

## Correspondencia

M. E. Gloria García Murciego  
 glomarla22siete@hotmail.com

Se ha presentado y ha sido aceptado como Comunicación tipo Póster al I Congreso Internacional de Bioética en Ciencias de la Salud, 2017. Universidad de Sevilla.

No existe financiación por parte de ningún organismo hacia este estudio.

No existe conflicto alguno de intereses entre los autores de este trabajo.

## Palabras clave:

Ética.

Mujer.

Salud.

## Resumen

### Introducción

En los últimos años, asociado a la afluencia de flujos migratorios en la población, surge una serie de políticas y líneas de actuación, para dar respuesta a un grave problema ético, como es la Mutilación Genital Femenina (MGF), y en nuestro país, especialmente, en el año 2015, en consonancia con las orientaciones internacionales, surge el Protocolo Común para la actuación Sanitaria ante la MGF, desde la consideración bioética, de que el respeto a las tradiciones culturales, debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos.

### Objetivos

Identificar las iniciativas que se están llevando a cabo en España, en materia de prevención y actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina, en los últimos años; así como analizar los resultados de este tipo de programas en la sensibilización y formación de profesionales en la lucha, contra la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas por el hecho de serlo.

### Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Cinhal, Pubmed, Dialnet. Los descriptores utilizados "derechos humanos, "discusiones bioéticas", "derechos de la mujer" y "calidad de vida". Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y periodo temporal (2008-2017).

### Resultados

De un total de 65 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 12, para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos, obteniendo como resultado que la mayor parte de las iniciativas españolas sobre Mutilación Genital Femenina, pertenecen a la línea de actuación de salud, concretamente en lo que se refiere a guías, protocolos y formación de profesionales dirigidos a prevenir, detectar, atender a las mujeres y a las niñas mutiladas y, en definitiva contribuir a erradicar esta práctica.

### Discusión

La intervención sanitaria debe garantizar el derecho a la salud y la restitución de la misma, siendo conscientes de que ésta práctica es perjudicial para la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de la mujer o niña, además de una práctica inaceptable desde la perspectiva ética y de los derechos humanos.

### Conclusiones

Podemos concluir que, gracias a la puesta en marcha de este tipo de programas de lucha contra la MGF, se obtienen como consecuencias más evidentes la mejora de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.



# Prevention and health action in the face of female genital mutilation

## Summary

### Background

*In the last years, in association with influx of migrant population, some news policies and courses of action arose to give answers to grave ethic problem such as it is female genital mutilation ,and in our country, especially in 2015, in consonance with the international guidelines, springs forth the Common Protocol for the health care professional management in female genital mutilation, from the bioethics consideration aspect in which the respect of the cultural traditions must have respect for humans rights asuncrossable limit.*

### Objectives

*To identify the initiatives that are being developed in Spain, in regards to health care prevention and management against female genital mutilation, in recent years, as in to analyze the results of this kind of programs in professional training and awareness in the fight, against violence towards women and girls just for the fact of being female.*

### Methodology

*A systematic revision was carried out on bibliography about this subject. The databases consulted were: Cinhal, Pubmed, Dialnet. Descriptors used were "derechos humanos, "discusiones bioéticas", "derechos de la mujer" y "calidad de vida". We apply a filter for languages (work published in Spanish) and time period (2008-2017).*

### Results

*Out of 65 references found after the search, 12 had been chosen for a in depthreview because they met the established inclusion criteria, we have obtained as result that most of the Spanish initiatives about female genital mutilation, belong to health care material, in particular protocol, handbooks and professional training to prevent, detect and look after women and girls mutilated and in definitive to help eradicate this activity.*

### Discussion

*The health care intervention must guarantee the right to health and their restitution, keeping in mind that this activity is detrimental for physic, psychiatric, sexual and reproductive health of women or girls, also is an unacceptable practice from the ethical and human rights point of view.*

### Conclusion

*We can say to sum it up, that thanks to this kind of prevention programs we obtain a improvement of health, as well as the promotion of the conditions leading to their recovery and development in a life environment without violence.*

### Keywords:

Ethic.

Woman.

Health.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, asociado a la afluencia de flujos migratorios en la población, surge una serie de políticas y líneas de actuación, para dar respuesta a un grave problema ético, como es la Mutilación Genital Femenina (MGF), y en nuestro país, especialmente, en el año 2015, en consonancia con las orientaciones internacionales, surge el Protocolo Común para la actuación Sanitaria ante la MGF, desde la consideración bioética, de que el respeto a las tradiciones culturales, debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos.

La mutilación genital femenina incluye todos los procedimientos que, de forma intencional, y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos. Estas prácticas que se realizan sobre el cuerpo de las mujeres o de las niñas no producen ningún tipo de beneficio a la salud, sino que más bien tienen graves consecuencias tanto físicas como psíquicas para quienes lo sufren. En este sentido, la MGF es una manifestación de la violencia y la desigualdad de género, basada en una serie de convicciones y percepciones profundamente arraigadas en las estructuras sociales, económicas, políticas y, en algunas ocasiones, religiosas, de algunas comunidades.

En la actualidad, y con la ayuda de múltiples programas de cooperación internacional a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales, se está dando a conocer la necesidad de preservar la integridad física de estas niñas como parte fundamental de erradicar esta violación de los derechos humanos. Es, en definitiva, un desafío global a los derechos humanos, individuales y colectivos.

## OBJETIVOS

1. Describir y analizar cómo se está abordando el problema de la Mutilación Genital Femenina desde los diferentes ámbitos, desde una perspectiva social y sanitaria.
2. Identificar las iniciativas que se están llevando a cabo en España, en materia de prevención y actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina, en los últimos años.
3. Sensibilizar y contribuir a la formación de profesionales.
4. Luchar contra la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas por el hecho de serlo.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Cinhal, Pubmed, Dialnet. Los descriptores utilizados “derechos humanos”, “discusiones bioéticas”, “derechos de la mujer” y “calidad de vida”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y periodo temporal (2010-2017).

De un total de 65 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 12, para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

## ANTECEDENTES

### ¿Qué es y por qué se realiza la Mutilación Genital Femenina?

La Mutilación Genital Femenina engloba todos los procedimientos que incluyen extracción de los genitales femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos o no terapéuticos, siendo estos procedimientos irreversibles y para toda la vida.

La mutilación genital femenina o ablación es la extirpación total o parcial del clítoris a niñas y mujeres jóvenes. Se realiza en 28 países africanos como ritual de paso a la edad adulta y como elemento de socialización de las niñas. La creencia en las comunidades donde se practica se basa en que la MGF equivale a pureza y limpieza, y la niña que no la sufra no logrará casarse y será considerada una promiscua.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica cuatro tipos de mutilación:

### Clasificación

Tipo I. Este procedimiento, denominado a menudo clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

Tipo II. Este procedimiento, denominado a menudo excisión, consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin excisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva).

Tipo III. Este procedimiento, denominado a menudo infibulación, consiste en el estrechamiento de la

abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y re-colocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del clítoris (clitoridectomía).

Tipo IV. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

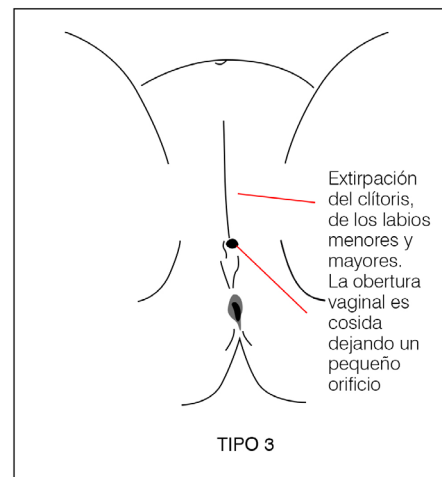
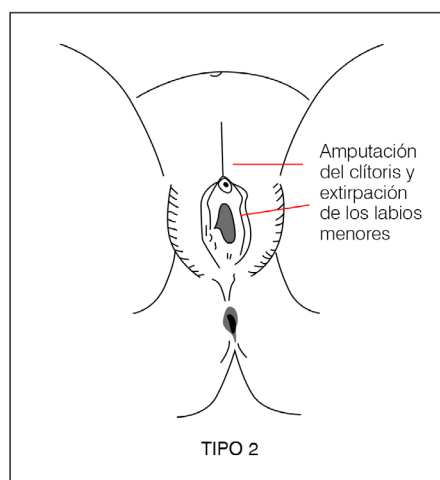
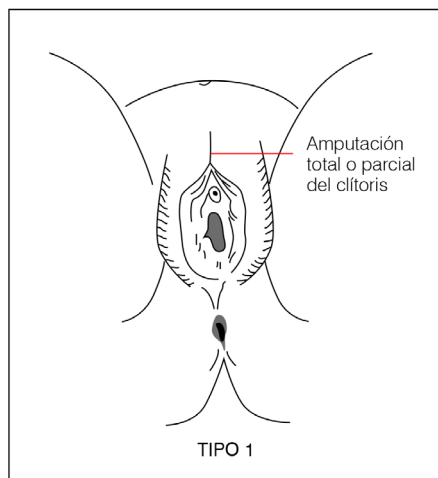
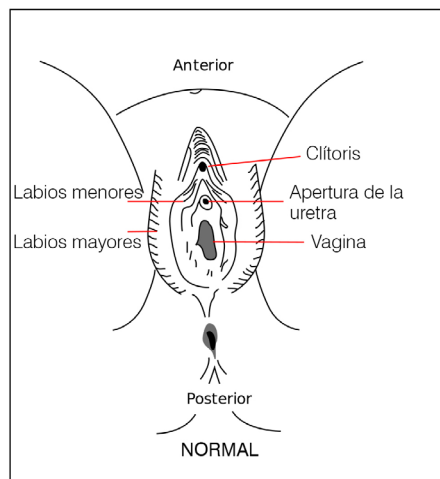


Figura 1. Tipos de mutilación genital femenina. Adaptado de internet Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/protection/index\\_genitalmutilation.htm](http://www.unicef.org/spanish/protection/index_genitalmutilation.htm)

## Origen, creencias y razones para la práctica de la Mutilación Genital Femenina

A pesar de que su origen es impreciso, la MGF parece remontarse al antiguo Egipto. El historiador José Carlos Castañeda sitúa el origen de esta praxis en el siglo V a. C. Probablemente formaba parte de un rito de paso practicado entre egipcias, fenicias, hititas y etíopes y, desde Egipto, esta costumbre fue llevada a Sudán y al cuerno de África. Las primeras referencias en papiro datan del siglo II a. C, donde se habla de una niña que se encuentra en edad de sufrir una ablación a la manera egipcia. A partir de este punto, diversos autores relacionan la práctica con grupos africanos que tenían contacto con los egipcios. Parece ser que se realizaba una fiesta con un banquete organizado por los padres en honor a la jovencita, *therapeuteria*, que fue común en el periodo romano como se sabe por documentos procedentes de Oxirrinco (s. III d. C).

La práctica de la mutilación se relaciona también con el grupo camito-semita (lenguas afroasiáticas) en general y pudo practicarse inicialmente entre los masai de Kenya a partir de los cusitas, que entraron a Kenya desde Etiopía. Pero los kikuyu, influidos por los cusitas, pudieron adoptarla como resultado de la influencia bantú. El papiro Harris habla de que las diosas Anat y Astarté debían ser cerradas de su vulva, Horus las sellaba y Set las abría. Las diosas así "conciben pero no dan a luz". Como tales divinidades son asiáticas, tal vez de esas áreas llegó la costumbre a Egipto. Se ha escrito también que el motivo básico para realizar la MGF era la creencia de que el alma femenina del hombre se encuentra en el prepucio y el alma masculina de la mujer, en el clítoris. Con la abla-

ción ambos se convierten en verdaderos hombres y verdaderas mujeres. Esta convención, que puede proceder de la androginia de los dioses egipcios, se ha mantenido hasta nuestros días y es una de las razones que explican la supervivencia de este uso.

En la actualidad, la MGF ha adquirido un fuerte significado simbólico entre las comunidades que la practican, con una gran presión cultural y una estructura social que la mantienen. Es una práctica altamente valorada en los lugares en los que persiste, se considera una actividad dentro del ciclo vital de cada individuo y tiene el consentimiento de la comunidad e incluso de la mayoría de las familias de las niñas. En algunas sociedades forma parte de las ceremonias de iniciación que otorgan identidad étnica y de género.

Las propias mujeres africanas no dan una justificación explícita a la acción, sino que se someten a ella, perpetuando la práctica. Cuando se indagan los motivos para continuar con la MGF, aparecen diversas razones: la tradición, la religión o la preservación de la identidad étnica y de género. Mencionan cuestiones de higiene (“es más limpio”) y estéticas (“puede crecer demasiado, como el pene”) y creen que protege la feminidad, la pureza y la virginidad, evita la promiscuidad y garantiza el “honor de la familia”, asegurando el matrimonio. En muchas sociedades, se ha convertido en la prueba física que confirma la feminidad de una niña y que ha sido iniciada mediante un rito de paso a la edad adulta, asegurando que ha recibido las enseñanzas necesarias para ser digna de pertenecer a la comunidad y a la sociedad secreta de las mujeres. También se dice que promueve la fertilidad y previene el nacimiento de niños muertos en las primigrávidas, ya que es una creencia extendida que, si el recién nacido ha tocado con su cabeza el clítoris al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental (Kaplan).

La MGF es considerada un componente crucial del proceso de socialización, ligada a los dos valores fundamentales que conforman la vida social africana: sentimiento de pertenencia a la comunidad y complementariedad de sexos. En algunas comunidades musulmanas se practica por motivos religiosos, siendo considerada una sunna (tradición), a diferencia de la circuncisión masculina, que es obligatoria. Sin embargo, la MGF no se asocia necesariamente con el Islam, ya que numerosos musulmanes no la practican, como en países del Magreb o Arabia Saudita, mientras que sí lo hacen ciertas comunidades cristianas coptas y judías falashas de Etiopía.

Las niñas son circuncidadas desde edades tan tempranas como los 7 días de nacimiento y hasta la pre-pubertad. Existen variaciones en función de los grupos étnicos, aunque la intervención es realizada antes de la primera menstruación. Esta dinámica ritual queda enmarcada dentro de un entorno familiar

y comunitario en el que las mujeres mayores y las ancianas ocupan la centralidad. Son las madres y las abuelas las que organizan y protagonizan el ritual de sus hijas y nietas, ya que consideran que es lo mejor que deben hacer para educarlas adecuadamente y prepararlas para la edad adulta y el matrimonio.

Paralelamente, existen consecuencias derivadas de la no realización del ritual, por las que la niña será víctima de la marginación, la humillación y la exclusión.

Todos estos elementos también se encuentran presentes en las niñas y mujeres de las comunidades inmigradas, ya que representan no sólo la identidad étnica y de género sino también el nexo con sus orígenes familiares y culturales. Negarse a su realización supone cuestionar la autoridad de sus mayores en las sociedades fuertemente gerontocráticas de origen, produciendo un conflicto de lealtades.

A través de estudios antropológicos en los países de origen donde se practica la MGF se puede llegar a un mayor y mejor entendimiento de los entramados socio-culturales complejos que perpetúan la MGF, tanto en África como en la diáspora. Este conocimiento es necesario para construir enfoques preventivos y de atención respetuosos con la cultura de origen.

## RESULTADOS

### Las cifras de la ablación

La MGF es un problema global que viola el derecho de niñas y mujeres a la integridad física y afecta directamente a su salud y a su salud sexual y reproductiva.

Hay países, como Somalia, donde la prevalencia de este ataque a los derechos humanos supera el 90% de los casos. Estas son algunas cifras de esta práctica que urge erradicar:

- Más de 200 millones de niñas y mujeres han sufrido ablación en todo el mundo.
- Todos los años se mutilan los genitales de tres millones de niñas.
- Actualmente se realiza en 30 países de África, Oriente Medio, y Asia. Solo en África más de 125 millones de niñas mayores de 10 años han sido víctimas de la MGF.
- Si se mantiene esta tendencia, en 2030 un total de 86 millones de niñas en todo el mundo habrán sufrido la mutilación de sus genitales.
- Desde 2008 más de 15.000 comunidades y distritos en 20 países han declarado el abandono de la ablación.

## ¿Qué consecuencias tiene?

La mutilación genital femenina presenta consecuencias negativas, inmediatas y a largo plazo para la salud de las mujeres y las niñas.

La ablación genital femenina causa daños irreparables. Puede acarrear la muerte de la niña por colapso hemorrágico o por colapso neurogénico debido al intenso dolor y el traumatismo, así como infecciones agudas y septicemia. Muchas niñas entran en un estado de colapso inducido por el intenso dolor, el trauma psicológico y el agotamiento a causa de los gritos.

Otros efectos pueden ser una mala cicatrización; la formación de abscesos y quistes; un crecimien-

to excesivo del tejido cicatrizante; infecciones del tracto urinario; coitos dolorosos; el aumento de la susceptibilidad al contagio del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), la hepatitis y otras enfermedades de la sangre; infecciones del aparato reproductor; enfermedades inflamatorias de la región pélvica; infertilidad; menstruaciones dolorosas; obstrucción crónica del tracto urinario o piedras en la vejiga; incontinencia urinaria; partos difíciles; y un incremento del riesgo de sufrir hemorragias e infecciones durante el parto.

Complicaciones agudas, subagudas y a largo plazo que puede producir la práctica de la Mutilación Genital Femenina:

COMPLICACIONES AGUDAS	COMPLICACIONES SUBAGUDAS
Dolor severo	Anemia
Shock	Estrés Traumático
Hemorragia	Contagio Hepatitis B y C
Retención urinaria	Contagio VIH/SIDA
Infecciones de la herida	Infecciones urinarias de repetición
Tétanos, sepsis, gangrena	Retraso en el crecimiento en niñas con déficit nutricional de base
Llagas abiertas y otras lesiones de los tejidos genitales adyacentes	Miedo, angustias
Fracturas	Estrés post-traumático
COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (MANIFESTACIÓN EN LA EDAD ADULTA)	
<i>Genitourinarias:</i> insuficiencia renal por infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, dismenorrea, hematócolpos, salpingitis, inflamación pélvica.	
<i>Sexuales:</i> estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución deseo sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad.	
<i>Reproductivas:</i> infertilidad.	
<i>Obstétricas:</i> dificultad durante el parto (dilatación), desgarros, fístulas, sufrimiento.	
<i>Salud mental:</i> sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad y depresión.	
<i>Cicatrización anómala:</i> queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis, etc	

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la bibliografía.

## Marco legal; situación en España

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas, como Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la propia Unión Europea, se han pronunciado contra la MGF, considerándola una práctica que atenta contra los derechos humanos.

En España, los primeros casos se detectaron en Cataluña en el año 1993. Fueron denunciados por

profesionales de la salud y las sentencias resultaron absolutorias para los padres de las niñas. Alegando "la no intencionalidad de lesionar y el error de prohibición". Desde entonces no hay conocimiento de que se hayan producido nuevas mutilaciones en territorio español, aunque si es conocido que algunas familias aprovechan los viajes a los países de origen para proceder a la iniciación de sus hijas.

La MGF, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 149 del Código Penal, que castiga el delito con penas de 6 a 12 años de prisión para los padres y la retirada de la patria

## Prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina

potestad, "al que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones"; "si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz", abunda el texto. Técnicamente, se trata como un delito de lesiones con el agravante de género. Las leyes de protección a la infancia o el Convenio del Consejo de Europa protegen igualmente a las víctimas.

Los casos sobre los que la jurisdicción española tiene competencias son los que implican a niñas que viven en España, cuyos padres residan aquí o sean nacionales y si se recurre a un consulado español en los países de origen, en caso de peligro.

Por otro lado, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas pueden conllevar, para los profesionales de la salud, la comisión del delito de omisión en el deber de evitar o promover su persecución, tipificado en el artículo 450 del Código Penal.

Los *Mapas de la MGF en España* son herramientas clave para conocer la magnitud y la geografía de la MGF. Permiten discernir entre país de procedencia, edad, género y distribución de la población en comunidades autónomas, provincias y municipios más relevantes de España. Son las herramientas vigentes y necesarias para orientar políticas y acciones de prevención y atención a las mujeres y niñas que padecen las consecuencias de la práctica o están en riesgo de padecerla.

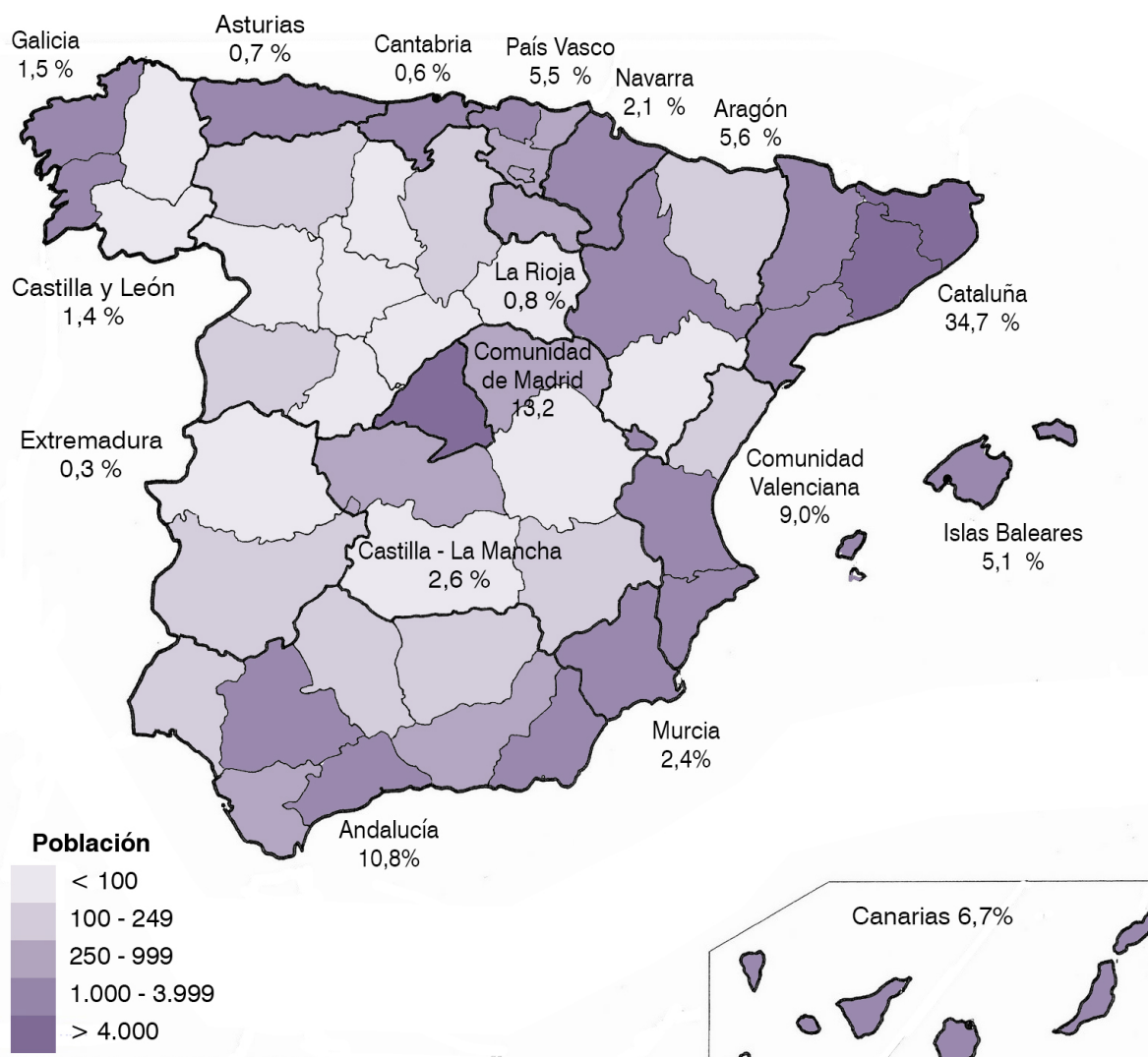


Figura 2: Distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF.

Fuente: KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB. Datos de población a 1 de enero de 2012.

El arraigo social y cultural de estas prácticas, unido al conflicto de lealtades con respecto al origen, condiciona la perpetuación de la MGF en las niñas hijas de estas migraciones.

En España los escenarios posibles para la Mutilación Genital femenina, pueden ser:

- Mujeres que llegan a España con la MGF practicada.
- Niñas que llegan a España con la MGF practicada.
- Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres. Puede existir o no consentimiento de los padres.
- Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan al país de destino migratorio con la MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.
- Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF en España o en otros países europeos.
- Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no. Suelen ser niñas nacidas en origen que han venido por reagrupación familiar, con hermanas nacidas en España a las que sus padres, a partir de un trabajo de sensibilización, deciden no someter a esta práctica. Es una situación que suele crear culpabilidad por el daño causado.
- Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

## Protocolos a nivel Nacional

El "Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina", se ha aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el día 14 de enero de 2015, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, en su medida 185 de que se refiere a "Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina".

Se trata del primer protocolo a nivel nacional que aborda desde el ámbito sanitario esta forma de violencia contra la mujer con el objetivo de constituirse en herramienta básica para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permitan mejorar la salud de las mujeres y las niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que están en una situación de especial vulnerabilidad.

El protocolo comienza con un primer apartado sobre el "Marco conceptual" que permite una aproximación a la mutilación genital femenina, a través de su definición y tipología, la exposición de las causas por las que se practica y de sus consecuencias en la salud.

El conocimiento de los países en los que se concentra la práctica de la MGF es fundamental para la detección y prevención de posibles casos, tanto de menores inmigrantes como de niñas nacidas en España, ya que uno de los factores de riesgo de esta práctica es proceder de un país donde se realiza.

Respecto de las actuaciones de los profesionales sanitarios se contemplan desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, abarcando tanto la atención primaria como la atención especializada (pediatría y enfermería de pediatría, personal de medicina y enfermería de familia, matronas, ginecología y obstetricia, urología), como en los servicios de urgencias, con la finalidad de procurar una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados a la persona mutilada y a la familia.

Además, en 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, 2012, en el que se contempla la creación de un protocolo específico para el abordaje de la MGF a nivel estatal.

El protocolo de 2012 se realiza con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia contra las mujeres, que constituye una herramienta fundamental para el personal sanitario. Este protocolo se enmarca en las acciones de promoción de la detección precoz, asistencia y recuperación de la violencia de género por parte de los profesionales sanitarios, según lo establece el artículo 15 de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Esta ley establece la creación de una comisión contra la violencia de género, compuesta por representantes de todas las comunidades autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias y la aplicación del protocolo sanitario, entre otras medidas para contribuir a la erradicación de esta forma de violencia. Esta comisión se encuentra funcionando en el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

A su vez, se establece que estos protocolos contengan pautas uniformes de actuación sanitaria para impulsar actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla, que serán aplicados tanto en el ámbito público como en el privado.

El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género de 2012 promueve la inclusión de la MGF como forma de violencia de género a ser abordada desde el ámbito sanitario, para lo que prevé la creación de un protocolo específico que atienda las características propias de esta forma de violencia.

No obstante, más allá del cambio de mentalidad, hace falta un protocolo que permita detectar casos y denunciarlos. El primero, el general, se aplica en la sanidad, unificando instrucciones para los médicos de atención primaria, ginecólogos, pediatras... Lo fundamental es que pide a los sanitarios que hablen con sus pacientes y, si detectan que van a viajar a sus países de origen, donde se incrementa el riesgo de mutilación, les reclamen que firmen un papel en el que se comprometen a mantener intactas a sus hijas. En el caso de que se nieguen, se informa al departamento autonómico de protección de menores y éste a la fiscalía, que puede tomar decisiones como la retirada del pasaporte a los padres, la niña o ambos para impedir dicho viaje.

No obstante, tanto Médicos del Mundo como otros organismos de defensa de la mujer lamentan que el protocolo nacional se limite al campo sanitario, cuando los casos se pueden detectar en otras áreas. Así, los textos autonómicos incluyen, por ejemplo, la coordinación con trabajadores sociales o con profesores, un círculo integral de alerta. "A veces se enteran antes las vecinas o los compañeros del colegio... Todos los de su entorno deberían estar informados sobre qué hacer", añade la especialista de la organización no gubernamental (ONG), institución sin ánimo de lucro que no depende del gobierno y realiza actividades de interés social.

## DISCUSIÓN

### Nuevas tendencias en la práctica de la MGF

Las nuevas tendencias en la práctica de la MGF muestran una reducción en la edad de la intervención. La MGF se practica a las menores de 0 a 14 años, pudiéndose realizar desde el séptimo día de su nacimiento hasta la pre-pubertad.

La edad varía según los grupos étnicos, aunque siempre se realiza antes de la primera menstruación. En este sentido, aunque los datos sugieren que la edad del corte se ha mantenido bastante estable en la mayoría de los países, se observa que en los lugares donde se ha producido un cambio en su preva-

lencia se apuesta por la realización de la intervención en edades más tempranas.

En esta línea, la MGF tiende a convertirse en un procedimiento puramente físico y es posible que para algunos pierda su sentido cultural y social más amplio. También se percibe en los países que han variado su prevalencia una tendencia hacia la MGF tipo I, de menor extensión anatómica.

Otra tendencia es la medicalización de la práctica, que es promovida y ejercida por profesionales de la salud en centros públicos y privados, sustituyéndose a las circuncidadoras tradicionales y "asegurándose" que se realiza en condiciones sanitarias y haciendo uso de materiales desechables para prevenir una posible infección.

En el informe sobre el estado de la MGF, UNICEF 20137, se apunta un patrón de disminución en la práctica de la MGF. Los cambios de tendencias auguran que la efectiva transmisión del conocimiento sobre sus consecuencias reduce su prevalencia.

El aumento del conocimiento y la realización de programas de prevención reducen perceptiblemente la prevalencia de la MGF, hacen que disminuya el interés por la realización de esta práctica y se observa que, a menos prevalencia en un país, más interacción entre las mujeres que no han padecido la MGF. Siendo así, estas mujeres muestran a las demás que ellas no son socialmente sancionadas, reduciéndose así la marginalización del colectivo en su proceso de socialización.

Un factor clave en los cambios de tendencias es el proceso migratorio y su influencia en las decisiones familiares en origen. Si se ha realizado un trabajo de sensibilización con las familias en destino, éstas son portadoras de conocimiento y multiplicadoras de información. Por tanto, el trabajo que se realiza en destino conlleva efectos significativos en la decisión de realizar o no la práctica de la MGF.

Pese a que en la mayoría de los países donde se practica existe un marcado rechazo social, según ha documentado Unicef, es una práctica que todavía prevalece, asentándose en opresiones ancestrales relacionadas con el género femenino, como son la virginidad impuesta, la fidelidad obligatoria, el control de la sexualidad y del cuerpo de las mujeres, la autonomía del placer femenino y la libertad de decidir sobre nuestros propios cuerpos.

"Es importante tener muy claro que esta práctica es una forma de violencia de género y que tiene que ver con una cultura y unos mandatos que están sobre el cuerpo y la voluntad de las mujeres", afirma Luisa Antolín Villota.



La mutilación genital femenina está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer.

Viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

Evidentemente todas estas propuestas requieren del apoyo firme y continuado de los poderes públicos, apoyo que pasa por mejorar las habilidades de los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales para el abordaje de las MGF mediante una formación adecuada y por reforzar las estructuras de mediación intercultural.

## CONCLUSIONES

La mayor parte de las iniciativas españolas sobre Mutilación Genital Femenina, pertenecen a la línea de actuación de salud, concretamente en lo que se refiere a guías, protocolos y formación de profesionales dirigidos a prevenir, detectar, atender a las mujeres y a las niñas mutiladas y, en definitiva, contribuir a erradicar esta práctica.

La intervención sanitaria debe garantizar el derecho a la salud y la restitución de la misma, siendo conscientes de que ésta práctica es perjudicial para la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de la mujer o niña, además de una práctica inaceptable desde la perspectiva ética y de los derechos humanos.

Se trata de una cuestión compleja y delicada que requiere formación, sensibilidad y respeto pero al mismo tiempo una actitud firme y activa de sensibilización para erradicar la práctica. Hay que velar para dar soporte psicológico a las víctimas de la MGF y garantizar una atención de calidad desde el respeto, para ello, los profesionales que trabajen particularmente este tema, necesitan una habilidades indispensables como son la empatía, la confidencialidad, el respeto y la naturalidad.

El aumento del conocimiento y la realización de programas de prevención reducen perceptiblemente la prevalencia de la MGF.

Podemos concluir que, gracias a la puesta en marcha de este tipo de programas de lucha contra la MGF, se obtienen como consecuencias más evidentes la mejora de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

## CONCLUSIONS

*Most of the Spanish initiatives on Female Genital Mutilation belong to the line of action of health, specifically with regard to guides, protocols and training of professionals aimed at preventing, detecting, caring for women and girls who are mutilated and , in short, contribute to eradicate this practice.*

*The health intervention must guarantee the right to health and the restitution of it, being aware that this practice is harmful to the physical, mental, sexual and reproductive health of women or girls, as well as an unacceptable practice from an ethical perspective and of human rights.*

*It is a complex and delicate issue that requires training, sensitivity and respect, but at the same time a firm and active attitude of awareness to eradicate the practice. Care must be taken to provide psychological support to the victims of FGM and ensure quality care with respect. For this, professionals who work particularly on this issue need indispensable skills such as empathy, confidentiality, respect and respect, naturalness.*

*Increasing knowledge and carrying out prevention programs significantly reduce the prevalence of FGM.*

*We can conclude that, thanks to the implementation of this type of programs to fight against FGM, the most obvious consequences are the improvement of health, as well as the promotion of the conditions for their integral recovery and the development of a life in an environment without violence.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. *Índex Enferm* [Internet]. 2017 Dic. [citado 18 Mar 2018]; 26(4): 288-291. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962017000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000300012&lng=es).
2. Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I, Alcón-Belchí C, Pastor-Bravo MM, Rodríguez-Martínez EM. Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en

- la Región de Murcia. Asociación DEMUSA. 2016. [citado el 10 Feb. 2016]. Disponible en: <http://www.demusa.org/proyectos/protocolo-prevenci%C3%B3n-mgf/>
3. Ballesteros-Meseguer C, Almansa-Martínez P, Pastor-Bravo MM, Jiménez-Ruiz I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gac. Sanit.* [serie en internet]. 2014 Feb. [citado 18 Mar 2018]; 28(24): 287-91. Disponible en: DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.006
  4. CIE. Declaración de posición del CIE: Eliminación de la mutilación genital femenina. 2010.
  5. Consentimiento informado y diversidad cultural. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2010.
  6. Durán-Muñoz R. Diversidad cultural, Género y Derecho. Valencia: Tirant lo Blanch [serie en internet] 2014 Mar. [citado 28 Ene 2018]: 241-270.
  7. Gobierno de Aragón. "Protocolo para la prevención y actuación antes de la Mutilación Genital Femenina". Aragón. 2011.
  8. Guerra-Palmero MJ. Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política* [serie en internet]. 2008 Ene- Jun. [citado 22 Feb. 2018] 38:61-76.
  9. Grande-Gascón M, Ruiz-Seisdedos S & Hernández-Padilla M. El Abordaje Social y Político de la Mutilación Genital Femenina. *Portularia* [serie en internet]. 2013 Mar. [citado 17 Feb. 2018]; XIII (1): 11-18. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.5218/prts.201300002>
  10. Jericó-Ojer L. "A vueltas con la mutilación genital. Art. 149.2 del CP ¿aplicación exclusiva del delito solo cuando existan motivos religiosos o culturales?". *Diario La Ley*, nº 8206, 2013.
  11. Jiménez-Ruiz I, Almansa-Martínez P, Pastor-Bravo MM, Pina-Roche F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. *Enferm. Glob.* [serie en internet] 2012 Oct. [citado 18 Mar 2018]; 11(28): 396-410. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412012000400022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000400022&lng=es)
  12. Kaplan A, Moreno J, Pérez-Jarauta, MJ. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB [serie en internet] 2010. Bellaterra. [citado 18 Mar 2018].
  13. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. *Antropología Aplicada Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.* [serie en internet] 2010. Bellaterra. [citado 18 Mar 2018].
  14. Kaplan, A. y López, A. (2013): Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, *Antropología Aplicada 2.* Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.
  15. Kaplan A y López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. [serie en internet] 2016. España, Universitat Autònoma de Barcelona.
  16. Kaplan, Adriana & NUÑO, Laura /Dir/ (2017). Guía Multisectorial de Formación académica sobre Mutilación Genital Femenina. Madrid, España: Editorial Dykinson.
  17. La Barbera MC. Intervenciones sobre los genitales femeninos. Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones populares (RDTP)* [serie en internet] 2010 Jul- Dic. [citado 18 de marzo 2018], 65(2):445-464. Disponible en: DOI: 10.3989/rdtp.2010.16
  18. Lucas B. Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: Planes de acción y medidas de protección a menores, complementos necesarios a la prohibición legal. *Innocenti Digest.* Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2006.
  19. Medicus Mundi Andalucía. Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud. Granada: Grupo Editorial Universitario, 2008.
  20. Organización Mundial De La Salud (OMS). Mutilación genital femenina. 2013
  21. Pastor-Bravo MM, Almansa-Martínez P, Ballesteros-Meseguer C, Pastor- Rodríguez

- JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. *Enferm. Glob.* [serie en internet] 2012. [citado 12 de enero 2018], 25(1); 326-439. Disponible en: DOI: 10.1016/J.APRIM.2015.08.004
22. Prevención de la práctica de la mutilación genital femenina y atención a las víctimas. Plan de Formación Continua 2010. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia: Generalitat Valenciana y Agència Valenciana de Salut, 2010.
23. Sanz-Mulas N. Diversidad cultural y política criminal: Estrategias contra la MGF en Europa. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología (RECPC)*. [serie en internet]. 2014. [citado en 22 Feb. 2018]; 16(11): 11-49.
24. Ballesteros-Meseguer C, Almansa-Martínez P, Pastor-Bravo MM, Jiménez-Ruiz I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gac. Sanit.* [serie en internet]. 2014 Feb. [citado 18 Mar 2018]; 28(24): 287-91. Disponible en: DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.006
25. Torres-Fernández ME. "La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado". *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, ISSN.: 1138-9877, nº 18, 2010 (monográfico sobre mutilación genital femenina) pp. 1-21.
26. Vázquez-González C. Inmigración, diversidad y conflicto cultural: los delitos culturalmente motivados cometidos por inmigrantes. Especial referencia a la MGF. Madrid, 2010.

# ¿Quieres TRABAJAR en el SAS...

## Oferta Extraordinaria de Estabilización

# 18.618 Plazas

BOJA nº. 33 de 15/02/2018

## Servicio Andaluz de Salud

### ...o te conformas solo con opositar?



**Rodio**  
Formación para el empleo

*¡Una plaza te espera!*

**2018**  
OPOSICIONES

# Promoción de la salud en la detección del cáncer de mama

## Autores

**MARÍA CRISTINA RIERA ZAPICO**

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, Hospital Universitario Central de Asturias.

**VANESA GALLARDO MUÑIZ**

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, Hospital Universitario Central de Asturias.

**ANDREA GARCÍA FLÓREZ**

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, Hospital Universitario Central de Asturias.

**MARÍA DEL PILAR RIERA ZAPICO**

Técnico Especialista en Higiene Bucodental, Hospital Universitario Central de Asturias.

## Correspondencia

riera\_cristina@hotmail.com

Este trabajo se ha realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias, para hacerlo se ha utilizado buscadores de internet y la biblioteca del hospital.

Este trabajo ha participado en las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y educación, celebrado del 17/10/2016 al 30/11/2016 en modalidad virtual en la categoría de poster.

## Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres de los países desarrollados, debido a la mayor esperanza de vida y el aumento de la población.

La supervivencia y curación de los pacientes con cáncer de mama es mayor dependiendo de la fase en la que se detecte el tumor.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el cáncer de mama aparece cuando las células del epitelio glandular se reproducen de forma incontrolada y muy rápidamente.

No todos los bultos encontrados son evidencias de cáncer. Nueve de cada diez bultos son benignos.

## Factores de riesgo

Se pueden clasificar en dos grupos, en los que dependerá si se pueden modificar un factor o no, para evitar que suceda:

### Factores de riesgo no modificables:

- La edad.
- El estado hormonal.
- Historia familiar.
- Componente genético.
- Haber sufrido otro cáncer previamente.

### Factores de riesgo modificables:

- Tratamiento hormonal sustitutivo (THS).
- Partos previos.
- Lactancia materna.
- El alcohol.
- El tabaco.
- La actividad física.
- La exposición de radiaciones ionizantes en procesos diagnósticos o terapéuticos.

## PALABRAS CLAVE:

Salud. Cáncer. Mama

# Promotion of health in the detection of breast cancer

## Summary

*Breast cancer is the most frequent tumor among women in developed countries, due to the longer life expectancy and the increase in population.*

*The survival and cure of patients with breast cancer is higher depending on the phase in which the tumor is detected.*

*According to the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM), breast cancer occurs when the cells of the glandular epithelium reproduce uncontrollably and very quickly.*

*Not all the lumps found are symptoms of cancer. Nine out of ten packages are benign.*

## Risk factor's

*They can be classified into two groups, on which it will depend if a factor can be modified or not, to prevent it from happening:*

### Non-modifiable risk factors:

- Age.
- The hormonal state.
- Family history.
- Genetic component.
- Having suffered another cancer previously.

### Modifiable risk factors:

- Hormone replacement therapy (HRT).
- Previous births.
- Breastfeeding.
- The alcohol.
- The tobacco.
- Physical activity.
- The exposure of ionizing radiation in diagnostic or therapeutic processes.

### KEY WORDS:

Health. Cancer. Mom

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres de los países desarrollados, debido a la mayor esperanza de vida y aumento de la población.

Debido a una elevada incidencia de cáncer de mama, desde hace varias décadas se ha procedido a crear programas de cribado de cáncer de mama en la mayoría de los países desarrollados. Navarra es una de las primeras comunidades de España en crear estos programas de cribado, aunque en la actualidad cada comunidad autonómica tiene sus programas con una cobertura del 90% de la población.

En la actualidad, la tasa de supervivencia es mayor que la de mortalidad, gracias en parte a un mejor diagnóstico y una mejora considerable en las terapias ejecutadas.

En España se diagnostican miles de casos de cánceres de mama nuevos al año. Se puede decir que una de cada ocho mujeres tendrá cáncer de mama a lo largo de su vida.

Esta enfermedad la pueden padecer tanto hombres como mujeres, dándose la mayoría de los casos en mujeres.

La supervivencia y curación de las pacientes con cáncer de mama es mayor dependiendo de la fase en que se diagnostica el tumor, por lo que es muy importante la prevención ante el cáncer de mama.

El 19 de octubre se celebra el día mundial contra el cáncer de mama.



## OBJETIVOS

- El objetivo principal de este trabajo es la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de mama en las mujeres.
- Describir los principales aspectos relacionados con el cáncer de mama.
- Identificar los factores de riesgo que no son modificables y los que sí son modificables.
- Describir los fundamentos de la prevención del cáncer de mama.

## METODOLOGÍA

### Definición de cáncer de mama

El cáncer de mama es el crecimiento descontrolado de las células mamarias. El cáncer es el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Las células del cuerpo se renuevan mediante el crecimiento celular: Las células nuevas y sanas ocupan el lugar de las células viejas que mueren. Con el paso del tiempo, las mutaciones pueden activar ciertos genes y desactivar otros en una célula. La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control, por lo que produce más células iguales y se genera un tumor.

No todos los bultos encontrados son síntomas de cáncer. Nueve de cada diez bultos son benignos. Los bultos no cancerosos pueden ser fibrosos o tumores de tejido conectivo y glandular, quistes o bolsas de líquido.

Tipos de tumores según su localización mamaria:

El cáncer de mama puede comenzar en distintas áreas de la mama: conductos, los lobulillos o algunos casos, en el tejido intermedio.

- *Carcinoma ductal in situ (CDIS)*: es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo. Ductal significa que el cáncer comienza dentro de los conductos lácteos, carcinoma se refiere a cualquier cáncer que comienza en la piel u otros tejidos que cubren o revisten los órganos internos.
- *Carcinoma ductal invasivo (CDI)*: no presenta indicios ni síntomas. Una pequeña cantidad de personas pueden tener un bulto en la mama o secreción del pezón. El 80 % de casos de CDI se detectan por mamografía.
- *Carcinoma lobular invasivo (CLI)*: también conocido como carcinoma lobular infiltrante, es el segundo tipo de cáncer de mama y más común después del carcinoma ductal invasivo. Pueden afectar a mujeres de cualquier edad, son más comunes en mujeres mayores alrededor de los 55 a 60 años.
- *Cáncer de mama inflamatorio (CMI)*: es una forma de cáncer poco frecuente y agresivo. Habitualmente comienza con el enrojecimiento e inflamación de la mama, en lugar del bulto distintivo. El CMI suele multiplicarse y propagarse velozmente, y sus síntomas empeoran en apenas unos días e incluso en horas.
- *Carcinoma lobular in situ (CLIS)*: una o varias zonas de crecimiento celular anómalo que au-

mentan el riesgo de que una persona desarrolle cáncer de mama invasivo más adelante. Lobular significa que las células anómalas comienzan a crecer en los lobulillos, las glándulas productoras de leche ubicadas en los extremos de los conductos mamarios. Carcinoma hace referencia a todo cáncer que se origina en la piel o en otros tejidos que cubren órganos internos, como el tejido mamario.

El CLIS no es un verdadero cáncer de mama. En realidad, el CLIS es una señal de que la persona presenta un riesgo mayor al promedio de padecer cáncer de mama en el futuro. Se diagnostica generalmente antes de la menopausia entre 40 y 50 años. El CLIS es muy poco frecuente en hombres.

- *Carcinoma tubular de la mama*: es un subtipo poco común de carcinoma ductal invasivo, que representa cerca del 1-2 % de todos los casos.
- *Carcinoma medular de la mama*: se denomina así porque el tumor es una masa suave y pulposa, similar en forma al como bulbo raquídeo. Es un subtipo poco común de carcinoma ductal invasivo, representa 3 al 5 % de los casos. Generalmente afecta a mujeres de 45-55 años.
- *Carcinoma mucinoso de la mama*: también llamado carcinoma coloideo, es una forma poco frecuente de carcinoma ductal invasivo, representa cerca del 2-3 % de todos los casos de cáncer de mama. En este tipo de cáncer, el tumor se forma a partir de células anómalas que flotan en acumulaciones de mucina, uno de los principales componentes de la sustancia viscosa y escurridiza conocida como moco. El carcinoma mucinoso suele afectar a las mujeres postmenopáusicas.
- *Carcinoma papilar de la mama*: son poco frecuentes y representan menos del 1-2 % de los casos de cáncer de mama invasivo. En una amplia mayoría, estos tipos de tumor se diagnostican en mujeres mayores postmenopáusicas. El carcinoma papilar invasivo generalmente tiene un borde bien definido y está formado por prolongaciones pequeñas en forma de dedos. Con frecuencia, es de grado 2 en una escala de 1 a 3, en que el grado 1 describe células cancerosas que se ven y se comportan en forma muy similar a las células sanas normales y el grado 3 comportan como células muy anormales de rápido crecimiento
- *Carcinoma cribiforme de la mama*: las células cancerosas invaden el estroma con formaciones que se parecen a un nido entre los conductos y los lobulillos. Dentro del tumor hay orificios distintivos entre las células cancerosas, lo que dan al tumor la apariencia de un queso suizo. Por lo general, el carcinoma cribiforme invasivo es de bajo grado, lo que significa que las células se ven y se comportan de forma similar a las células de

la mama sanas y normales. Tiene una frecuencia del 5-6 % de los casos de cáncer de mama invasivo.

- *Cáncer de mama en hombres*: es una enfermedad poco frecuente. Menos del 1 % de todos los casos de cáncer de mama se producen en hombres. Las distintas hormonas en niñas y mujeres estimulan el tejido mamario para desarrollar plenamente las mamas. En el caso de los niños y los hombres, estas hormonas no estimulan las mamas, por lo que el tejido mamario masculino permanece liso y atrófico. Pero a veces los hombres pueden desarrollar tejido glandular mamario real debido a la ingesta de determinados medicamentos o a niveles hormonales anormales.
  - *Enfermedad de Paget en el pezón o mamaria*: el cáncer generalmente afecta en primer lugar los conductos del pezón y luego se propaga hasta la superficie del pezón y la areola. El pezón y la areola por lo general se vuelven escamosos, se enrojecen, producen comezón y se irritan. Representa menos del 5 % de todos los casos de cáncer de mama.
- Todavía no se conoce bien cómo se desarrolla esta enfermedad. Una posibilidad es que las células cancerosas comienzan a multiplicarse en los conductos lácteos dentro de la mama y luego salen hacia la superficie del pezón. Otra teoría es que las células del mismo pezón se vuelven cancerosas. Esa teoría explicaría por qué hay tan pocas personas que presentan enfermedad de Paget en el pezón o tienen un segundo cáncer de mama que parece estar completamente separado de la enfermedad de Paget. La edad de diagnóstico en mujeres es de 62 años y en hombres, de 69 años. Suelen desarrollarse en forma de carcinomas ductales in situ.
- *Tumor filoides de la mama*: representa menos del 1 % de todos los tumores mamarios. El término filoides, hace referencia al hecho de que las células del tumor se multiplican siguiendo un patrón en forma de hoja. Otro nombre para designar este tipo de tumor es cistosarcoma filoides. Los tumores filoides tienden a crecer rápidamente, pero raras veces se extienden fuera de la mama. Los tumores filoides pueden aparecer a cualquier edad en la mujer, pero tienden a formarse después de los 40 años. Los tumores filoides benignos generalmente se diagnostican a edades más tempranas que los malignos.

## Factores de riesgo

Se clasifican en dos grupos: modificables y no modificables.

### Factores de riesgo no modificables:

- La edad: existe un mayor incremento a partir de los 35 años y una estabilización a partir de los 55 años, coincidiendo con la aparición de la menopausia.
- El estado hormonal: el primer embarazo en edad avanzada, incrementa el riesgo en un 20%, mientras que una edad tardía de menopausia incrementa un 30%, una menarquia tardía es un factor protector en un 40% de los casos.
- Historia familiar: es un factor importante, una mujer con un familiar de primer grado que haya tenido un cáncer de mama tiene un incremento de riesgo para padecerlo de un 50%, respecto al que no tenga ningún antecedente familiar.
- Un 10% de estos cánceres tienen un componente genético debido a la mutación de un gen, este caso se presenta en mujeres jóvenes.
- Cáncer previo: las mujeres que han desarrollado antes un cáncer de mama tienen más riesgo de padecer otro.

### Factores de riesgo modificables:

- Tratamiento hormonal sustitutivo (THS): relacionado con el uso de ACO (anticonceptivos orales). Aumenta un 20% respecto a las personas que no lo toman. Actualmente dependerá de las combinaciones hormonales que se usen. En España el uso de anticonceptivos es más bajo que en otros países.
- En la mujer primípara o múltipara, se reduce en un 10% respecto a las mujeres nulíparas.
- Con la lactancia materna se minimiza un 2% por cada 5 meses de lactancia.
- El alcohol: se ha demostrado que aumenta hasta un 30% respecto a las que no beben.
- El tabaco: aunque no hay estudios que demuestren la relación directa entre el cáncer de mama y el consumo de tabaco, parece ser un factor predisponente.
- La actividad física: en mujeres post-menopáusicas tienen mayor riesgo de desarrollarlo debido a un alto nivel de estrógeno en su tejido adiposo. El sedentarismo parece que aumenta la incidencia.
- La exposición a radiación ionizante por medio de procesos diagnósticos o terapéuticos médicos, aumenta las posibilidades.

## RESULTADOS

Desde hace varias décadas ha aumentado la incidencia de cáncer de mama, creándose **programas**

**de cribado de cáncer de mama** en la mayoría de los países desarrollados. Unas de las primeras comunidades en crear estos programas fue Navarra, aunque en la actualidad cada comunidad autónoma tiene sus programas con una cobertura de un 90% de la población.

En la actualidad la tasa de supervivencia es mayor a la de mortalidad, gracias en parte a un mejor diagnóstico y una mejora considerable en las terapias utilizadas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve la lucha contra el cáncer de mama a través de un conjunto de programas para el control del cáncer. El control integral del cáncer consta de la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La sensibilización de la población del problema que supone el cáncer de mama y los mecanismos de promoción frente al cáncer de mama. Es necesario que se realicen medidas que aborden estos problemas de salud pública de manera eficaz y eficiente.

## Prevención del cáncer de mama

La prevención consiste en todas aquellas medidas encaminadas a reducir la probabilidad de presentar un cáncer de mama. Se busca reducir el número de casos nuevos en un grupo o población específica. Se espera reducir el número de muertes por cáncer.

En una prevención eficaz se tiene que promover o modificar los siguientes hábitos:

- Mantener una alimentación sana y equilibrada.
- Realizar ejercicio físico, al menos cuatro horas semanales a la semana.
- Evitar el tabaquismo.
- Moderar y reducir el consumo de alcohol.
- Controlar el peso (evitar el sobrepeso y obesidad en la menopausia) y la tensión arterial.
- No tomar tratamientos hormonales sin prescripción médica y en lo posible evitar el tratamiento hormonal sustitutivo tras la menopausia; salvo prescripción médica.

## Detección precoz

Pensando en mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama se deben de seguir controles para evitar posibles casos de cáncer, con una detección precoz.



Las posibilidades de curación con una detección en su etapa inicial son prácticamente de un 100%.

Igualmente, el diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas es fundamental, para poder facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, mediante pruebas en una población sin síntomas. El objetivo es detectar el cáncer en pacientes sin síntomas de la enfermedad.

Según la OMS, en 2007 un programa de cribado es una empresa mucho más compleja que un programa de diagnóstico precoz.

Dos aspectos muy importantes para el éxito de la detección precoz son la planificación y un programa bien organizado y sostenible que se realice a un grupo de mujeres adecuado que garantice la coordinación, una continuidad y la calidad del sistema asistencial. La selección de grupos de mujeres inadecuadas provocaría una sobrecarga innecesaria de los servicios de salud.

## Pruebas de diagnóstico precoz

El diagnóstico precoz es importante para conseguir un buen pronóstico de la enfermedad. En países de ingresos bajos y medios, la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas.

Se puede promover ciertas medidas para la detección del cáncer de mama:

- Acudir periódicamente a una revisión ginecológica.
- Realizar una autoexploración de las mamas, mensual.

- Consultar al médico si se notase algún síntoma o se sospecha.
- Realizarse mamografías a partir de los 45 años. Al menos una anual.

## Mamografía de cribado

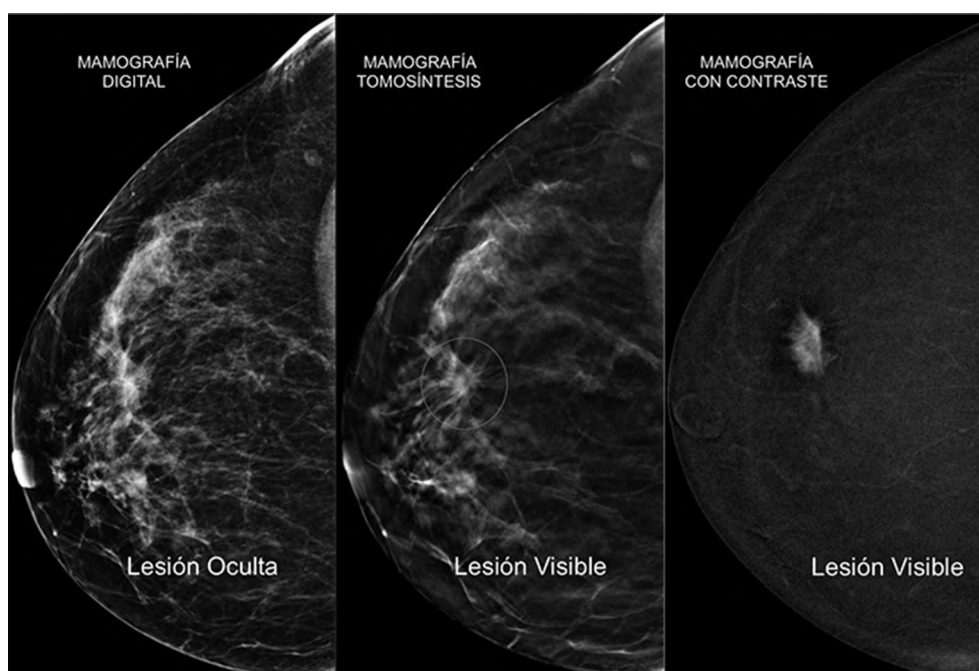
La técnica más eficaz del diagnóstico del cáncer de mama es la mamografía. Si la cobertura supera el 70%, puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%.

Consiste en una radiografía que es capaz de detectar lesiones en estadios muy tempranos, detectando lesiones de mama hasta dos años antes que sean palpadas y antes que se invadan en profundidad ganglios u otros órganos. Así, cuando se detectan prematuramente, se pueden utilizar técnicas menos agresivas para su tratamiento, dejando así menos secuelas físicas y psicológicas.

Presionar la mama hacia abajo puede ser algo doloroso pero es necesario presionar para obtener imágenes claras y de buena calidad.

Existen unas campañas dirigidas a mujeres de edad entre los 50 y los 65 años en las que se realizan mamografías cada 1 o 2 años.

Por debajo de los 40 o 45 años solo son recomendables si existen factores de riesgo como los antecedentes familiares. Hay que tener en cuenta no obstante que la exposición de radiaciones durante la pubertad aumenta la posibilidad de reproducirse un cáncer de mama. La mamografía es menos sensible en mujeres de mamas densas.



## Autoexploración mamaria

Un autoexamen de mamas puede ayudar a detectar quistes o algún otro problema de la mama que pueda ser benigno.

El autoexamen mamario es fácil y solo durará unos minutos. Al principio puede parecer incomodo, pero con la práctica se consigue una habilidad en la palpación que beneficia la salud de las mamas.

No se recomienda realización como único método de diagnóstico precoz, por su baja fiabilidad, sin embargo, se ha observado que esta práctica aumenta la conciencia de la importancia de la prevención de la salud en las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.



Toda mujer debe hacerse una autoexploración mamaria con las siguientes recomendaciones:

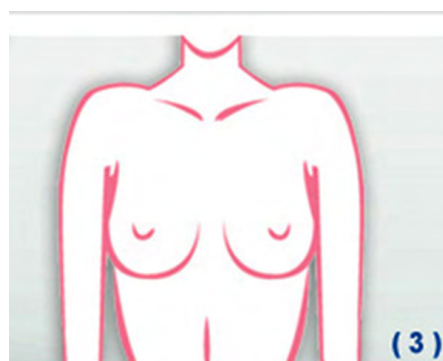
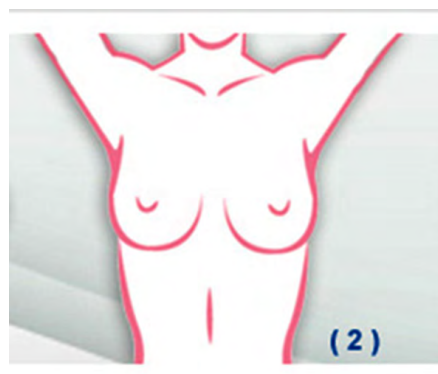
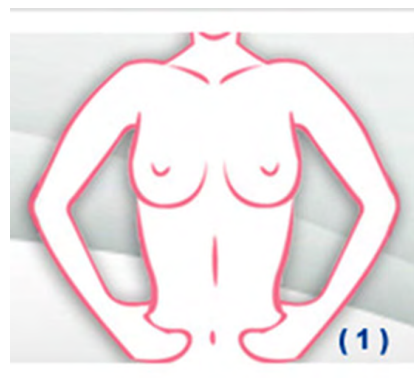
- Realizarla una vez al mes.
- La semana más adecuada sería una semana después de la menstruación, justo esta semana están más blandas. En mujeres en fase de menopausia se tendría que tomar como referencia la misma semana todos los meses.
- Hacerlo en dos fases, la observación y la palpación de las mamas.

### Observación:

Se debe observar el aspecto de la mama atentamente frente a un espejo:

- Comenzar colocando los brazos caídos a lo largo del cuerpo, fijarse si algunas de las mamas están deformadas, su color o si el pezón está hundido o desviado.
- A continuación colocar las manos en la cadera contrayendo los músculos pectorales, hacia delante para buscar posibles deformaciones y anomalías en estos.

- Por último, colocando las manos en la nuca y girando ligeramente el pecho de izquierda a derecha.

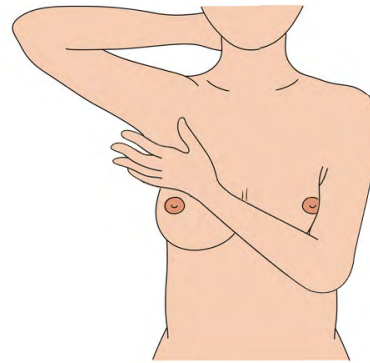
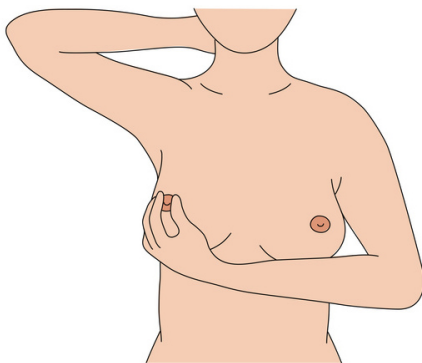
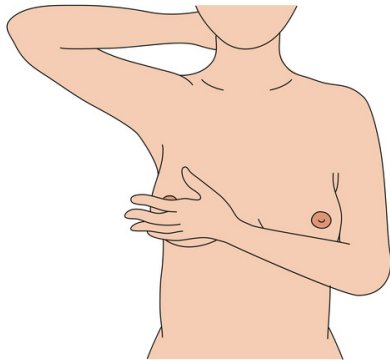


### Palpación:

Mediante la palpación se pondrá atención a posibles bultos o nódulos anormales. Debe realizarse siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Estando de pie, con una mano o detrás de la cabeza, se explorará con movimientos circulares, empezando por la axila hasta llegar al pezón.

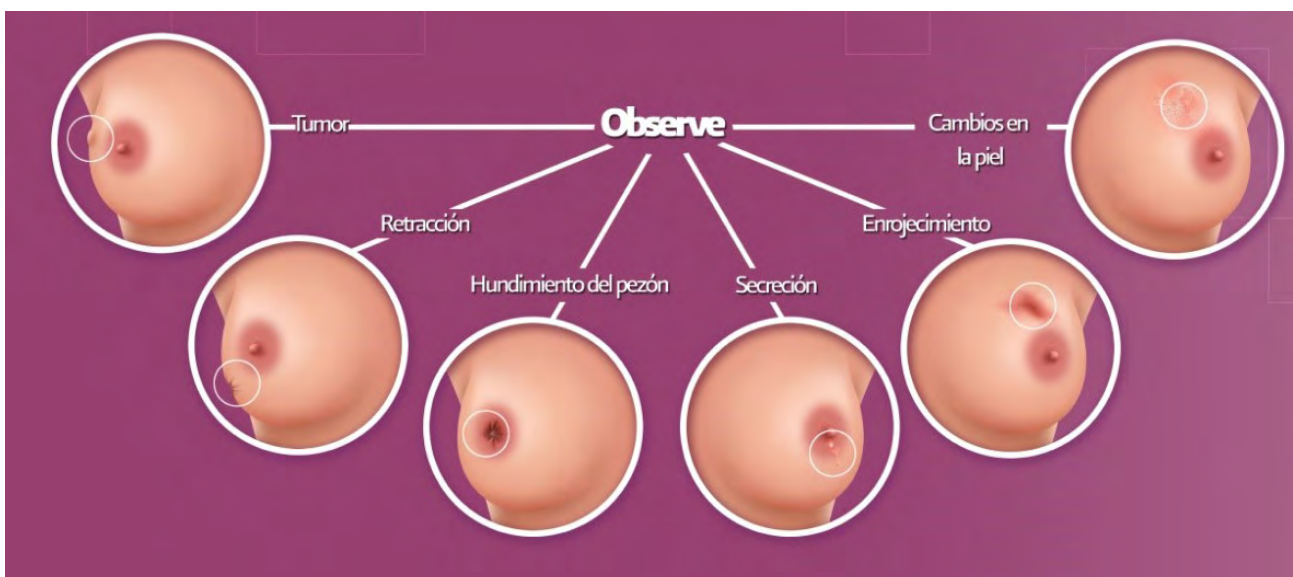
- Tumbada boca arriba y con una almohada bajo la espalda, volveremos a realizar los movimientos que se han realizado de pie.
- Apretar el pezón observando si sale líquido anormal de ellos.
- Por último, explorar las axilas buscando otras alteraciones.



Las anomalías más frecuentes que se tienen que observar con atención serían:

- Cambios en la textura de la piel: pliegues, hundimientos, erupción, enrojecimiento, descamación del pezón...etc. Si se observa un bulto y este persiste después de la menstruación.
- Deformaciones diferentes en las mamas: bultos, engrosamientos o durezas del tumor.
- Se observará el pezón, fijándose si esta desviado o retraído.
- Secreción de líquido transparente, lechoso o sangrante.
- Equimosis o mancha azul alrededor del pezón.
- Dolor punzante persistente después de la menstruación.

Si se observa alguno de estos síntomas se tiene que consultar con el ginecólogo.



## DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

El cáncer de mama es una enfermedad que cada vez desarrollan más mujeres aunque también la pueden padecer los hombres. Este aumento del número de casos en las últimas décadas se deben a un aumento en la esperanza de vida, pero también hay factores de riesgo, unos se pueden modificar como el consumo de alcohol, tabaco, los anti-conceptivos orales, pero por otro lado están los no modificables; como la herencia familiar y la edad.

La mejor arma para combatir el cáncer mamario es la prevención, a través de las campañas de cribado mediante mamografías y concienciando a la población con las auto exploraciones.

Es necesario poner en marcha más programas de detección precoz, más información a las mujeres y más campañas de concienciación y de promoción de la salud para conseguir la prevención y la disminución del número de casos de este tipo de cáncer en la población.

## DISCUSSION/ CONCLUSIONS

*Breast cancer is a disease that more and more women develop, although men can also suffer from it. This increase in the number of cases in recent decades is due to an increase in life expectancy, but there are also risk factors, some can be modified as the consumption of alcohol, tobacco, oral contraceptives, but on the other hand there are not modifiable; like family inheritance and age.*

*The best weapon to fight breast cancer is prevention, through screening campaigns through mammography and raising awareness of the population with self-explorations.*

*It is necessary to start more early detection programs, more information to women and more awareness campaigns and health promotion to achieve prevention and decrease the number of cases of this type of cancer in the population.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer de mama tratamientos, síntomas e información en Dmedicina [Internet]. DMedicina. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-mama.html>
2. OMS | Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Who.int. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
3. [Internet]. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
4. [Internet]. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/prevenccion/Paginas/prevenccion.aspx>
5. Los cinco pasos de la autoexploración de mamas [Internet]. Breastcancer.org. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos\\_aem](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem)
6. Autoexploración en la mujer: ¿qué debe valorar? - Netdoctor.es [Internet]. NetDoctor.es. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <http://netdoctor.espanol.com/articulo/autoexploracion-mamas>
7. Cómo realizar un autoexamen de mamas [Internet]. Kidshealth.org. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <http://kidshealth.org/es/teens/bse-esp.html>
8. Síntomas de cáncer de mama (seno o pecho): primeros, iniciales y avanzado [Internet]. Cancersintomas.com. 2016 [cited 18 December 2016]. Available from: <http://cancersintomas.com/cancer-de-mama>

## AGRADECIMIENTOS

*Agradecer a UGT formación Andalucía por realizar las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y educación, a través de nuestra participación en estas jornadas, se nos informó para participar en esta revista. También quiero dar las gracias a los creadores de esta revista por darnos esta oportunidad, a todas las personas que han realizado trabajos y artículos de donde nos hemos nutrido para hacer esta investigación y por último a mis compañeras sin ellas y su valioso trabajo, esfuerzo y dedicación esta investigación no sé podría haberla hecho.*

# SANUM

---

Revista Científico-Sanitaria

## **NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS**

**SANUM** es una revista digital científica de publicación periódica, con artículos científicos de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales. La revista contiene artículos originales, inéditos; los cuales serán revisados por la Secretaría del consejo de redacción y un comité editorial y 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. La Secretaría del Consejo de Redacción puede plantear 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 la Secretaría del 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** en documento **original** como último requisito previo e inexcusable a la publicación del artículo.

### LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS EN LA REVISTA CIENTÍFICA SANUM ES TOTALMENTE GRATUITA

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

## FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES: EMAIL

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

- Deberá ser enviado por el autor principal: **AUTOR DE CORRESPONDENCIA**.
- 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 tras su revisión por parte de la Secretaría Técnica del consejo de redacción. 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**.

Una vez comprobado que el artículo reúne las características de estructura aceptadas por esta revista, la Secretaría del consejo de redacción enviará al comité editorial y científico el manuscrito para una **revisión documental, ética y de rigor científico, condiciones necesarias para que el artículo sea aceptado y publicado en esta revista**.

Una vez sea admitido el artículo por el comité editorial, se procederá al aviso a los autores para su próxima publicación, que dependerá de la cola de artículos existentes en ese momento y que estén pendientes de publicar en la revista con la decisión de orden de publicación que dicta el comité editorial y científico.

## 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 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: TÍTULO, RESUMEN, PALABRAS CLAVE Y DISCUSIÓN-CONCLUSIONES**.

## TIPOS DE ARTÍCULOS ADMITIDOS

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.

- **Artículo de revisión o meta-análisis:** revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.
- **Casos clínicos o estudios de casos:** 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.

## ESTRUCTURA QUE DEBEN PRESENTAR LOS ARTÍCULOS

Se debe seguir una estructura estándar propuesta por **El International Committee of Medical Journal Editors**, que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura puede variar según qué tipo de artículo de los anteriormente indicados se presente.

Por tanto, debe seguirse la siguiente **ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS** que se reciben en la Secretaría Técnica del consejo de redacción:

### 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<sup>º</sup>...)
- 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.

### RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA CON EL TÍTULO DEL ARTÍCULO:

Se considera la **“tarjeta de presentación del artículo”** frente al lector investigador o miembro de la comunidad científica. Ha de ser atractivo para captar la atención del lector y ha de identificar con precisión el tema principal del escrito, ha de ser descriptivo.

Las características que hacen a un título ser adecuado son:

- Debe describir los contenidos de forma concreta y aunque no existe una norma concreta sobre su tamaño, No debe ser excesivamente largo y se establece un límite de entre 10 a 15 palabras.
- Debe ser específico o conciso en relación al tema tratado, evitando términos genéricos. La claridad se refiere a la inexistencia de elementos ambiguos.
- Las siguientes frases son poco informativas y pueden eliminarse del comienzo: Aspectos de, Comentarios sobre, Investigaciones de, Estudios de, Notas sobre, Observaciones sobre...
- Evitar si es posible la utilización de términos como: Estudio, Investigación, Análisis, etc., que son superfluas porque se supone que son parte del trabajo como artículo original.
- No deben aparecer acrónimos, siglas ni abreviaturas.

- Cuantos menos signos de puntuación mejor.
- Tanto las palabras como la sintaxis han de ser las correctas. Hay que evitar los subtítulos o los títulos partidos.
- Deben de redactarse con una frase afirmativa, huyendo de los tonos interrogativos.

Se trata por lo tanto de describir lo más fielmente el contenido del artículo con el menor número posible de palabras, por eso es importante que una vez finalizado el artículo, se repase el título para comprobar que refleja de forma escueta el contenido real del artículo o si por el contrario, necesita alguna adaptación una vez que tengamos la visión global del trabajo finalizado.

**¿Qué es un buen título?:** el menor número posible de palabras que describen adecuadamente el contenido de un artículo.

### RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

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

### RESUMEN O ABSTRACT

Representa una síntesis del contenido esencial del trabajo, una representación abreviada y precisa del contenido del documento, sin interpretación ni crítica, que ayuda al lector a decidir la lectura o no del texto completo.

**La extensión aproximada del resumen** será de 250 palabras, no llegando a superar el máximo de 300 palabras.

### Características que debe cumplir el apartado resumen:

- **Brevidad:** la extensión debe estar entre las 150-250 palabras.
- **Autonomía:** el resumen tiene que ser un texto coherente y se tiene que entender por sí solo, de forma independiente del texto base.
- **Precisión:** debe recoger los conceptos más importantes del documento.
- **Claridad:** el resumen debe ser comprensible, sencillo e informativo.

### Recomendaciones a seguir para elaborar este apartado del trabajo:

- 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.
- Empezar con la idea más importante del trabajo, pero no repitiendo el título del mismo.
- Redactar en tercera persona, en forma impersonal., utilizando la voz activa y el tiempo presente: “Se describe, se revisa...”
- Cuidar especialmente la corrección ortográfica, y los signos de puntuación.
- Emplear terminología profesional, técnica y científica, pero evitando abreviaturas.
- Intentar redactar el resumen en dos o tres párrafos, utilizando frases cortas.
- No incluir valoraciones subjetivas, ni motivaciones personales que justifiquen el trabajo, etc.
- Evitar frases inútiles y expresiones vagas.
- Evitar palabras ambiguas, con un significado que se pueda confundir.
- Evitar superlativos, adjetivos innecesarios y aclaraciones información obvia.
- No hacer referencias particulares a un gráfico o imagen.

## PALABRAS CLAVE

Debajo del resumen se expondrán no más de **5 palabras clave**, sin explicar su significado. Estas palabras claves deben expresar términos significativos del trabajo presentado y describen el contenido principal del artículo. **No se admitirán como palabras clave las siglas o abreviaturas.**

Sirven para ordenar una futura búsqueda bibliográfica por parte de otros autores y profesionales. Deben ponerse en el orden de aparición en el artículo.

En medicina deben extraerse del Medical Subject Heading (MeSH) cuya traducción en español es "Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)". Por ello, es necesario su comprobación en estos descriptores para usarse en el artículo. **El enlace de acceso:** <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

**Entrando en esta página nos permite localizar el mismo término con su traducción exacta y sus sinónimos, que se deberá usar como palabra clave. En caso de no estar incluida deberá buscarse otra que si esté incluida o algún sinónimo de la misma.**

**Otras recomendaciones:** no limitarse a repetir las palabras que figuran en el título. No usar palabras vacías (pronombres, adverbios...), palabras poco significativas, (análisis, descripción, investigación...) ni infinitivos.

**EL RESUMEN Y LAS PALABRAS CLAVE, debe escribirse en castellano e inglés, en este orden.**

## ESTRUCTURA ESTÁNDAR IMRAD

A partir de aquí seguimos la estructura propuesta por el **International Committee of Medical Journal Editors**, que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico que recoge los siguientes apartados: **Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión/ Conclusiones "IMRAD"**. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura general puede cambiar según el tipo de artículo propuesto

### 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.

La introducción establece el argumento del conocimiento que se dispone en la actualidad sobre el tema de investigación (antecedentes), apuntando las lagunas de conocimiento existentes y hacia cuales de éstas se dirige nuestra investigación y trata de despertar el interés por la publicación.

Las citas bibliográficas deben ser las necesarias y deben ser actuales (entre 6 y 10 años dependiendo del tema, considerándose lo ideal por debajo de los 6 años), salvo publicaciones que constituyan "hitos", en la evolución del conocimiento del tema investigado.

- No debe ser excesivamente larga que puedan aburrir y acaparar demasiada atención al lector respecto a otros apartados de más peso (unas 250 palabras) y de la estructura central del artículo. Este apartado se construye en base a una secuencia argumental en la que es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:
- No deben figurar ni datos ni afirmaciones que posteriormente aparezcan en los apartados de «Resultados» o «Conclusiones».
- No debe extenderse en conocimientos ya consolidados.

- La importancia de la investigación es obvia para el autor, pero no necesariamente para el lector. Hay que responder a la pregunta ¿Qué? y ¿Por qué era necesario realizar la investigación? Hay que justificarlo. Y explicar a continuación la importancia que tiene la investigación para la práctica cotidiana.
- La relación entre la investigación y el conocimiento previo del tema (los antecedentes) se establece mediante una narrativa apoyada por citas de la literatura. No hay que mencionar todo lo que se conoce del tema, pero sí demostrar que se conoce el tema. Sólo se citarán las contribuciones más relevantes.
- Un error común es comenzar la introducción con información muy general para la audiencia del artículo. En este apartado debe quedar explícito el propósito y objetivo del artículo.

### HIPÓTESIS Y/U OBJETIVOS DEL TRABAJO

- Estos dos apartados pueden desarrollarse en un apartado propio, como ocurre en los proyectos de investigación o añadirlo dentro de la redacción del artículo como párrafos finales de la Introducción.

### HIPÓTESIS

En relación a la/s hipótesis deben considerarse los siguientes aspectos:

- La hipótesis representa la teoría del investigador en relación al tema de investigación (no es una pregunta de investigación).
- la hipótesis debe formularse de forma directa y sencilla en un texto breve (no se pueden formular varias hipótesis en un mismo párrafo).
- Las hipótesis se contrastan, por lo que condicionan el diseño, metodología y análisis (lo que no es contrastable no es una hipótesis).

### OBJETIVOS

Hacen referencia a lo que se pretende conseguir con el artículo. Con respecto a la redacción de los objetivos hay que considerar:

- Representan los alcances o logros del proyecto de investigación.
- Los objetivos se alcanzan o se consiguen (los logros no alcanzables no son objetivos).
- Determinan tanto el diseño como los aspectos metodológicos y analíticos.
- Deben expresarse en términos de conocimiento: Conocer, Estimar, Identificar, Validar.
- Deben evitarse términos como: Estudiar, Analizar, Investigar.

**Deben formularse en infinitivo (-ar, -er, -ir, -or -ur)** y expresar las ideas de lo que se quiere conseguir demostrar con la exposición del trabajo. Significa el **fin** al que se desea llegar, la **meta** que se pretende lograr con el desarrollo del artículo.

## MATERIAL Y MÉTODO (METODOLOGÍA)

Hay dos aspectos esenciales a la hora de redactar este apartado:

- a) La redacción de este apartado debe ser tal que permita a otros investigadores repetir el estudio de cara a reproducir los resultados.
- b) Debe ser acorde con las hipótesis y objetivos formulados.



**Este apartado sección explica cómo se hizo la investigación**, hay que dar toda clase de detalles. La mayor parte de esta sección debe escribirse en pasado. El trabajo ha de poder ser validado y repetido por otros investigadores, por lo tanto habrá que ofrecer información precisa para que otros compañeros puedan repetir el experimento, esto implica describir minuciosamente y defender el diseño. El método científico exige que los resultados obtenidos, sean reproducibles.

Debería responder a los siguientes interrogantes: ¿Qué? ¿Cuánto? ¿Dónde? ¿Cuándo? Se ha realizado el estudio.

En los **materiales**, es mejor abstenerse, si es posible, de dar nombres comerciales, se prefiere emplear los nombres genéricos para evitar publicidad intrínseca.

Hay que responder concretamente al cómo y al cuánto y a veces al cuándo. Si se han usado métodos estadísticos, se deben presentar y examinar los datos, no las estadísticas. Los métodos estadísticos ordinarios se deben utilizar sin comentario alguno; los avanzados o poco usados pueden exigir una cita bibliográfica, pero no se hará una larga descripción de los métodos estadísticos. Si se usa un método nuevo (no hay citas bibliográficas), habrá que describirlo y posiblemente justificarlo. No se deben de usar términos ambiguos como: regularmente, frecuentemente, periódicamente.... Se redacta en pasado: Se contó, se midió, etc...

Puede usarse como método la descripción de un caso clínico como centro y desarrollo del estudio realizado.

Puede usarse una revisión bibliográfica, describiéndose como se ha realizado.

Este apartado debe cumplir las siguientes condiciones:

- Deben describirse de forma detallada los aspectos relacionados con el diseño: tipo de estudio, muestra, error muestral, control de sesgos, métodos de medida, fuente de datos, periodo de recogida de datos, reclutamiento, seguimiento, etc.
- En el caso de utilizar métodos ya estandarizados o validados sólo es necesaria su mención no debiéndose describir de forma detallada.
- Especificarse los aspectos éticos y de confidencialidad.
- Los métodos estadísticos deben describirse con un nivel de detalle que permitan reproducir los análisis en el caso de acceder a los microdatos.
- Evitar la utilización, fuera del ámbito estadístico, términos como "significativo", "correlación", "relación", "asociación", etc.

## RESULTADOS

Este apartado es el núcleo de la comunicación, son los **DATOS**. Aquí se comunica los resultados de la investigación. Pueden ofrecerse los datos mediante texto, tablas y figuras. El texto es la forma más rápida y eficiente de presentar pocos datos, las tablas son excelentes para presentar datos precisos y repetitivos y las figuras son la mejor opción para presentar datos que muestran tendencias o patrones importantes. La figura comprende cualquier material de ilustración posible: gráficas, diagramas y fotografías.

En la redacción de este apartado el investigador tiene que tener siempre presente las hipótesis y objetivos formulados. Este apartado es la base para expresar las evidencias obtenidas. **Los principales aspectos a tener en cuenta son:**

- Tiene que estar dirigido hacia la verificación de la hipótesis y a la consecución de los objetivos.

- No deben expresarse resultados no procedentes del análisis de los datos.
- Deben expresarse tanto los resultados positivos como negativos.
- Debe resumirse la información mediante la utilización de tablas.
- Las figuras deben utilizarse para enfatizar resultados (no son buenas herramientas para expresar información numérica exacta).
- En general, debe utilizarse numeración romana para las tablas (Tabla I, Tabla II, etc.) y arábica para las figuras (Figura 1, Figura 2, etc.).
- Evitar, en el texto, la repetición de datos expresados en tablas o figuras.

## 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. Es la interpretación de los resultados obtenidos, por tanto el autor no debe expresar como conclusiones aquellas que no se deriven directamente de los resultados. Explica el significado de los datos experimentales y los compara con resultados obtenidos por otros trabajos similares anteriores.

Hacen referencia a argumentos y afirmaciones relativas a datos de mediciones experimentales y de la lógica: ciencia referente a reglas y procedimientos para discernir si un razonamiento (raciocinio) es correcto (válido) o incorrecto (inválido). Constituyen la parte final, sustantiva, del trabajo desarrollado y expuesto. Debemos discutir nuestros resultados de forma que el autor debe expresar:

- La respuesta a la pregunta de investigación.
- Concretar las evidencias encontradas.
- Expresar la verificación o no de las hipótesis y la consecución o no de los objetivos formulados.
- Enfatizar los principales hallazgos.
- Enfrentar nuestros resultados con otras publicaciones científicas.
- Exponer las debilidades del estudio y sus limitaciones en cuanto al alcance de los resultados (evaluación crítica de los autores).
- Analizar las causas potenciales de los resultados negativos.
- Formular preguntas para investigaciones posteriores.

A partir de esta discusión sacaremos nuestras conclusiones, que han de ser interpretativas, no descriptivas, por lo tanto no pueden reproducir datos cuantitativos y es importante que realicemos un esfuerzo por resumir las principales aplicaciones o beneficios en términos de salud que nuestro trabajo pueda reportar.

**LA DISCUSIÓN/CONCLUSIONES O SOLO CONCLUSIONES**, debe exponerse en castellano e inglés, en este orden.

## 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.

## RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS /BIBLIOGRAFÍA

Las reseñas bibliográficas deberán necesariamente numerarse consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el trabajo. Este apartado refleja la base documental en la que se ha asentado la investigación y apoya principalmente los apartados de introducción, metodología y discusión. 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/>

La bibliografía debe ser reciente, como orientación y como se mencionó anteriormente, podemos centrarnos en bibliografía que se encuentre publicada en los últimos seis años, pero como también se ha mencionado, este aspecto depende del tema concreto que estemos estudiando y en ocasiones nos vemos obligados a ampliar el periodo de estudio, en ocasiones para alcanzar un número razonable de artículos para la revisión y en otras por diferentes motivos. También debemos procurar que sean adecuadas y se ajusten con criterios de pertinencia al tema de investigación propuesto. Respecto al número de referencias debe ser razonable y raramente debiera superar las 40 citas

## ELEMENTOS VISUALES: IMÁGENES, TABLAS, GRÁFICOS

Con el objetivo de enriquecer visualmente el trabajo se hace necesario añadir al mismo al menos **3 elementos visuales** (imágenes, tablas gráficos) que estén **relacionados con la temática del artículo y que sean de suficiente calidad**.

Cada elemento visual debe tener indicada su **fuentes 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..., grafico 1..., etc.

Deben enviarse en formato de imagen (jpg, tif,...) y en archivo aparte del manuscrito. Pueden aparecer igualmente en el manuscrito o indicarse el lugar donde se desea colocar, indicando en rojo y cuál es el orden de aparición.

## ANEXOS

Si precisa presentar algún anexo, podrá incluir aquel material suplementario que se considere necesario adjuntar para mejorar la comprensión del trabajo (encuestas, relación de enfermedades u otras, test utilizados, resultados analíticos, tablas de valores, 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, 5ª entreplanta.  
41011, Sevilla.**

## Comunicación con los autores

El consejo editorial de la revista informará convenientemente al autor de correspondencia tras la 1ª revisión que realiza la secretaria técnica de la revista, indicando todas aquellas modificaciones estructurales necesarias de realizar o si el manuscrito está correcto estructuralmente se avisará de su envío a la 2ª revisión por parte del comité editorial y científico de la revista; a través del correo-e del autor de correspondencia.

En el caso de que el comité editorial y científico solicite modificaciones de cualquier índole al manuscrito, se indicaran tales cambios a realizar a través de email al autor de correspondencia.

En caso de ser aceptado el artículo, entrara en el orden de "cola" según el orden de valoración realizada por el comité editorial y científico, temática y que sea acordado por el consejo de redacción de la revista, siendo avisado al autor de correspondencia, indicando fecha y número de la publicación del trabajo. En ese momento se solicitará al autor que envíe la cesión de derechos, que es imprescindible como último paso previo a la publicación del artículo.

El primer mensaje de la secretaria técnica será considerado como resguardo o "RECIBI" 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 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: revisión de la secretaria técnica, comunicación sobre aspectos a modificar y aceptación del trabajo para su publicación.

## Contacto

Email: [consejoderedaccion\\_revistasanum@yahoo.es](mailto: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>

# ¿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](mailto:info@edicionesrodio.com) con el asunto "EDICIÓN" y estudiaremos tu currículum o proyecto editorial.*

**[www.temariosoposiciones.com](http://www.temariosoposiciones.com)**



**Garantía de  
CALIDAD**  
*¡Ahora al mejor precio!*

# **eRodio** ediciones

*Formación para el empleo*

**SI NECESITAS MÁS INFORMACIÓN  
PONTE EN CONTACTO CON NOSOTROS:**

*C/ José Jesús García Díaz, 2. Edificio Henares  
Módulo 6. 41020 Sevilla (España).*

*E-mail: [info@edicionesrodio.com](mailto:info@edicionesrodio.com)  
Teléfono: +34 955287484  
Fax: +34 9550938489*

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

**[www.temariosoposiciones.com](http://www.temariosoposiciones.com)**     