

Valencia, 28, 29 y 30 de abril de 2005



IV Congreso de Enfermería Pediátrica de la A.C.I.P.

"Cuidem el Somni del Futur"

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo s.c.
Distribuye: IMTEXMA. Alicante.
Depósito Legal: A-367-2005

ÍNDICE

- Presentación	5
- Objetivos del Congreso	7
- Normas Generales	9
- Estructura Organizativa	11
- Patrocinadores y Colaboraciones	13
- Programa Científico	15
- Conferencias	19
- Mesa Redonda. Sociedad y Enfermería pediátrica, un abordaje multidisciplinar	51
- Mesa Redonda. Ayudemos desde otra perspectiva	97
- Mesa Redonda. El niño, la familia y el hospital	145
- Abstracts Comunicaciones orales	185
Posters	203
- Agradecimientos	295

PRESENTACIÓN

Queridos/as compañeros/as este año celebraremos el IV Congreso con el lema “Cuidem el Somni del Futur” los días 28, 29 y 30 de abril en Valencia y queremos hacerlo abriendo las puertas a todos los profesionales dedicados al cuidado de la infancia.

Este Congreso pretende convertirse en un foro multidisciplinar de difusión, promoción y discusión de trabajos e ideas novedosas dentro del ámbito de nuestra profesión enfermera. Precisamente porque las experiencias de los demás nos enriquecerán, nos servirán de ayuda y porque, con seguridad, entre todos favoreceremos el desarrollo de la Enfermería Pediátrica, es nuestro deseo contar con vuestra participación, con el propósito de poder trabajar cada día mejor.

En el programa científico que hemos presentado, aunando esfuerzos con el Comité Científico, contamos con la participación de profesionales de prestigio, tanto en el ámbito sanitario hospitalario y de Atención Primaria, como social y educativo en general. Esperamos que sea de vuestro agrado y que las actividades culturales y turísticas os hagan disfrutar de una estancia irrepetible en nuestra ciudad.

Agradecemos vuestra presencia y en nombre de todos los que han hecho posible este evento, os damos una cordial bienvenida.

Comité Organizador

La luna vino a la fragua
con su polisón de nardos.
El niño la mira mira.
El niño la está mirando.

(Romance de La Luna Federico García Lorca, 1928)

OBJETIVOS

- Adecuar nuestros conocimientos a las necesidades de la sociedad actual
- Favorecer y promover la comunicación entre la Enfermería Pediátrica
- Aportar una visión globalizadora de nuestra profesión

El IV Congreso pretende ofrecer a los profesionales de Enfermería Pediátrica y a cuantos participen en el mismo, una oportunidad de encuentro para reflexionar sobre las ponencias, comunicaciones y mesas redondas que constituyen el programa científico.

NORMAS GENERALES

Durante los días de celebración del Congreso rogamos a los asistentes lleven la credencial identificativa que encontrarán en el interior de las carpetas en lugar visible.

En la documentación que se les va a proporcionar también encontrarán un talonario de vales para participar en los distintos actos previstos. No olvide llevarlo por si le son requeridos. Asimismo, rogamos que aquellas personas que vengan como acompañantes y deseen compartir la comida de trabajo con nosotros, lo notifiquen a la Secretaría Técnica.

Solicitamos a los congresistas máxima puntualidad en los diferentes actos y en especial durante las sesiones científicas, con el fin de no interrumpir a los ponentes durante sus intervenciones. Si accede al Salón de Actos una vez iniciada la sesión, evite hacer ruidos y no olvide desconectar el teléfono móvil.

Si desean cualquier tipo de información sobre el Congreso, por favor, diríjase a la Secretaría Técnica.

De la colaboración de todos depende el buen funcionamiento del Congreso.

Comité Organizador

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

COMITÉ CIENTÍFICO

Dña. Marisa Mateu Gil
D. Vicente Queralt Beltrán
Dña. M^a Teresa Ruiz Royo
Dña. M^a José Solaesa Casells
Dña. Mercè Soria Tobaruela
Dña. Ester Vila Sala

COMITÉ ORGANIZADOR

Dña. M^a Carmen Ambou Fas
Dña. M^a Teresa Carceller Segura
Dña. Pepa Ferrando Berlanga
Dña. M^a Pilar Giner Olea
Dña. Encarna Pérez Villanueva
Dña. Puri Rodas Cordón

ATENCIÓN AL CONGRESISTA

Dña. Marta Córdoba Marin
Dña. Aurora Gómez Amaral
Dña. Verónica Llera Bernabeu
Dña. Yasmín Murría Pérez
Dña. Adriana Mariela Ormaza Cuenca
Dña. Tamar Peris Ambou

PATROCINADORES

El Comité Organizador expresa su más profundo agradecimiento a las siguientes empresas y entidades, por su especial sensibilidad hacia nuestros profesionales y por el apoyo que han prestado a la organización de este 4rto Congreso



COLABORADORES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Aventis-Pasteur
Nutricia

OTROS COLABORADORES

Esteve
Tendra
Cassen
Colegio de Enfermería de Valencia
Revista Rol de Enfermería
Turismo Convención Bureau

AGRADECIMIENTOS

Ayuntamiento de Valencia

Conselleria de Sanidad

Conselleria de Cultura y Educación

Departamento Sanitario 10. Agencia Valenciana de Salud

Departamento Sanitario 4. Agencia Valenciana de Salud

Departamento Sanitario 3 Agencia Valenciana de Salud

Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante

Escuela Universitaria de Enfermería de Castellón

Escuela Universitaria de Enfermería S,S. La Fe de Valencia

Escuela Universitaria de Enfermería de Tortosa

PROGRAMA

JUEVES 28 DE ABRIL

17.00 h Entrega de documentación

18.30 h Acto inaugural

19.00 h Conferencia inaugural: "**Evolución de la educación y sus repercusiones en la sociedad actual**"

D. Jesús Sánchez Martos. Catedrático de Educación para la Salud.

Universidad Complutense de Madrid

20.30 h Acto social / bienvenida Palau de la Música

VIERNES 29 DE ABRIL

09,00 h Mesa Redonda: "**Sociedad y Enfermería pediátrica, un abordaje multidisciplinar**".

Moderadora: Dña. M^a Pilar Giner Olea. Enfermera Pediatría. ABS Florida Sud. Barcelona

"Fracaso Escolar, actuación multidisciplinar: corresponsabilidad enfermera"

Dña. Isabel Casabona Martínez. Enfermera. Licenciada en Antropología.

Profesora Enfermería Materno-Infantil. Universidad Alicante.

"Trastornos alimentarios. Tratamiento desde la realidad virtual"

Dña. Nuria Lasso de la Vega Gómez. Profesora de la Universidad Jaime I.

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universidad de Castellón.

"Vacunes i segle XXI: Formació on-line per a Infermeria"

D. Jose Antonio Forcada Segarra. Enfermero. Coordinador Grupo de Trabajo en Vacunaciones del Cecova (Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana)

"Mobbing: Assetjament laboral i les seves conseqüències"

Dña Susana Agruña Fernández. Enfermera de Pediatría. Miembro de la Asociación CLAM

DEBATE

11.00 h Café

11.30 h Conferencia: **Prevención de los trastornos de sueño en la infancia y adolescencia**

Dña. Magda Cubel Alarcón. Psicóloga de la Unidad Valenciana del Sueño. Especialista en Medicina de los Trastornos del Sueño.

12.15 h Comunicaciones orales seleccionadas.

14.00 h Comida de trabajo.

16.00 h Mesa Redonda: **"Ayudemos desde otra perspectiva"**

Moderada: Dña. Ana Pedraza Anguera. Enfermera Pediatría. CAP Llibertat de Reus. Tarragona

"Reflexoteràpia aplicada en els nens"

Dña. M^a José Hernandez Aguilar. Enfermera de pediatría. CAP Llibertat de Reus

"Flors de Bach i la seva aplicació en Pediatría"

D. Miquel Pàmies. Naturópata

"Prevención y actitud socio-sanitaria frente a la familia y la infancia"

D. Ricardo Martínez Rodríguez. Diputado Autonómico de las Cortes Valencianas.

"Malos tratos en el ámbito familiar. Repercusiones legales e importancia de los primeros partes de asistencia"

Dña. M^a Dolores Para. Secretario Judicial. Juzgado de lo Penal n^o 2. Cartagena.

DEBATE

18.30 h Defensa de pósters

19.30 h Final de la jornada

22.00 h Cena de Congreso

SÁBADO 30 DE ABRIL

09.15 h Mesa Redonda: "El niño, la familia y el hospital"

Modera: *Dña. M^a Carmen Ambou Fas. Enfermera Pediatría. C.S. de Nules. Castellón*

"Dolor y sueño en el R. N."

Dña. M^a Dolores Bernabeu Morrades. Supervisora de la Unidad de Cuidados Intermedios de Neonatología. Hospital Materno-Infantil La Fe. Valencia

"Los nuevos españoles. Nuevos retos para enfermería"

Dña. Consuelo Ballester Fernández. Profesora de la Escuela de Enfermería de Castellón

"Repercusions familiars en el nen ingressat"

Dña. Anna Barrena Sarobe, Asunción Collazos, Elvira Castilla y Elisa Esteban. Servicio de Pediatría Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona

"Intervención de Enfermería en los Programas de Salud en Cuba desde la Infancia hasta la Vejez"

D. Ysrael García Casanova. Enfermero. Cuba

DEBATE

11.30 h Café

12.00 h Conferencia: **"Joves, adolescents i drogues en el Segle XXI. Oci o patologia? Una intervenció des de l'àmbit de la infermeria pediàtrica"**

D. Jordi Royo-Isach. Coordinador Plan de Drogas. Ayuntamiento de Badalona. Àrea de Gobierno. Diputación de Barcelona.

13.30 h Entrega de premios a las mejores comunicaciones

14.00 h Acto de clausura

14.30 h Aperitivo de despedida

17.00 h Excursiones culturales

CONFERENCIAS

**EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN Y SUS REPERCUSIONES
EN LA SOCIEDAD ACTUAL**

*Dr. Jesús Sánchez Martos
Catedrático de Educación para la Salud
Universidad Complutense de Madrid*

*“La salud es muy importante como para
dejarla solo en manos de los médicos”*

Voltaire

Vivimos una etapa en la que el ser humano ha desarrollado todo su potencial comunicativo y sin embargo, se aprecia una clara falta de comunicación humana, de la de siempre, la de la cercanía, la de la mirada, la del tacto...

Hoy muchos jóvenes no sabrían vivir sin el móvil, Internet, televisión o sin videojuegos, sencillamente porque nacieron en un mundo altamente tecnológico, pero tremendamente aislado y centrado en el éxito social, sin importar el precio que haya que pagar y que además, nos muestra que “vales lo que tienes y no lo que eres”.

Los valores transmitidos por los maestros en la escuela, el instituto y la universidad, por los padres, y especialmente por los abuelos en casa, y los que nos transmite continuamente la televisión, influyen de una manera determinante en la salud física y mental de nuestros hijos, razón esencial por la que todos los profesionales sanitarios hemos de tomar conciencia y desarrollar verdaderos programas de educación para la salud, pero de una forma integrada en todos los sentidos.

En este sentido, tampoco nos vendría mal reflexionar que en educación, como en tantas cosas de este mundo, delegar significa mantener la responsabilidad; pero solo debería delegar, aquél que conozca las funciones que delega y especialmente, en quien las delega.

Por otra parte, cada vez son más los profesionales sanitarios en todo el mundo que utilizan el correo electrónico e Internet, no como sus aliados, sino como sus sustitutos, prescindiendo poco a poco de la comunicación que todos necesitamos cuando asistimos a su consulta.

Valencia, 28,29 y 30 de abril de 2005

Algo parecido ocurre en la educación; la alta tecnología podría obligarme en breve, a que mis clases sean “televisadas” para todos mis alumnos a través de una “videoconferencia”.

¡Qué importante puedo sentirme! pero... que vacío al mismo tiempo.

**PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO
EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

*Dña. Magda Cubel Alarcón
Psicóloga de la Unidad Valenciana del Sueño
Especialista en Medicina de los Trastornos del Sueño*

RAZONES POR LAS QUE ES IMPORTANTE HABLAR DEL SUEÑO DE LOS NIÑOS:

1. Los problemas del sueño en los niños son muy frecuentes:

Aunque la mayoría de los niños desarrollan patrones adecuados del sueño, un importante número de ellos (entre el 15 y el 30%) sufren problemas del sueño durante su infancia.

2. Los problemas del sueño en los niños son crónicos:

Muchos problemas del sueño son autolimitados. Sin embargo, hay ciertos factores tanto del propio niño como del ambiente que favorecen que muchos de estos problemas perduren a lo largo de toda la infancia e incluso en la edad adulta.

3. Los problemas del sueño de los niños son tratables:

En la actualidad disponemos de muchas estrategias que nos permiten tratar estas situaciones y evitar sus consecuencias diurnas.

4. Son problemas prevenibles:

Si bien es importante que los problemas del sueño reciban el tratamiento adecuado, la estrategia más efectiva es prevenir que se presenten promoviendo unas medidas sencillas de prevención desde los primeros días de la vida.

5. Los problemas del sueño de los niños tienen gran impacto en la familia:

Son origen de trastornos y nerviosismo en las familias y altera el sueño de los padres.

6. El sueño es esencial para el buen funcionamiento del niño:

El déficit de sueño se ha asociado a conductas de hiperactividad, conducta opositora, dificultades escolares....

7. El sueño afecta a cada aspecto del desarrollo físico, psíquico, emocional, cognitivo y social del niño:

Las funciones cerebrales más altas tales como la habilidad para razonar y pensar de manera abstracta son muy sensibles al déficit de sueño o a un sueño de mala calidad.

8. La presencia de problemas del sueño exagera cualquier problema médico o psicológico del niño.

El dormir toda la noche es un ítem del desarrollo psicomotor gobernado principalmente por factores madurativos, constitucionales y genéticos, sobre los que el ambiente ejerce un papel modulador.

Desde la prevención hay que tener en cuenta varios factores intensamente relacionados con los problemas del sueño:

- No hay que olvidar que la noche es un continuo del día. (todos sabemos que el día tiene 24 horas, pero hablamos de la noche y del día como si fuesen cosas diferentes).

- Que cada niño tiene un ritmo de sueño en función las leyes biológicas que regulan su sueño

- Que la relación de apego es muy importante, y si está alterada puede favorecer los problemas de sueño.

- Que la actitud de la familia frente al sueño y al niño puede agravar, disminuir o mantener en el tiempo los problemas de sueño.

PRINCIPALES TRASTORNOS DE SUEÑO EN LA INFANCIA

Problemas típicos según la edad:

0 a 4 meses: Los despertares y la alimentación nocturna son un hito normal en el desarrollo.

4 a 12 meses: despertares nocturnos (malos hábitos)
rechazo a acostarse (falta de límites)
compartir la cama (cosleeping; apego inseguro)
alimentación nocturna

2 a 4 años: insomnio de inicio y/ mantenimiento

(30% de niños menores de 5 años tienen problemas y/o alteraciones de sueño. Según Pollock (1992) los niños con problemas del sueño en los 6 primeros meses de vida tienen tres veces más probabilidades de tener problemas a los 5 años y dos veces más posibilidades a los 10 años)

3 a 8 años: terrores nocturnos, pesadillas.

6 a 12 años: bruxismo, enuresis nocturna.

8 a 12 años: somnambulismo, soliloquia.

(en los niños de 5 a 12 años Blazer y cols. encontraron que 11'3% tiene dificultades de inicio con periodos de latencia superiores a los 30 minutos, 6'5% de mantenimiento de sueño con despertares nocturnos, el 17% tiene dificultades para levantarse por la mañana y un 17% fatiga diurna relacionada con alteraciones de sueño)

Adolescencia: retraso de fase, narcolepsia.

(16'5% de ellos son malos durmientes, relacionado con problemas emocionales, mala higiene de sueño y ciertas parasomnias)

A cualquier edad: SAOS.

INSOMNIO

Los estímulos apropiados o inapropiados para iniciar y mantener el sueño a lo largo de la noche suelen establecerse hacia los 3 ó 4 meses de edad, y quedan definidos alrededor de los 6 meses, de manera que esta edad es un determinante importante para el inicio de los problemas del sueño.

La organización del sueño infantil se produce más rápidamente en condiciones de una estimulación coordinada y escasa, con un ambiente de estímulo medido, coordinado y rítmico que ocasiona unos estados mejor definidos de sueño y vigilia, mayor cantidad de sueño tranquilo y menor inquietud y llanto.

De manera que si los padres sobreestiman y protegen al niño pueden influir profundamente en el desarrollo de la organización del sueño.

A menudo, la única diferencia entre un niño que duerme toda la noche y otro que parece que se despierta de forma frecuente no es el número de despertares sino la habilidad del primero en volverse a dormir por sí mismo sin necesidad de intervenciones.

Las causas principales del insomnio en la infancia son:

- Alteraciones en el apego - Miedos
- Malos hábitos y asociaciones
- Alimentaciones nocturnas excesivas e innecesarias
- Ausencia de un ritual de presueño claro
- Alteraciones del comportamiento
- Alteraciones neurológicas
- Alteraciones médicas (incluyendo el dolor).

De manera que una vez teniendo claro que ninguno de los 2 últimos puntos está interviniendo en el problema de sueño, tendremos que evaluar:

- El temperamento del niño y de los padres
- El tipo de educación
- El tipo de apego

- Las habilidades de autonomía
- Los cuidados durante el día y la noche
- Las creencias de los padres

Es importante recordar que cada niño tiene su propio ritmo y que en el útero materno ya dormía sin ayuda. Está en nuestra mano como profesionales de la salud indicar a los padres que “no tienen la obligación de dormir a sus hijos, sino de darles la oportunidad de aprender a dormirse solos”.

¿CÓMO FAVORECER EL DORMIR DE UN TIRÓN?

Medidas preventivas para el primer trimestre de vida

Entre las 4 y 6 primeras semanas de vida de un bebé es el momento perfecto para estudiar y conocer sus ritmos y necesidades. Ningún bebé es igual a otro; el temperamento del niño condicionará sus horarios y horas de sueño.

Desde el primer día se debería mantener una rutina para el momento de depositar el bebé en su cuna.

Los padres deben facilitar los límites de tiempo y espacio que induzcan al sueño. Deben depositarlo en la cuna y favorecer el placer de que se duerma por sí mismo.

Los rituales sociales deben terminar antes de dejar al bebé en la cuna. Si queremos jugar lo haremos fuera de la cuna. Una vez depositado, es conveniente no hacer nada que el niño pueda interpretar como una recompensa por estar despierto.

Explicar a los padres que existe un menú de llantos. Que este es una forma de comunicación y no es bueno utilizar el alimento como tranquilizante. Durante el día es importante atender el llanto del recién nacido y que por hacerlo durante los 3 primeros meses no se vuelven consentidos. Si llora al acostarlo, calmarlo, pero dejarlo en la cuna antes de que se duerma.

El bebé debe ser alimentado a demanda, respetando sus propios ritmos y sabiendo que durante las primeras cuatro-seis semanas de vida esos ritmos pueden ser muy irregulares.

Desde el principio separar el hábito de comer o succionar del hábito de dormir.

La alimentación nocturna debe ser breve y aburrida. Ha de aprender que la noche es para dormir.

Acostarlo a la hora que esté más soñoliento, manteniéndolo despierto las dos horas antes.

Depositarlo en la cuna despierto pero soñoliento, para que pueda dormirse solo. Puede tardar media hora en conciliar el sueño, y durante este tiempo es normal que se mueva y haga ruidos.

Compartir la cama aumenta el riesgo de muerte súbita. Si se realiza no debe ser como respuesta al chantaje del llanto.

Exponer al bebé a la luz del sol por la mañana para favorecer el establecimiento del ritmo vigilia-sueño.

Evitar que duerma como norma más de 3 horas seguidas por la mañana. Hay que tratar de despertarlo con suavidad y entretenerlo.

Las siestas diurnas no interfieren en el sueño nocturno. Retirar o evitar esas siestas diurnas empeora el sueño nocturno. Un sueño de calidad durante el día mejora el sueño nocturno.

Medidas preventivas para el segundo trimestre

Periodicidad. La periodicidad de la siesta ayuda al niño a disfrutar de un sueño apacible.

Sueño sin movimiento. Las vibraciones durante el sueño, como las que produce el automóvil o la mecedora fuerzan un estado de sueño más ligero y reduce el poder restaurador. Si utilizamos el movimiento debe formar parte del proceso de apaciguamiento, pero no debemos dormir al bebé con movimiento.

Quedarse dormido es un hábito que el niño aprenderá mejor si utilizamos un solo método. El cambio de método confunde al niño e interfiere en el aprendizaje de dormirse. El mejor método es el que enseña al niño a dormirse por sí mismo.

Trasladar al niño a su cuarto, con un ambiente templado entre 17 y 20 grados.

Dormir es lo primero. Procurar no despertar al bebé para alimentarlo (la glucemia a partir de los 4-6 meses es estable durante el ayuno nocturno). Si se inquieta, esperar cinco minutos para ver si de verdad tiene hambre. Si es preciso alimentarlo, ofrecerle un solo pecho o un biberón más corto de lo que toma por el día.

No dejar el biberón en la cuna, el bebé lo buscará y esto favorece el llanto nocturno.

Utilizar el chupete como elemento tranquilizador, pero no dejar que se duerma succionando.

Procurar no poner a dormir al niño después de un episodio de cansancio, ya que tendrá más dificultad para conciliar el sueño y para permanecer dormido.

A partir de los 6 meses

A esta edad comienza la angustia de separación; se puede establecer un fenómeno de transición que no requiera la presencia continuada de los padres en la habitación del pequeño, para que le de seguridad y bienestar cuando se despierte por la noche.

No cerrar la puerta de la habitación. La angustia de separación es mayor cuando se está en un espacio cerrado y no se sabe si los padres están cerca.

El periodo más largo de sueño suele durar cinco horas y media. Los primeros 8 meses es muy frecuente que el niño se despierte por la noche.

A partir del año

Aplicar el DECÁLOGO DEL BUEN DORMIR:

1. Ambiente tranquilo y oscuro
2. La hora diaria de levantarse debe ser aproximadamente la misma todos los días.
3. La hora diaria de acostarse debe ser más o menos la misma todos los días.

4. La temperatura de la habitación debe ser confortable. Un exceso de calor o de frío favorece el despertar nocturno.
5. El ruido ambiental será el mínimo posible.
6. Evitar acostar al niño con hambre. El exceso de líquidos favorece el despertar nocturno.
7. El niño debe aprender a dormirse solo, sin intervención paterna.
8. Evitar la actividad física intensa un par de horas antes de acostarlo.
9. Evitar alimentos como colas, chocolate, café o té.
10. Evitar las siestas muy prolongadas o tardía.

PARASOMNIAS.

Son fenómenos episódicos que perturban el sueño nocturno sin que sus mecanismos de control, ni los de la vigilia, estén directamente implicados.

Estos cuadros son motivo de consulta muy frecuente en pediatría y en ocasiones es necesaria la intervención del especialista en sueño.

Sólo desarrollare aquellas que por su mayor frecuencia de presentación y, en ocasiones, sus consecuencias tanto nocturnas como diurnas, puedan ser detectadas o sospechadas lo mas precozmente posible para poder, por un lado, iniciar aquellas medidas básicas que faciliten su manejo y por otro, determinar el momento en el que deben ser estudiadas por un especialista en sueño y de esta manera evitar las consecuencias a largo plazo que de ellas pudieran derivarse.

SONAMBULISMO

El sonambulismo, junto a la soliloquia (hablar durante el sueño) es una de las parasomnias mas frecuentes en al infancia. Se estima que hasta el 15% de los niños entre 5 y 15 años han tenido, al menos, un episodio de sonambulismo, aunque sólo el 5% presentará este trastorno de forma frecuente (1 episodio/més).

El episodio suele acontecer en el primer tercio de la noche, cuando el durmiente pasa de una fase de sueño profundo a otra más superficial durante el pri-

mer ciclo de sueño profundo y tiene una duración variable, entre cinco y veinte minutos; durante el mismo el cuerpo se encuentra muy activo, pero carece de un adecuado control cerebral.

El comportamiento puede variar desde algunos automatismos simples, perseverantes, hasta comportamientos complejos como deambular por la habitación, caminando con los ojos abiertos, la mirada fija, las pupilas dilatadas, evitando o no los objetos que encuentra en su camino, tropezando, y muchas veces hiriéndose al intentar atravesar una ventana o una puerta. Otras veces se finaliza la acción emprendida (aseo personal, vestirse e incluso salir de casa) adecuadamente.

Por lo general el sonámbulo no reacciona ante las intervenciones de los observadores, aunque a veces éstas pueden provocarle una reacción de auto o hetero agresividad. Si se le logra despertar, estará desorientado; si por el contrario, vuelve a dormirse, el episodio concluye con un sueño tranquilo. A la mañana siguiente no tiene ningún recuerdo de lo acontecido.

La polisomnografía (una técnica médica que estudia el sueño), unida al registro en vídeo demuestran que el episodio de sonambulismo se da durante las fases 3 y 4 del sueño No REM (sueño más profundo).

El sonambulismo en niños es, en principio, un trastorno benigno sin asociación a psicopatología; los episodios persisten durante varios años y tienden a desaparecer en la adolescencia. Sin embargo cada vez aparecen más estudios en la literatura que empiezan a relacionar las parasomnias con alteraciones psicopatológicas presentes y/o futuras.

Esta parasomnia en adultos es más rara, con una incidencia de solo el 0.7%; en estos casos puede evidenciarse algún trastorno conductual y/o de la personalidad, debiéndose hacer en estos casos un diagnóstico diferencial con otros trastornos motores del sueño.

Con frecuencia existen, antecedentes familiares en los pacientes más cercanos; el 60% de los niños sonámbulos presentan historia familiar de sonambulismo.

Factores coadyuvantes y/o precipitantes son la falta de sueño, fiebre, enfermedad, cansancio excesivo, estrés, etc... Se ha descrito una parasomnia relacio-

nada con el periodo menstrual: la presencia de terrores nocturnos y sonambulismo agitado las cuatro noches que preceden a la menstruación.

Ante un episodio de sonambulismo es importante mantener la calma pero... además ¿qué podemos hacer?:

- Tranquilizar a los demás familiares
- Prevenir los posibles riesgos de accidentes que pueden acontecer durante el episodio, por lo que el primer paso comienza con la adopción de medidas de seguridad frente a lesiones: asegurar el cierre de ventanas y puertas.

El niño sonámbulo puede llegar a ser muy agresivo contra sí mismo y contra las personas que pretenden ayudarlo. La agresión se da especialmente durante el intento de despertarlo o de devolverlo a la cama. Por eso, si pensamos que el niño está sufriendo un episodio de sonambulismo nunca debemos despertarlo, puesto que además ello favorecerá que los episodios se repitan con más frecuencia.

También es inútil reprender al niño por ello, ya que al no existir control cerebral durante el episodio sonámbulo, no existe memoria del suceso. Es decir, que al día siguiente el niño se levanta absolutamente despistado y sin recordar nada.

En general cuando los episodios son aislados no precisan ningún tipo de tratamiento, salvo las medidas enumeradas anteriormente. Se consigue disminuir el número de episodios con una buena higiene de sueño y evitando factores precipitantes, como la falta de sueño.

Cuando los episodios son frecuentes o agresivos; ocasionan somnolencia, irritabilidad u otra sintomatología diurna; o exista riesgo de lesiones físicas para el niño, los hermanos o cuidadores será necesario ponerse en contacto con el pediatra o el especialista en medicina del sueño para iniciar técnicas de tratamiento.

Por último, el tratamiento farmacológico (sólo es aconsejable bajo supervisión del experto en sueño y en función de la frecuencia, intensidad y consecuencias sobre la vigilia) En los episodios repetidos y/o violentos se pueden administrar fármacos en una sola dosis nocturna, con el objetivo de suprimir las fases de sueño más profundo, en cualquier caso, se aconseja asimismo recibir tratamiento psicológico.

TERRORES NOCTURNOS

También conocidos como “pavor nocturno”, aparecen en la infancia aunque pueden darse a cualquier edad. Es un trastorno menos frecuente que el sonambulismo aunque a veces se asocia con él. Su frecuencia en la población infantil se estima entre un 1 y un 5% y en la población adulta en un 1%. Su incidencia máxima se produce entre los 4 y los 12 años, especialmente en varones y tiene un pico típico de presentación entre los 3-4 años, pudiéndose reproducir a los 5-6 años.

Los episodios nocturnos se manifiestan en el primer ciclo de sueño (en el primer tercio de la noche). El niño, que duerme apaciblemente, se agita bruscamente, se sienta en la cama, provoca un grito escalofriante que despierta a los padres quienes lo encuentran aterrizado, desorientado, no reconoce a las personas que le rodean; este episodio se acompaña de importantes manifestaciones físicas: taquicardia, sudoración intensa, respiración rápida, rubor o enrojecimiento facial, dilatación de las pupilas y aumento del tono muscular junto a vocalizaciones.

El niño permanece en este estado durante unos minutos y si llegamos a despertarlo parece confuso, incoherente y desorientado con amnesia del episodio; pasada la crisis el niño vuelve a dormirse tranquilamente, no recordando a la mañana siguiente lo acontecido.

En ocasiones el componente motor es intensamente marcado en muchos episodios de terror nocturno, tanto que es muy difícil diferenciarlos. Es frecuente que existan antecedentes familiares de ambos trastornos.

Los terrores nocturnos en el niño pueden aparecer de forma espontánea o ser provocados por diversos estímulos: ruidos, cambio forzado de postura en la cama, fiebre, privación de sueño, etc...

Se trata de un trastorno que en los niños, en general, no guarda relación con ningún factor psicológico; sin embargo cuando el terror nocturno aparece por primera vez en la adolescencia y/o continúa en la edad adulta, es aconsejable su estudio en busca de antecedentes que pudieran desencadenar el cuadro.

También en estos casos la polisomnografía y el registro en vídeo, demuestran que los terrores nocturnos acontecen durante las fases de sueño profundo del pri-

mer ciclo de la noche. El sueño nocturno aparece perturbado en calidad y cantidad, lo que tiene trascendencia clínica si los terrores se repitan con cierta frecuencia.

La actitud terapéutica tiene las mismas consideraciones que el sonambulismo.. Es conveniente estar tranquilos y mejorar la higiene del sueño de sus hijos. Sólo si estos episodios se repiten con cierta frecuencia deben ser vistos por su pediatra o el especialista en trastornos del sueño; el tratamiento disminuirá el número de episodios, aumentando la calidad de sueño nocturno y evitando las posibles consecuencias de la vida diurna (somnolencia, irritabilidad, alteraciones escolares...).

En el adulto estas parasomnias requieren una evaluación más detallada y dentro de las medidas terapéuticas se aconseja tratamiento psicológico.

MOVIMIENTOS RÍTMICOS DURANTE EL SUEÑO

Algunos niños efectúan MOVIMIENTOS AUTOMÁTICOS DE MECI-MIENTO para conciliar el sueño o durante el mismo.

Suelen iniciarse hacia los 9 meses y raramente persisten más allá de los dos años. Se considera que hasta el 66% de los niños exhiben algún tipo de movimiento rítmico a los 9 meses, siendo la calidad de su sueño tan buena como en los niños sin movimiento. Estos pueden llegar a estar presentes en el 6% de los niños de 5 años. La situación rara vez se inicia pasados los 18 meses.

Consisten en movimientos estereotipados y repetidos de forma rítmica que realizan con la cabeza, cuello o grandes grupos musculares, incluso todo su cuerpo y a menudo asociado a vocalizaciones o sonidos guturales rítmicos. Tienen una frecuencia regular de alrededor de un movimiento o golpe por segundo.

Clínicamente los más frecuentes son comportamientos caracterizados por :

- movimientos anteroposteriores de la cabeza (“head-banging”)
- movimientos circulares de la cabeza (“head-rolling”)
- movimientos de balanceo de todo el cuerpo (“body-rocking”).

Los primeros son, con mucho, los más frecuentes.

Pueden observarse en la transición al sueño, durante los alertamientos de cualquier fase de sueño y también en las transiciones del sueño a vigilia.

Se observa un predominio en el sexo masculino (de tres a uno).

Su causa es desconocida, aunque se ha observado un predominio familiar a padecer este trastorno. Algunos autores los han relacionado con una conducta aprendida, en la que el niño reproduciría los movimientos de mecimiento que realizan los padres al acunarlo, otros piensan que representa una forma de auto-estimulación.

Generalmente, afecta a niños que por otro lado no tienen otras alteraciones; sin embargo las ritmias del sueño se pueden asociar a ciertas alteraciones del desarrollo.

Preocupan a los padres por la espectacularidad de los movimientos que suelen además provocar ruidos o desplazamientos de la cuna. Algunos niños llegan a producirse rozaduras sobretodo en la barbilla.

Normalmente desaparecen espontáneamente antes de la adolescencia, aunque se han descrito casos en los que persiste la “jactatio capitis” (movimientos anteroposteriores de la cabeza o golpes contra la almohada) en adultos.

Los que persisten más allá de los 6 años o afectan la calidad de la vigilia (somnolencia diurna y/o irritabilidad/hiperactividad) y sobretodo los que estén presentes en la edad adulta deberán ser estudiados.

Generalmente no se precisa tratamiento específico. La información y la calma es primordial. Se deben tomar:

- medidas de precaución para que el niño no se dañe físicamente y para disminuir el ruido.
- Instaurar unos buenos hábitos de sueño puede ayudar.
- En algunas ocasiones debido a su frecuencia, intensidad y consecuencias diurnas es necesario iniciar un tratamiento.

SOMNILOQUIA

Es una parasomnia caracterizada por la expresión de lenguaje hablado, palabras o vocablos, generalmente ininteligibles, durante el sueño nocturno y sin conocimiento del niño.

Se trata de un fenómeno muy frecuente, considerado normal e inocuo y puede darse en la población general a cualquier edad de la vida (principalmente en gente joven). Afecta al 15% de los niños y ocurre normalmente asociados a ensueños durante el sueño REM de la madrugada, aunque puede presentarse en cualquier fase de sueño y no afecta a la estructura del mismo.

Como la mayor parte de las parasomnias puede tener un origen genético. Pueden llegar a ser intensos con gritos, llanto, risa o solo comentarios sin importancia. Suelen ser palabras aisladas o frases cortas, que el niño no recuerda al día siguiente.

En adolescentes jóvenes pueden llegar a ser verdaderos discursos en cualquier momento de la noche y no entrañan ninguna patología específica.

Durante las crisis febriles puede ser más evidente. Son muy típicos cuando el niño inicia la guardería o la escuela.

PESADILLAS

Son ensueños intensos de carácter angustioso y tenaz que producen sensación de miedo y que ocurren a lo largo de la noche.

Son muy frecuentes en la población general, si se considera su aparición de forma esporádica.

Denominadas también “crisis de ansiedad durante el sueño”, pueden confundirse con los terrores nocturnos. Se caracterizan porque el niño se despierta con facilidad y suele tener un recuerdo vivido del episodio, pudiendo relatar con detalle y de forma estructurada el contenido del ensueño; las reacciones físicas, salvo el aumento de la frecuencia cardiaca, no suelen ser intensas.

Las pesadillas ocurren durante el sueño REM (sueño menos profundo) y pueden aparecer en cualquier momento de la noche, aunque son más probables al

final de la misma, cuando hay cantidad de sueño REM. Todas estas características las diferenciarán de los terrores nocturnos.

Dependiendo del grado de ansiedad que haya originado la pesadilla, el niño tardará más o menos en volver a dormirse.

Aproximadamente el 5% de la población general presenta este problema, siendo mucho más frecuentes en niños de 3 a 8 años, con un ligero predominio en el sexo femenino y disminuyendo posteriormente en la adolescencia.

Cuando se inician en la adolescencia o en el adulto y especialmente si son crónicas (un episodio de “mal sueño” una vez por semana, durante al menos 6 meses), deben buscarse causas subyacentes.

Si las pesadillas se producen de forma repetida, suelen asociarse a insomnio, por las vigilias provocadas durante las mismas y porque el niño tiene miedo a quedarse dormido y, con frecuencia, se acompaña de otras parasomnias como sonambulismo, somniloquia, enuresis,...

Factores precipitantes son la fiebre, estrés emocional, déficit de sueño...

Generalmente no precisan tratamiento, sin embargo en pacientes con pesadillas recurrentes muy intensas la terapia conductual junto con el tratamiento farmacológico, si se precisa (excepcional en niños), puede ser de mucha utilidad.

Es importante:

- que la familia esté tranquila.
- saber que las pesadillas pueden formar parte normal del desarrollo del niño
- evitar la exposición del niño a experiencias potencialmente traumáticas (películas o historias de miedo) y
- al contrario que en los episodios de terror nocturno, aquí es importante interactuar para tranquilizar y dar seguridad al niño.

BRUXISMO

El bruxismo o rechinar de dientes durante el sueño, es una parasomnia relativamente presente en la población general de cualquier edad.

Se trata de una contracción rítmica y estereotipada de los músculos de la mandíbula.

Suele comenzar en la adolescencia y sigue un curso fluctuante.

El niño puede presentar síntomas secundarios tales como dolor, dolor facial o mandibular, cefalea y en ocasiones su intensidad conlleva daños irreversibles en los dientes y estructuras adyacentes.

Entre sus causas cabe destacar procesos de maloclusión dental, tensión emocional, estrés, etc....

Su prevalencia en la población infantil es de un 29,5% y en la edad adulta de un 5-21%.

En casos de bruxismo intenso está indicado proteger los dientes con un molde blando, evitar situaciones estresantes y bebidas estimulantes.

La psicoterapia y técnicas de relajación ayudan a disminuir la intensidad de la contractura.

ENURESIS NOCTURNA

Se caracteriza por la emisión activa, completa e involuntaria de orina durante la noche a partir de la edad en que la madurez fisiológica del niño debería haber adquirido el control del esfínter vesical (3-4 años), siendo la edad mental normal.

Su frecuencia es del 15% en niños de 5-6 años y de un 10% en niños de 7 a 10 años y va disminuyendo posteriormente con la edad. Es una alteración frecuente que afecta más a varones que a las mujeres (2/1).

Representa uno de los trastornos más estresantes en la infancia, tanto para el niño como para los padres.

Existen dos tipos de enuresis:

- la primaria definida como la presencia de micción nocturna pasada la edad de los 5 años como extensión anormal de la incontinencia infantil, es decir, en ningún momento se ha adquirido el control miccional nocturno.

- la secundaria se produce en niños que han manifestado control vesical al menos durante 6 meses de su vida.

La primaria es la más frecuente, se suele asociar con antecedentes familiares para el trastorno y estos niños, generalmente tienen una menor capacidad funcional de la vejiga urinaria.

Por el contrario, en la forma secundaria deben considerarse factores psicológicos como posibles desencadenantes del trastorno puesto que la aparición de enuresis se relaciona con determinados acontecimientos emocionales significativos para el paciente, como puede ser el nacimiento de un hermano, comienzo de la escolaridad, separación de los padres,...

Para hacer el diagnóstico es preciso descartar que la falta de control vesical no obedezca a alteración neurológica específica ni tampoco a anomalías estructurales del aparato urinario.

Es fundamental:

- tranquilizar al niño
- obtener su colaboración
- intentar motivarle con pautas de gratificación
- que los padres sean tolerantes y pacientes (especialmente en los casos de enuresis primaria) y que eviten actitudes punitivas o negativas

Si existe disminución de la capacidad funcional de la vejiga, pueden útiles los ejercicios de entrenamiento vesical, como beber grandes cantidades de agua y aplazar el mayor tiempo posible la micción.

El tratamiento psicológico está indicado fundamentalmente en las enuresis secundarias, en las cuales suele existir, como ya se ha dicho, un factor psicológico desencadenante. Hay disponibles en el mercado sistemas de condicionamiento que despiertan al niño ante las primeras gotas de orina, estas medidas

deben ser controladas por un especialista, pues una puesta en práctica incorrecta puede ocasionar gran ansiedad y por consiguiente un gran número de recaídas.

Las revisiones sistemáticas realizadas según las técnicas de la Medicina Basada en Pruebas no son concluyentes en cuanto al mejor tratamiento a aplicar. El tratamiento farmacológico se reserva para situaciones especiales y siempre bajo control médico y asociado a otras terapias.

ADOLESCENTES

Hoy sabemos que los adolescentes necesitan dormir más que los adultos, como media cerca de 9 horas; sin embargo, únicamente el 15% de los adolescentes duermen de manera regular ese número de horas; incluso un 26% de ellos duermen seis o menos horas en los días escolares.

La pérdida de horas de sueño en los adolescentes se debe a:

- Su reloj biológico tiende a alargarse. Su día no es de 24 horas sino de 25 ó más.
- Necesitan momentos para estar solos sin que nadie los taladre, y estos momentos sólo pueden darse una vez que sus padres ya se han acostado.

Junto a ello se produce una inestabilidad del ciclo de sueño:

Entre los 10 y 13 años de edad el tiempo en cama de los días escolares se recorta cada año alcanzando una diferencia al final de 63 minutos y en los días no escolares sólo en 14 minutos.

Hacia los 13 años la diferencia en el tiempo en cama entre los días escolares y los fines de semana es de 45 mts. Existe un declive marcado en el tiempo en cama en los días escolares entre los 10 y los 13 años, mientras que el tiempo en cama en los fines de semana parece estable. Todo ello conduce a que el adolescente tenga un riesgo importante de sufrir las consecuencias de un déficit crónico de sueño.

Hay dos factores generales que influyen en cómo se duerme o se está alerta en un momento determinado del periodo de 24 h:

- Hace cuanto tiempo que estamos despiertos. A esto se le llama balance sueño-vigilia y significa que cuanto más tiempo estamos despiertos más soñolientos nos encontramos.

- El ritmo circadiano o reloj biológico del cuerpo. Nos indica cuando tenemos que estar despiertos y cuando dormir. Una persona puede alterar este ritmo circadiano si frecuentemente se acuesta tarde y además tiene un ritmo cambiante de acostarse y/o levantarse. Esto puede ocasionar soñolencia diurna, cuando el adolescente necesita estar alerta en el colegio.

Este cambio natural de hora de sueño es denominado retraso de fase. Porque la necesidad de sueño se retrasa dos horas aproximadamente.

Es importante recordar que el adolescente sigue necesitando más horas de sueño que en los años previos, aunque ahora tienda a dormirse más tarde. Es necesario no frustrarse por estos cambios y explicarle al adolescente que estos cambios forman parte del crecimiento normal y que, con un poco de su parte se pueden ajustar rápidamente.

Cuando los adolescentes no entienden estos cambios normales y se resisten o los ignoran, entonces, se complica la transición del organismo a la fase de retraso de fase y tienen problemas para ajustar su cuerpo a su nuevo ritmo biológico.

Si esto ocurre los adolescentes tendrán dificultad para acostarse pronto y levantarse pronto.

Medidas preventivas dirigidas a la familia

1. informar a cerca de los cambios en la adolescencia
2. informar signos de déficit de sueño
3. recomendar dialogo sobre el sueño
4. ambiente propicio al final de la tarde
5. dar ejemplo de hábitos

Dirigidas al adolescente

1. sensibilizar acerca de la importancia del sueño

2. recomendar horarios regulares ¡incluso fines de semana!
3. exposición a luz intensa por la mañana
4. actividades estimulantes en horas con tendencia al sueño diurno
5. evitar actividades de alerta (estudio, videojuegos...) una hora antes de dormir
6. desaconsejar los estimulantes
7. regularidad en los horarios de comidas
8. no dormirse con la tele puesta
9. practicar ejercicio físico regular
10. aprender a relajarse y expresar emociones adecuadamente

HIPERSOMNIAS

Son unos de los trastornos más frecuentes que podemos encontrar en la adolescencia. A veces la hipersomnía está favorecida por un déficit de sueño, pero en otras ocasiones puede tratarse de un trastorno.

NARCOLEPSIA

Se caracteriza por tétrada sintomatológica:

Excesiva somnolencia diurna,

cataplejía,

Alucinaciones hipnagónicas y

Parálisis del sueño.

Generalmente aparecen uno o dos síntomas en la pubertad.

Muy raramente se diagnóstica antes aunque los diagnosticados en la edad adulta refieren la presencia de sintomatología ya en la infancia.

Su prevalencia se estima de 0.04 % a 0.09 %. El retraso medio en su diagnóstico es de 15 años. En los últimos 5 años se ha incrementado el número de casos diagnosticados antes de los 10 años.

El síntoma principal es la excesiva somnolencia diurna, y los ataques diurnos de sueño; la presencia de la tétada completa es rara.

La cataplejía es una pérdida brusca del tono muscular (caída de la mandíbula) que puede ser generalizado o localizado.

La parálisis del sueño ocurre cuando el paciente se está durmiendo o despertando: el paciente refiere una sensación subjetiva de imposibilidad de moverse, abrir los ojos o hablar aunque pueden oír a los demás hablar de ellos. La respiración puede ser dificultosa. Esta parálisis puede abortarse si el paciente es estimulado por otra persona.

Las alucinaciones son auditivas o visuales y ocurren al inicio o al final del período de sueño, aunque también pueden ocurrir durante el sueño.

Existe una importante relación entre la narcolepsia y el antígeno HLA-DR2.

Entre el diagnóstico diferencial de la NARCOLEPSIA es importante destacar:

- SAOS
- Deprivación de sueño.
- Parasomnias
- Drogas y medicaciones.
- Traumas o infecciones o tumores del SNC.
- Crisis epilépticas.
- Problemas psiquiátricos y/o psicológicos.
- Distrofias mioclónicas.
- Hipersomnia central idiopática.
- Alteraciones metabólicas.
- S. de Kleine- Levin.
- Parasomnias asociada a la menstruación.

Es necesario conocer este cuadro, aunque los síntomas no sean discapacitantes, el diagnóstico de narcolepsia puede ocasionar consecuencias emocionales y tener un efecto profundo en la propia autoestima del niño.

La falta de control ocasionada por la necesidad de siestas en momentos no apropiados y el típico colapso o hipotonía en situaciones emocionales, pueden ser una prueba devastadora para el niño.

El médico de asistencia primaria debe controlar la aparición de signos depresivos que compliquen el cuadro.

La narcolepsia es un cuadro que debe ser manejado por un equipo multidisciplinar compuesto por el pediatra de asistencia primaria, el experto en sueño, el gabinete psicopedagógico escolar y el tutor escolar.

CONSECUENCIAS DE LOS TR. DE SUEÑO EN LOS NIÑOS

Durante el primer año de vida de un bebé, se calcula que los padres pierden entre 400 y 700 horas de sueño. No es infrecuente observar a uno de estos padres falto de sueño, que precise una alarma de despertador cada vez más potente, que si algún día su hijo no le despierta se quede dormido mucho más tiempo, que cada vez tome más café, té o colas, que necesite cada vez más las siestas y éstas sean más largas, que si conduce más de una hora se encuentre somnoliento y agotado, que se duerma viendo la televisión, que le digan que le encuentran más irritable...

Esto son algunas consecuencias de la falta de sueño debido a que ésta afecta la actividad cerebral, alterándose la memoria, el lenguaje y los procesos de solución de problemas.

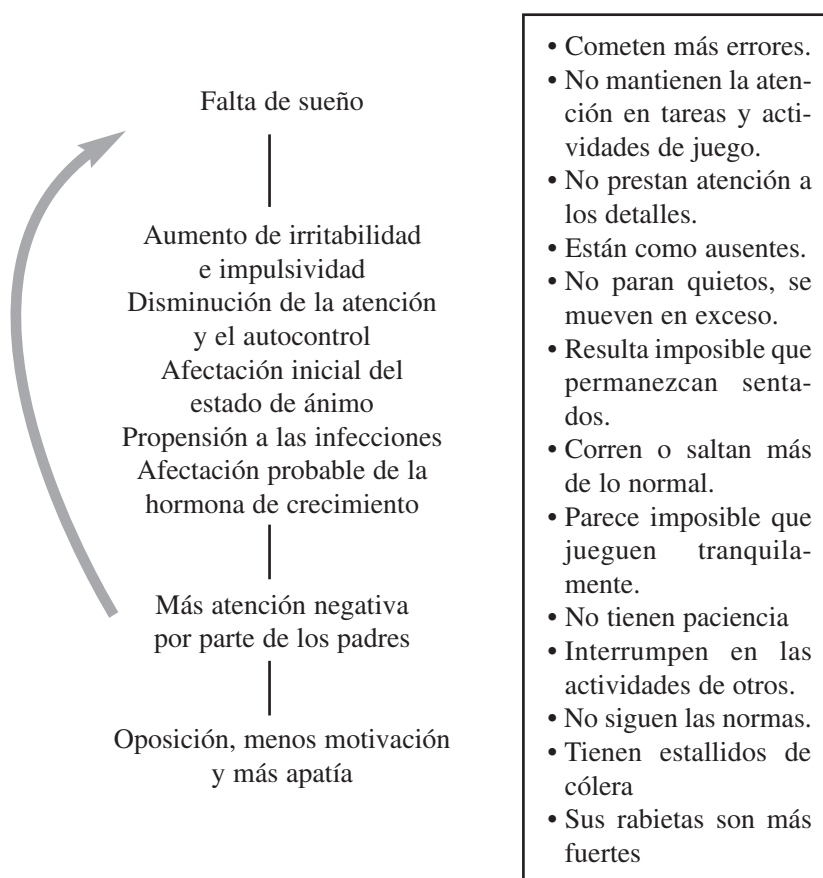
Esta falta de sueño se acumula, y en ocasiones puede suponer alteraciones en el estado de ánimo y decaimiento de la eficacia del sistema inmunitario (en niños que pierden más de 3 ó 4 horas de sueño al día de manera continuada).

Al igual que los adultos, los niños con falta de sueño también sufren unas consecuencias. Se ven afectadas:

- la función cognitiva
- la función motora
- el estado de ánimo

El humor es el más perjudicado. Normalmente ante la falta de sueño aumenta la irritabilidad y la impulsividad, lo que hace que los padres llamen la atención continuamente al niño por su mal comportamiento, perdiendo así su autonomía y mostrándose más oposicionista y con menos tolerancia a la frustración, lo que provoca una situación límite que altera el entorno familiar.

Además disminuye la atención y el autocontrol, necesitando más esfuerzo y motivación para realizar las tareas.



Las leyes del sueño nos enseñan que:

Es muy importante evitar la fragmentación del sueño

Tanto la duración como la continuidad del sueño influyen en su valor de recuperación

La falta de sueño afecta al estado de ánimo y a la capacidad de concentración

Un buen dormir mejora las defensas de nuestro organismo.

Consecuencias de los trastornos del sueño en los adolescentes

Los adolescentes con privación de sueño sufren síntomas parecidos al jet-lag. El descenso de horas de sueño supone una disminución en la atención y por tanto, mayor dificultad para aprender al mismo ritmo que los jóvenes que duermen suficiente.

Si un adolescente no descansa lo que precisa se mostrará apático, distraído, somnoliento y sin capacidad de concentración durante todo el día. A final, el resultado será el fracaso escolar.

La falta de sueño también afecta al estado emocional del adolescente, pues la mitad de los jóvenes que duermen menos horas de lo recomendado desarrolla síntomas depresivos, estrés e irritabilidad. Todo esto provocará que a la noche siguiente le sea más difícil conciliar el sueño, y el nerviosismo será aún mayor por la mañana. Lo peor es que la irritabilidad y la somnolencia, favorece el consumo de sustancias, y unidas al consumo excesivo de alcohol, aumentan en un 40% la probabilidad de sufrir un accidente de tráfico.

Dormir poco incluso afecta al sistema inmunológico y puede influir en el crecimiento, pues podría alterar la hormona del crecimiento, según Rosa Peraita, directora de la unidad de tr. De sueño del H. Gregorio Marañón de Madrid.

MESA REDONDA

**SOCIEDAD Y ENFERMERÍA PEDIÁTRICA,
UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR**

**FRACASO ESCOLAR, ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR:
CORRESPONSABILIDAD ENFERMERA.**

*Isabel Casabona Martínez.
Enfermera. Licenciada en Antropología Social y Cultural.
Profesora Asoc. Enfermería Materno-Infantil.
Universidad de Alicante.*

El tema del fracaso escolar, planteado en su integridad, es de tales dimensiones, que implica actividades, medios y personas que actúan en las escuelas, así como instituciones socio sanitarias que de alguna manera también ejercen su actividad sobre ellas.

Fracaso escolar es un término relativo, modificable por la acción educativa, y que debe de tener en cuenta las características biopsicosociales de los diferentes grupos de alumnos.

La dificultad más grave, quizás consista en definir adecuadamente que entendemos por "fracaso escolar"... ¿nos referimos al fracaso escolar estadístico?, ¿a los procesos objetivables y subyacentes que decidirán los abandonos o suspensos del niño?

Diferentes autores definen "fracaso escolar" como la situación de aquel estudiante cuyo nivel de estudios no marcha paralelo a su nivel de inteligencia. En la práctica, de forma más pragmática lo calificaríamos para aquel alumno que no supera un nivel en las calificaciones. (Toledo Ortiz).

Para otros autores, el fracaso escolar es interpretado como una impotencia social, una inhibición para aprender, es decir como un signo de malestar profundo de los sujetos implicados en el contexto escolar (maestros, padres, estudiantes, otros sectores que trabajan con la escuela....

El fracaso escolar corresponde a algo visible, un niño que no aprende, y a algo invisible: el fracaso social (Molina 1997).

El fenómeno "fracaso escolar", afecta de manera abierta o velada a la mayoría de los sistemas escolares del mundo. Hay un elevado número de alumnos en todos los países y culturas que fracasan en su aprendizaje escolar.

Entender este fenómeno de manera unidisciplinar, solo permite ver una dimensión del mismo, dificultando así su comprensión global.

El fracaso escolar además de un problema pedagógico y cognitivo es también un problema biopsicosocial, Enfermería esta invitada a participar en su comprensión, desde nuestros diferentes puntos de actuación(Comunidad, centro de salud, enfermera escolar...) se trata de ir mas allá de la atención a la morbimortalidad de la población escolar y adolescente, asumiendo en los programas de salud la salud escolar, con funciones de detección, derivación (medico, psicólogo, logopedas....) a profesionales expertos, seguimiento. También con programas de escuela saludable, educación para la salud, programas de desarrollo y crecimiento de los niños, vida saludable y socialización...

En el abordaje integral del fenómeno “fracaso escolar”, convergen las actuaciones coordinadas de todos los profesionales relacionados con el desarrollo integral de cada niño y adolescente.

El niño es el eslabón más débil de la cadena y no podemos culparle a él, primero porque es niño, segundo porque tiene dificultades y tercero porque no es un profesional.

Antes de entrar de lleno en el tema del fracaso escolar, quisiera matizar unos conceptos, que se entrelazan, empleándose a veces indistintamente, y que nos son difíciles de diferenciar:

- Fobia escolar: temor irreal que impide que los niños acudan al colegio.
- Rechazo escolar: el niño evita la escuela, por diferentes motivos, es un problema de “evitación” escolar: separación del hogar, miedo a la socialización en el colegio...
- Absentismo escolar: se quedan en casa repetidamente sin ir a la escuela o desde esta les mandan a casa por síntomas físicos de origen emocional.

También niños con enfermedades crónicas y con tratamientos médicos frecuentes.

Las tres serán motivo de fracaso escolar.

- Abandono escolar: resultante final del fracaso escolar.

CAUSAS

Si estudiamos las causas del fracaso escolar, hay que investigar en los factores que lo influyen, interacción del niño con la escuela, la familia, los profesores, también problemas de crecimiento y desarrollo, de socialización, factores relacionados con el entorno...

En diversos estudios consultados, sus autores hacen diferentes clasificaciones, así Vidal (1991) agrupa las causas en cuatro bloques: inculcando a los alumnos, a la clase y profesores, a los padres y tutores y por último al entorno.

Soler Fierrez agrupa las causas en intrínsecas y extrínsecas al alumno.

Molina (1998) manifiesta el desacuerdo con la promoción automática por curso o ciclo que produce falta de motivación en los alumnos, como causa importante del fracaso escolar.

Nuestra propuesta de clasificación o causas del fracaso escolar, (basada en la clasificación según etiología de Magaña Hernández), intenta facilitar un abordaje Enfermero global:

A/ Relacionadas con el niño:

- a.-1.dificultades de origen primario.
- a.- 2.dificultades específicas.

B/ Relacionadas con el entorno:

- b.-1.Individual.
- b.-2.en relación con la familia.
- b.-3en relación con la escuela.
- b.-4en relación con el entorno socio-cultural.

Estas causas se relacionan directamente con el niño, como objetivo prioritario de nuestra actuación y protagonista integral de los cuidados enfermeros / cuidados de salud y las relacionadas con el entorno que le rodea con el fin de determinar todas las causas que le pueden afectar valorando lo relacionado con la familia, la escuela y también todos los aspectos sanitarios y socioculturales.

A/ Relacionadas con el niño:

Dificultades de origen primario.

- Déficit intelectual.
- Problemas neurológicos.
- Déficit sensorial.auditivo y /o visual.
- Enfermedades carenciales: malnutrición, alter.endocrinas...
- Enfermedades crónicas.
- Incapacidad física.

Dificultades específicas.

- En aptitudes escolares: para el aprendizaje del calculo (discalculia); el aprendizaje de la escritura (disgrafía, disortografía); para el desarrollo de lectura fluida y comprensiva (dislexia)
- En el lenguaje y el habla: desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.
- Desarrollo de la coordinación motora: fina o gruesa.
- Trastornos por déficit de la atención, con o sin hiperactividad.

Estas dificultades primarias deben detectarse precozmente, en la guardería, familia, consulta de pediatría, de enfermería...actuando de forma urgente para conseguir la adecuada integración escolar y social del niño.

B/ Relacionadas con el entorno:

Individual: Alteraciones emocionales y de conducta

- **Alteraciones emocionales** relacionadas con situaciones de angustia y malos tratos, ansiedad de probable causa escolar, cursan con una determinada sintomatología somática: dolor abdominal, cefaleas, trastornos del sueño, enuresis, encopresis.

Ciclos de enseñanza infantil y primaria (niños de 3 a 12 años.)

- **Alteraciones del comportamiento, de la conducta:** trastornos de la conducta alimentaria, dificultad para la integración social, hiperactividad, transgresiones, mentiras, hurtos, tristeza, depresión, conductas agresivas....

Especialmente en la adolescencia.

En relación con la familia: Con dos aspectos determinantes:

- **Buena comunicación padres-hijos:** promoviendo el desarrollo y fortalecimiento de la autoestima, de habilidades sociales, toma de decisiones según la edad y también el desarrollo de valores como son el del propio cuerpo, autocuidado de salud, de higiene, alimentación, responsabilidad, autonomía...

Si los padres no empatizan con sus hijos se establecen barreras que serán factores de alto riesgo en la comunicación.

- **Estilo educativo:** incide de manera positiva, la presencia de los padres, la definición de las estructuras familiares, la transmisión de mensajes positivos, hacer frente a la adversidad intentando superarla.... Incide negativamente, un ambiente familiar conflictivo, con carencia de autoridad, permisivo o por el contrario de excesiva dureza y autoritarismo.

En relación con la escuela:

- **Sistema educativo:** los objetivos educativos serán observables, medibles, realizables, pertinentes, concretos y adecuados al contexto personal y socio-cultural del niño. Con atención individualizada y multidisciplinar. Con opciones de futuro variadas.
- **Profesores:** con doble función de instructor y educador. Con respeto mutuo profesor-alumno, con motivación constante. Enseñando a aprender y adquiriendo hábitos de estudio.
- **Compañeros:** los niños y adolescentes necesitan sentirse integrados y aceptados por su grupo. La no aceptación deriva en aislamiento, rechazo y absentismo.

En relación con el entorno socio-cultural:

- **Medios de comunicación social:** televisión, publicidad, cine: los medios irrumpen y su uso y abuso influye decisivamente en el desarrollo psicosocial del niño.

Estos medios de comunicación, no siempre están bien asesorados por lo que distorsionan la realidad, esto puede traer modificación en la conducta del niño, con identificación de modelos agresivos de éxito, pérdida de la capacidad de alarmarse ante la violencia...

Un equipo multidisciplinar con la participación de instituciones, con profesionales de los medios, de la salud, estaría indicado para tomar las medidas de prevención oportunas y de protección del menor ante el desarrollo de los medios audiovisuales.

- **Contexto social y momento histórico de vida:** el entorno urbano y social, fomenta nuevas ideas, nuevas modas, nuevas maneras de entender la vida, nuevos criterios morales que también influirán en el futuro desarrollo personal del niño-Cuando las carencias sociales y culturales no se compensan derivan en exclusión social, y posible abandono escolar.

Los niños y adolescentes crecen y se socializan en ámbitos familiares, institucionales...sometidos a cambios constantes...El rendimiento escolar esta muy relacionado con la adaptación social del niño, del individuo.

Dado que el fracaso escolar, afecta a prácticamente la totalidad de los sistemas escolares, no debemos entenderlo desde un enfoque indisciplinar, esto solo nos permitiría estudiarlo según una dimensión del fenómeno, debemos de ser capaces de conocer y estudiar este problema en su conjunto, en toda su complejidad es decir generar un conocimiento multidisciplinar: Comunidad escolar y agentes de salud.

Enfermería, al aproximarse a la atención y cuidados de los niños con fracaso escolar, planifica y desarrolla estrategias de actuación: educación para la salud, salud familiar ...

ABORDAJE ENFERMERO

En la Consulta de Enfermería: Realizaríamos un control-seguimiento de aspectos físicos del niño, ya que el crecimiento y desarrollo armónico puede estar relacionado con estados emocionales positivos y también lo contrario.

Niño de 4 a 14 años (en edades comprendidas ente los 4-6 años, 11 años y 14 años)

- Historia o anamnesis del niño, con antecedentes personales, familiares y Tb. Historia escolar. Descartaremos causas medicas- salud y/o psicopedagógicas.
- Examen físico: Derivación otros profesionales de la salud (pruebas complementarias....)
- Valoración de Enfermería: según patrones funcionales de salud:

Nutrición-Alimentación:

- Peso y talla (percentiles)
- Alimentación.
- Hidratación.
- Higiene bucal. Dentición.
- Abdomen (hernias...)

Eliminación:

- Micciones (enuresis)
- Deposiciones (encopresis)

Actividad-Ejercicio:

- Ctes vitales: TA, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria.
- Higiene general.
- Grado de autonomía en la higiene y en el vestido.
- Columna vertebral/ simetría de miembros.
- Motricidad fina: uso de cubiertos, escritura...
- Motricidad gruesa: saltos, danza, natación, balón...

- Aficiones y tiempo libre.
- Deporte/ejercicio.

Sueño/ Descanso: Cantidad / calidad.

Cognitivo / Perceptivo:

- Visión, visión cromática.
- Audición.
- Desarrollo intelectual, curso escolar...
- Capacidad de aprendizaje. (discalculia, disgrafía, dislexia, desarrollo del lenguaje expresivo....)
- Déficit de atención, hiperactividad.
- Grado de memorización.
- Capacidad de estudio, horas de estudio /día...
- Satisfacción en el colegio.
- Fracaso escolar.
- Perspectivas de futuro.

Rol / Relaciones:

- Socialización, desarrollo social con padres, hermanos, colegio....
- Grado de autonomía con respecto a los padres.
- Pertenencia a grupos o asociaciones.
- Riesgo psicosocial.
- Conductas antisociales.

Autoestima / Autopercepción:

- Aceptación del propio cuerpo.
- Sentimientos de inseguridad.

Tolerancia y adaptación al estrés: Capacidad para resolver conflictos...

Percepción y mantenimiento de la salud: Tabaco, drogas, alcohol...

Sexualidad:

- Identificación con el propio sexo.
- Cambios corporales: menstruación, caracteres sexuales secundarios...
- Exploración de genitales.

Ejemplos prácticos:

- Un niño con anomalía visual de la percepción de los colores, disfunción psicomotriz en la motricidad fina: problemas en temas escolares relacionados con el campo artístico: trazos pictóricos inadecuados, coloración que no se ajusta a la realidad...

- Alumnos con fatiga física, mala nutrición (defecto o exceso), problemas familiares graves, el alumno no entiende las explicaciones del profesor (nivel intelectual por debajo del nivel adecuado para su edad....

Estas situaciones son ejemplos puntuales de situaciones, que detectadas a tiempo, con actuaciones específicas del profesional correspondiente y con seguimiento posterior, pueden impedir el fracaso escolar de nuestros niños y adolescentes.

Como **conclusión**, podríamos afirmar que, los profesionales de la salud, somos capaces de entender las dificultades de aprendizaje, que derivan en un mal rendimiento escolar, del mismo modo que determinadas enfermedades crónicas de la infancia, que evolucionan bien si se detectan y abordan de manera precoz.

El desarrollo de nuestros niños y adolescentes, sus repuestas ante situaciones que les aboquen hacia el fenómeno de fracaso escolar, serán determinantes en su proceso de salud-enfermedad y por tanto en su posterior calidad de vida.

La coordinación en el trabajo multidisciplinar, definiendo los objetivos de cada disciplina, e incentivando una relación fluida entre los distintos profesionales y la familia, facilitaran una actuación integral hacia el niño con problemas y la posterior solución de estos de una manera satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA:

- *PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA*. Aspectos básicos en atención primaria.

Muñoz Calvo, MT, Rubio Roldan LA. , Hidalgo Vicario MI.

Ergon.

- *TRATADO DE PEDIATRÍA SOCIAL*.

García –Caballero, C.

Díaz de Santos.

- *MANUAL DE ASISTENCIA PRIMARIA EN PEDIATRÍA*.

Baker,R.

Masson.

- *EVALUACIÓN Y CAMBIO EDUCATIVO*: el fracaso escolar.

Fernández Pérez M.

Morata.

- *PEDIATRÍA DEL COMPORTAMIENTO Y DESARROLLO*.

Parker, S. Zuckerman B.

Masson.

- *“MIRADA ENFERMERÍA AL FRACASO ESCOLAR”*.

Caliz R. Jaimes V. ramirez M.

Jornadas Nacionales de SCELE. (Póster)

**LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU TRATAMIENTO
MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL**

*Nuria Lasso de la Vega Gómez
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología
Universitat Jaume I de Castellón*

Los trastornos alimentarios se han convertido en una especie de epidemia en los últimos 25 años, al menos en las sociedades occidentales. Estos cuadros clínicos se caracterizan por la presencia de graves alteraciones de la conducta alimentaria, siendo sus máximos exponentes la anorexia y bulimia nerviosa. Se trata de trastornos que afectan principalmente a mujeres, adolescentes pre y pos-puberales, con una tasa de prevalencia de 4,1% en población española. La edad de comienzo del trastorno suele ser en la pubertad en el caso de la anorexia y más tardía (de los 18 a los 20 años) en la bulimia, aunque en los últimos años están apareciendo en grado creciente casos de inicio mucho más precoz (entre los 7 y los 12 años).

La anorexia nerviosa se caracteriza por la negativa de la paciente a mantener su peso en los valores mínimos normales para su edad y altura, un miedo intenso a aumentar de peso o engordar, aún estando en situación de infrapeso, y alteraciones en la imagen corporal. En estas pacientes el miedo al aumento de peso se convierte en el centro de todas sus preocupaciones, afectando a las restantes áreas vitales. Éste deseo irrefrenable de seguir adelgazando se mantiene pese a haber perdido un gran porcentaje de peso y por encima de las graves consecuencias físicas que esta alteración puede llegar a provocar (hipotermia, hipotensión, bradicardia, amenorrea, osteoporosis, fracturas...). Las complicaciones físicas que pueden derivarse de este trastorno son especialmente relevantes en las pacientes más jóvenes, ya que si el trastorno se presenta antes de la menarquía la interrupción del desarrollo puberal puede producir deterioros irreversibles.

Los criterios diagnósticos para este trastorno según el DSM-IV (última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) son los siguientes:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un

peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable)

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

El diagnóstico de la anorexia nerviosa en niños y adolescentes prepúberales requiere especial atención, ya que en estos casos puede ser necesario realizar algunas matizaciones en los criterios diagnósticos. Por ejemplo, en niños la pérdida significativa de peso no sería un criterio esencial, puesto que el hecho de que el peso se mantenga estático durante el periodo de crecimiento puede considerarse equivalente a la pérdida de peso.

La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes (ingesta de grandes cantidades de comida en un corto espacio de tiempo) que el paciente no puede controlar, seguidos de conductas compensatorias encaminadas a evitar el aumento de peso (vómitos auto-inducidos, uso de laxantes, ayuno, ejercicio excesivo...) y alteraciones en la imagen corporal. Estas pacientes, al

igual que las anoréxicas, muestran una preocupación exagerada por el peso y la imagen corporal, pero no pueden controlar su comportamiento alimentario, se sienten impotentes ante ese impulso irrefrenable de comer. Debido al continuo desajuste provocado por los patrones de alimentación, los vómitos, el abuso de laxantes... estas pacientes presentan una amplia gama de complicaciones físicas tales como disminución de los niveles de potasio, hipertrofia de la glándula parótida, hipocalemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, crisis epilépticas... Los vómitos frecuentes pueden producir erosión del esmalte dental y callosidad en el dorso de la mano, debida al roce continuo de los incisivos superiores al autoinducirse el vómito. Mientras que en el caso de la anorexia una de las características esenciales para el diagnóstico es el infrapeso significativo, (generalmente valorado mediante el IMC) en el caso de la bulimia las pacientes suelen encontrarse dentro del margen de peso considerado normal.

En el caso de la bulimia nerviosa el DSM-IV establece los criterios diagnósticos que se exponen a continuación:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En el desarrollo y mantenimiento de los TA intervienen múltiples factores, lo que los convierte en problemas de gran complejidad, requiriendo su tratamiento un enfoque necesariamente multidisciplinar. Dadas las complicaciones médicas que suelen derivarse de las alteraciones alimentarias y el riesgo de mortalidad en los casos mas graves, los ingresos hospitalarios de larga duración son frecuentes en este tipo de trastornos lo que implica, además, la necesidad de grandes recursos para poder ofrecer una asistencia adecuada a estas pacientes. Por lo general, los tratamientos de los que disponemos en la actualidad para este tipo de problemas tienen como primer objetivo la estabilización de los patrones alimentarios con el fin de conseguir una regulación del peso.

Sin embargo, no debemos olvidar que los comportamientos alimentarios alterados son solo el medio por el cual las pacientes anoréxicas y bulímicas tratan de conseguir su principal objetivo: tratar de transformar un cuerpo que no aceptan. La distorsión de la imagen corporal, de la percepción que estas pacientes tienen de su peso y silueta corporales, es ,como ya hemos visto anteriormente, uno de los aspectos que caracterizan a las pacientes con trastornos alimentarios y un criterio fundamental para su diagnóstico. Ya comentábamos que los tratamientos tradicionales suelen centrarse en la estabilización del peso, por lo que generalmente la modificación de la imagen corporal en estas pacientes ha quedado en un segundo plano. No obstante, los resultados de las investigaciones reflejan que aquellas intervenciones terapéuticas que se centran únicamente en normalizar los patrones alimentarios y controlar las conductas purgativas (vómitos..) no garantizan por sí mismas la modificación de las alteraciones en la imagen corporal (IC) y, por lo tanto, son insuficientes a la hora de conseguir que estas pacientes se sientan más cómodas con su propio cuerpo.

El concepto de IC fue descrito por Schilder (1935) que lo definía como la representación de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la manera en que nuestro cuerpo se nos aparece. Se trata de un concepto multidimensional, que incluye tanto las percepciones como los pensamientos y sentimientos que tenemos hacia nuestro cuerpo y experiencias corporales. Cuando la imagen corporal se experimenta de una forma distorsionada, como en el caso de las pacientes con trastornos alimentarios, aparecen distorsiones en la estimación del tamaño del cuerpo o de diferentes partes del mismo (p.e. sobrevalorar el tamaño de los muslos, las caderas...), se magnifica el valor otorgado a la imagen física dentro del autoconcepto y aparece ansiedad e insatisfacción por la apariencia física percibida.

Es importante aclarar que la imagen corporal de un sujeto (la valoración que éste hace de su apariencia) y su aspecto físico real no necesariamente coinciden. Por ello, la posibilidad de contar con una herramienta de terapia que permita reflejar una imagen mental como es la IC llevó a diversos investigadores a plantearse el empleo de la RV, tecnología que en los últimos años ha ido ampliando notablemente su campo de aplicación, demostrando su potencial para la investigación, la evaluación y el tratamiento psicológico de diversas patologías en salud mental. Por ejemplo, la RV se está utilizando como herramienta terapéutica en el campo de la neuropsicología y ha demostrado ampliamente su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (North & North, 1996; North, North & Coble, 1997; Carlin, Hoffman & Weghorst, 1997; North et al., 1998; Hodges, Rothbaum, Alarcon, et al., 1999; Botella et al., 1998b; Botella, Baños, Perpiñá, Villa, Alcañiz & Rey 1998c; Botella, Baños, Villa, Perpiñá & García-Palacios, 2000; Baños, Botella, Perpiñá, Villa, Quero, & Crespo, 2000)

El uso de la RV en el tratamiento de la imagen corporal en los TA conlleva notables ventajas frente al tratamiento mediante los métodos tradicionales:

- La RV permite capturar algo tan subjetivo como la imagen corporal (una imagen mental)
- Permite que a la paciente modelar, reflejar y “dar forma” a su imagen corporal, comunicando esta información al terapeuta

- El ordenador no miente, es un juez objetivo. La desconfianza típica de estas pacientes hacia los comentarios que otras personas (especialmente las personas significativas) hacen acerca de su aspecto físico se atenúa en el caso de que sea el ordenador el que proporcione esa información
- Incrementa la motivación de la paciente hacia el tratamiento
- Alto grado de realismo. El entorno virtual es capaz de evocar en la paciente las mismas reacciones y emociones que ésta experimentaría en una situación similar en el mundo real (p.e. cuando las pacientes “comen” y “mascan” virtualmente experimentan ansiedad como si estuviesen comiendo realmente).
- Las experiencias vividas en el entorno virtual constituyen un paso previo para afrontar las situaciones temidas en el mundo real. P.e. hemos tenido pacientes que durante años no habían comido un trozo de pizza y fueron capaces de hacerlo en la vida real tras haber “comido” pizza virtualmente.

Los trabajos pioneros sobre el tratamiento de la IC mediante RV fueron desarrollados por el equipo de Riva (Riva, Melis and Bolsón, 1997; Riva, Baccheta, Barufi, Rinaldi & Molinari, 1998) obteniendo buenos resultados iniciales. Estos trabajos nos hicieron tomar conciencia de las enormes posibilidades que la RV podía ofrecer a la hora de lograr tratamientos más efectivos para los TA. Teniendo en cuenta además la escasa atención que se estaba prestando en los tratamientos habituales a un aspecto tan central en los TA como es la IC, nuestro grupo de investigación decidió desarrollar un software de RV para la evaluación y el tratamiento de la IC en los TA denominado “Virtual & Body” (Perpiñá, Botella, & Baños, 2002). La eficacia de la aplicación de dicho programa como complemento a la terapia cognitivo-conductual tradicional ha sido demostrada en diversos estudios llevados a cabo por nuestro equipo de trabajo (Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R., Marco, J.H; Alcañiz, M. & Quero, S.,1999; Perpiñá, C; Baños, R; Botella, C y Marco, J.H. 2001).

El tratamiento con de la IC mediante RV potencia los resultados de la TCC tradicional, produciendo mayor mejoría en las pacientes con TA y siendo, además, una intervención mejor tolerada por las pacientes.

El entorno virtual es capaz de evocar en las pacientes con TA los mismos miedos y pensamientos que experimentan en la vida real, pero el terapeuta va a tener mayor control sobre las situaciones a las que la paciente se expone. Además, esta herramienta posibilita una especial “comunicación” entre la imagen corporal de la paciente y la propia paciente. Esta imagen mental, la IC, va a “tomar cuerpo” a través de la RV y la paciente va a poder modificarla y compararla con modelos más “saludables”.

El entorno consta de 6 escenarios virtuales, diseñados para trabajar diferentes aspectos relacionados con la IC:

Escenario uno: la habitación de aprendizaje. Se emplea para ayudar al paciente a familiarizarse con el sistema

Escenario dos: Balanza y cocina virtual. El peso real de la paciente aparece en la balanza virtual y puede introducir su peso subjetivo (cuanto cree que pesa) y su peso deseado. La balanza también muestra el peso saludable para la paciente. Se discuten las diferencias existentes entre estos índices (p.e. entre el peso real y el peso subjetivo o entre el peso deseado y el saludable). Además, en la cocina virtual hay alimentos “prohibidos” (que la paciente no se permite comer como pizza, hamburguesa...) y alimentos “seguros” (que la paciente no considera tan “peligrosos” de cara a un aumento de peso, como una manzana). La paciente puede “comer” estos alimentos (p.e. tocando el alimento con el cursor la paciente puede ver como van desapareciendo trozos –“mordiscos”- de pizza y se escucha el sonido de masticar el alimento), estimar el aumento de peso y pesarse después en la balanza para comprobar el aumento de peso real tras ingerir el alimento.

Escenario tres: Sala de Exposiciones. En la sala pueden verse fotografías de varias personas de ambos sexos, con diferentes constituciones corporales. El objetivo es relativizar concepto del peso corporal, mostrando que es dependiente de otras variables (constitución, altura, peso...)

Escenario cuatro: La habitación de los dos espejos. La paciente tiene que manipular una imagen del cuerpo humano en tres dimensiones, incrementando o disminuyendo diferentes áreas del cuerpo hasta que la figura represente su imagen corporal. Posteriormente, la imagen traslúcida de la figura corporal real de

la paciente aparece solapándose sobre la figura en tres dimensiones. Si ambas figuras no encajan, la paciente tiene que corregir la figura en tres dimensiones hasta que corresponda con la figura real. Con este ejercicio, la paciente toma conciencia de que la imagen que ella tiene de su propio cuerpo no corresponde necesariamente con la realidad.

Escenario cinco: El cuerpo en el espacio. En este escenario hay puerta con diferentes bandas de colores. El objetivo en esta área es pasar de lado a través de la puerta, por lo que la paciente tiene que eliminar el número exacto de bandas de colores para dejar abierto el espacio oportuno.

Escenario seis: La sala de los espejos. La paciente tiene que manipular diferentes partes del cuerpo en la figura en tres dimensiones, pero esta vez se le pide que modele su imagen corporal subjetiva, la deseada y también como cree que la ve otra persona significativa (madre, amiga...). Las diferentes imágenes se contrastan y se comentan durante la sesión.

En conclusión, la RV es una nueva herramienta con grandes posibilidades en la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios. No sólo es útil para poner a la paciente “cara a cara” con la representación mental que tiene de su cuerpo (es decir, con su IC), sino que además es capaz de generar en las pacientes ansiedad al “comer” virtualmente alimentos “prohibidos”, facilitando que puedan superar sus miedos y afrontar estas situaciones en el contexto real.

Los resultados obtenidos hasta el momento permiten concluir que la RV encaja perfectamente con las necesidades terapéuticas de los trastornos alimentarios y que esta herramienta puede resultar de enorme utilidad, no solo de cara a mejorar la eficacia de los tratamientos psicológicos existentes, sino también para ayudarnos a ampliar nuestros conocimientos sobre éstos trastornos tan complejos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCAÑIZ, M., BOTELLA, C., PERPIÑÁ, C., BAÑOS, R., LOZANO, J.A., MONTESA, J., GARCÍA PALACIOS, A., & VILLA, H. (2000). A new Realistic 3D body representation in virtual environments for the treatment of disturbed body image in eating disorders. *Cyberpsychology and Behavior*, 3 (3), 433-439.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Washington: APA.
- BAÑOS, R.M.; BOTELLA, C.; & PERPIÑÁ, C (1999). Virtual Reality and Psychopathology. *Cyberpsychology and Behavior* 2 (4), 283-292
- BAÑOS, R., BOTELLA, C., PERPIÑÁ, C., VILLA, H., QUERO, S., & CRESPO, E. (2000). The treatment of flying phobia by means Virtual Reality. Paper presented at XXX Congress EABCT. Granada (Spain), September
- BOTELLA, C.; PERPIÑÁ, C.; BAÑOS, R., & GARCÍA-PALACIOS, A. (1998a). Virtual reality: a new clinical setting lab. In G.Riva, B.K. Wiederhold & E. Molinari (eds.), *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience*. 73-81. Amsterdam: Ios Press.
- BOTELLA, C.; QUERO, S.; PERPIÑÁ, C.; BAÑOS, R.; ALCAÑIZ, M.; LOZANO, J., & REY, A. (1998b). Virtual environments for the treatment of claustrophobia. *International Journal of Virtual Reality*, 3, 8-12 .
- BOTELLA, C., BAÑOS, R.M., PERPIÑÁ, C., VILLA, H., ALCAÑIZ, M., & REY, A. (1998c). Virtual Reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.
- BOTELLA, C., BAÑOS, R; VILLA, H., PERPIÑÁ, C., & GARCÍA-PALACIOS, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic Fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- CARLIN, A.S., HOFFMAN, H.G., & WEGHORST, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case study. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.
- CASH, T.F. (1996). The treatment of body Image disturbances. In J.K.Thompson (Ed). *Body Image, eating disorders and obesity*. Washington: American Pshychological Association.
- FAIRBURN, G.; BROWNELL, K.D. (2002). *Eating Disorders and Obesity, a Comprehensive Handbook*. Guilford Press.
- GARCÍA-CAMBA, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Masson.

- HODGES, L.F.; ROTHBAUM, B.O.; ALARCON, R.; READY, D.; SHAHAR, F.; GRAAP, K.; PAIR, J.; HEBERT, P.; GOTZ, D.; WILLS, B., & BALTZELL, D. (1999). Virtual Vietnam: A virtual environment for the treatment of Vietnam War veterans with post-traumatic stress disorder. Paper presented at Medicine Meets Virtual Reality: 7. San Francisco. January 20-23.
- NORTH, M., & NORTH, S. (1996). Virtual reality psychotherapy. *The Journal of Medicine and Virtual Reality*, 1, 28-32.
- NORTH, M. NORTH, S., & COBLE, J. (1997). Virtual reality therapy. Ann Arbor, Michigan. I.P.I. Press.
- NORTH, M., NORTH, S., & COBLE, J.R. (1998). Virtual reality therapy: an effective treatment for phobias In G.Riva, B.K.Widerhold, & E.Molinari (Eds.), *Virtual environments in Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.
- PERPIÑÁ, C; BAÑOS, R; BOTELLA, C Y MARCO, J.H. (2001) La realidad virtual como herramienta terapéutica: un estudio de caso en alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios.Revista Argentina de Clínica Psicológica, 10 (3), 227-241
- PERPIÑÁ, C., BOTELLA, C., BAÑOS, R., MARCO, J.H; ALCAÑIZ, M. & QUERO, S. (1999). Body Image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment?. *Cyberpsychology & Behavior*, 2 (2), 149-159.
- PERPIÑÁ, C., BOTELLA, C., & BAÑOS, R. (2002). Body image in eating disorders. Virtual reality assessment and treatment. Valencia: Promolibro
- PERPIÑÁ, C., BOTELLA, C., QUERO, S., MARCO, H., & BAÑOS, R. (2001). Design of clinically significant virtual-environments for binge eating episodes. Paper presented at VII European Council on Eating Disorders. ECED 2001. Barcelona (Spain), September.
- PERPIÑÁ, C., MARCO, J.H., BOTELLA, C., & BAÑOS, R. (en prensa). Body image treatment in eating disorders by means of cognitive-behavioral therapy supported with virtual reality: results at one-year follow-up.
- RIVA, G., MELIS, L., & BOLZONI, M. (1997). Treating Body-image disturbances, *Communications of the ACM*, 40, 69-71.
- RIVA, G; BACCHETA, M; BARUFFI, M; RINALDI, S., & MOLINARI, E. (1998). Experiential cognitive therapy: a VR based approach for the assessment and treatment of eating

- disorders. In G. Riva (Ed.). *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS press, 95-111.
- RIVA, G., BACCHETTA, M., BARUFFI, M., RINALDI, S., VINCELLI, F., & MOLINARI, E. (2000). Virtual reality-based experiential cognitive treatment of obesity and binge-eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 209-219.
 - RIZZO, A.A., WIEDERHOLD, M.D., & BUCKWALTER, J.G. (1998). Basic issues in the use of virtual environments for mental health applications. In G.Riva, B.K.Widerhold, & E.Molinari (eds.) *Virtual environments in Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.
 - ROSEN, J.C. (1997). *Cognitive-Behavioral Body Image Therapy*. In D.M. Garner & P.E.Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*(2^a Ed.). New York: Guilford Press.
 - SCHILDER, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. NY: International Universities Press, 1950.

**VACUNES I SEGLE XXI: FORMACIÓ ON-LINE PER A
INFERMERIA**

*Josep Antoni Forcada i Segarra.
Infermer. Coordinador del Grup de Treball en Vacunacions.
Consell d'Infermeria de la Comunitat Valenciana.*

LA SITUACIÓ

El món de les vacunes està en constant evolució. Des de mitjans de la dècada dels 60 en que en el nostre país es van començar a efectuar les campanyes de vacunació i es van començar a dissenyar els primers calendaris de vacunacions, s'han introduït de forma gradual una gran quantitat d'antígens que posteriorment s'han anat agrupant en combinacions vacunals i s'han modificat els calendaris oficials de vacunacions infantils adaptant-los a la situació d'introducció de noves vacunes. Actualment, a més, ens trobem amb vacunes introduïdes en el calendari oficial de vacunacions i de vacunes no introduïdes, que han quedat a la disposició dels usuaris i al criteri de recomanació dels professionals sanitaris.

La segona situació que crea una certa confusió tant entre els usuaris dels sistemes sanitaris com entre els professionals de la salut és la diversitat dels 17 calendaris vacuna'ls autonòmics, que encara que en essència són semblants, presenten diferències entorn dels inicis, terminis i inclús a les dosis d'antígens rebudes fins a abastar l'edat adulta.

Un altre fet que ha vingut a complicar la situació ha sigut l'increment de la immigració i la necessitat d'adaptació de les vacunacions rebudes en els seus països d'origen a la situació epidemiològica del nostre, no tant per la possibilitat d'introducció de malalties infeccioses vacunables des dels seus llocs d'origen, com per la necessitat de mantindre les altes cobertures vacuna'ls que disfrutem en el nostre entorn i no permetre la creació de bosses de persones susceptibles que pogueren donar origen a brots epidèmics i/o a la introducció de malalties pràcticament inexistentes en estos instants en el nostre país.

LA NECESSITAT

S'ha mencionat que el camp de la vacunología està en constant evolució, per la qual cosa els professionals sanitaris que tenen qualsevol tipus de relació amb els programes i els actes vacuna'ls precisen d'una formació i una actualització constant, doncs del seu correcte entrenament i praxi professional depén en gran manera l'èxit d'estos programes. Conceptes com la gestió vacunal global estan cada dia mes prop de la nostra professió infermera. No tan sols el mer fet d'executar l'acte de la injecció, sinó tot el concepte d'acte vacunal estan implícitament lligats a la nostra activitat com a infermers, doncs som els responsables de la gestió directa dels programes de vacunacions. Conceptes com la gestió de stoks, cadena de fred, selecció de materials, prevenció d'infeccions nosocomials, vies i zones d'administració, prevenció i control d'esdeveniments adversos, registres vacuna'ls, prevenció d'exposicions ocupacionals accidentals, gestió de residus, etc, estan íntimament lligats al procés de l'acte vacunal i requerixen una constant revisió i actualització, tant en els aspectes teòrics com en els pràctics.

LA MAGNITUD

Durant l'any 2004, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana ha adquirit 1.600.000 dosi de vacunes , amb un cost aproximat de 12.4000.000 €. L'any 2005 s'han adquirit 2.000.000 de dosi, per un valor de 17.700.000 €.

La correcta gestió d'estos recursos és una prioritat de la Salut Pública Valenciana, tant pel cost econòmic que representa esta inversió directa, com pels beneficis per a la salut que aporta a la població Valenciana, especialment a la població pediàtrica.

En el Registre Nominal Vacunal de la Conselleria de Sanitat s'han registrat fins a l'any 2004 un total de 9.900.000 actes vacuna'ls, dels que 1.200.000 corresponen a l'últim any.

Per a la declaració a este sistema informàtic centralitzat es requerix estar registrat i posseir una clau d'accés que faculta la declaració des d'un terminal informàtic així mateix prèviament registrat. Al finalitzar l'any 2004 existien un total de 3640 usuaris registrats, açò és, sanitaris amb clau d'accés al sistema. D'este total de registrats, el 67% corresponia a professionals d'infermeria.

El fet de la declaració ens acosta un poc més a la magnitud de la funció que la infermeria desenvolupa en els programes de vacunacions. Del total del 1.200.000 actes vacunals declarats en 2004, el 85% ho van ser per professionals d'infermeria registrats en el sistema.

A la Comunitat Valenciana es comptabilitzen en estos moments 890 punts de vacunacions (llocs des dels que es declara la pràctica vacunal), als que se subministra vacunes des de 18 Centres de Distribució. A estos 18 Centres les vacunes són subministrades directament des dels laboratoris adjudicatariis dels Concursos Centralitzats de compres.

LA FORMACIÓ

La qualitat en el procés de gestió vacunal, entés este com un tot en el seu conjunt, és una prioritat de l'administració sanitària, com a part vital de la qualitat en l'atenció als usuaris del sistema sanitari. Per a aconseguir esta qualitat, és doncs imprescindible mantindre la formació i l'actualització de coneixements de tots i cada u dels sanitaris implicats en els programes de vacunacions.

Sent conscients de les dificultats que per part de l'estructura sanitària valenciana s'han vingut mantenint en esta formació, especialment cap al col·lectiu infermer, el Consell d'Infermeria de la Comunitat Valenciana va posar en marxa l'any 2000 el Grup de Treball en Vacunacions, amb un objectiu prioritari: millorar esta formació i mantindre actualitzats en els seus coneixements en la matèria a la infermeria Valenciana. A més, i com a punt també important, servir de referència en el camp de les vacunes i la vacunología de les nostres companyes i companys. La labor que s'ha vingut desenvolupant ha sigut diversa i fructífera, i en estos moments es pot considerar una important consolidació de la nostra activitat com a Grup de Treball, així com el reconeixement com referents per part de la infermeria valenciana.

D'altra banda, la nostra funció formadora ha vingut sent reconeguda per part de l'administració sanitària, que veu en el Consell d'Infermeria l'anella necessària i responsable de la labor formadora dels seus treballadors.

Fruit d'esta col·laboració naix la necessitat de posar a disposició dels professionals sanitaris un instrument útil i accessible, concretant-se en el desenvolupament operatiu d'un Curs de Vacunes.

COM PLANTEJAR LA FORMACIÓ?

- La formació tradicional o presencial, en la que l'alumne ha d'atindre's a uns horaris preestablits i acudir a una reunió presencial, aporta uns grans beneficis, començant per la interrelació que s'ha d'establir entre el docent i el discent, així com la possibilitat de mantindre una interacció basada a compartir experiències o competència amb la resta de l'alumnat.

Al contrari, la necessitat de respectar uns horaris, que en la formació postgrau pot vore's alterada per situacions de tipus laboral, familiar o personal, i en molts casos la necessitat de desplaçaments repetits, condiciona cada dia més la participació en activitats formatives, especialment aquelles que es realitzen fora de l'horari laboral.

- La formació a distància ha vingut a substituir en alguns casos la formació tradicional. Este tipus de formació s'ha anat modificant amb el pas del temps, principalment adaptant-se a les noves tecnologies audiovisuals, ja que en els seus començaments es tracte de l'enviament de textos per al seu estudi i la resolució d'exercicis teòrics (exàmens).

En estos moments, la formació a distància utilitza les noves tecnologies de comunicació, com a internet, però bàsicament segueix utilitzant la mateixa filosofia d'aprenentatge, açò és, textos per al seu estudi i resolució d'exercicis teòrics, tot això a través de l'ordinador personal. En alguns casos, i tal com ocorria amb els primeres experiències de formació a distància, es recorre a l'assessorament d'un tutor, bé a través de línies telefòniques, bé a través de correus electrònics, amb l'únic objectiu de resoldre dubtes personals.

- La formació on-line (e-learnig, e-formación) tracta d'unificar els dos conceptes formatius.

- D'una banda, la interrelació entre el professor i els seus alumnes i d'estos entre si de forma coordinada.

- D'altra banda, la facilitat personal de realitzar la formació sense necessitat de desplaçaments i adaptant l'horari formatiu a les possibilitats personals, o bé al propi criteri participatiu.

A través que sistema s'interpreta esta dualitat?: La formació on-line es basa en l'estudi de textos amb els continguts formatius, que es poden llegir directament des de pantalla o be descarregar per a la seua impressió i estudi. Els textos en pantalla estan dividits en apartats, de forma que la lectura en pantalla no supera el temps de lectura aconsellats.

Al mateix temps, els alumnes tenen assignat un tutor/a a què dirigir-se per a qualsevol consulta respecte als continguts dels textos o qualsevol qüestió relacionada amb els aspectes formatius del curs. Este tutor és a més responsable de la dinamització de l'alumne, controlant el seu accés a la plataforma i la seua participació en el curs.

L'alumne té a més l'opció del contacte amb la direcció del curs per a qualsevol aspecte relatiu a l'organització i funcionament. També te la possibilitat de relació amb els altres alumnes, lo que facilita el comentari d'aspectes dubtosos o la realització de treballs conjuntament.

L'ESTRUCTURA

El curs, a través de la plataforma formativa de la Generalitat Valenciana (www.eformación.gva.es), possibilita la participació de l'alumne a través de les més modernes tecnologies, com la creació de fòrums de discussió, xats, videoconferències presencials, visualització i descàrrega de vídeos, etc.

També presenta opcions com el magatzem de continguts, lloc des del que es poden descarregar els materials que l'alumne desitge incorporar en el seu terminal per a la impressió o simplement per al seu magatzematge, el glossari de termes, la missatgeria, el tauler d'anuncis, etc.

La possibilitat de connexió està oberta durant les 24 hores del dia, durant 365 dies a l'any, tan sols restringida per les activitats presencials que tenen un horari, prèviament informat pels tutors i a través del tauler d'anuncis virtual del curs.

La mateixa Plataforma ofereix servici tècnic als alumnes per a la resolució de qualsevol problema d'esta índole, tant en la connexió per la xàrcia com per a les necessitats informàtiques personals de l'usuari.

ELS CONTINGUTS

El Curs d'Actualització i Formació Continuada ON-LINE en Vacunología, titulat "VACUNES I LA SOCIETAT DEL SEGLE XXI", tracta a través de la seua denominació d'incidir en la cada vegada major importància de la responsabilitat social i particular de vetlar per la pròpia salut. Les vacunes no estan alienes a este concepte i la implicació de l'individu adult i els pares en representació dels fills en el compliment dels processos vacuna'ls és cada vegada més patent i necessària.

A partir de l'objectiu general del curs: adquirir i actualitzar els coneixements en el camp de la vacunología i les vacunacions, es desenrotllen els objectius específics, consistents en:

- Actualitzar coneixements en les modificacions i adaptacions dels calendaris vacuna'ls en base a la introducció de noves vacunes i/o vacunes combinades.
- Actualitzar coneixements en logística de les vacunacions.
- Actualitzar i millorar els coneixements en el camp dels protocols d'actuació en vacunacions.
- Actualitzar i adquirir coneixements en els sistemes de registres de Vacunacions i Registres de Vacunacions Informatitzats.
- Adquirir coneixements en qualitat per a la gestió dels processos en vacunes.
- Adquirir destreses per a determinar estratègies de motivació i sensibilització cap a la vacunació.
- Analitzar el desenrotllament històric de la funció infermera en l'acte vacunal.

S'estructura en IX mòduls, amb els següents títols:

Mòdul I: Generalitats sobre les vacunes

Mòdul II: Descripció de les vacunes

Mòdul III: Calendaris vacuna'ls

Mòdul IV: Logística vacunal

Mòdul V: Aspectes pràctics de les vacunacions

Mòdul VI: Vacunacions i grups específics

Mòdul VII: Vacunacions en situacions especials

Mòdul VIII: Estratègies vacuna'ls

Mòdul IX: Directoris, Recursos i Metal·locs

El temari del curs ha sigut sol·licitat a experts de gran prestigi en el camp de les vacunacions i la vacunología del nostre país, que a més d'haver aportat els seus coneixements, estan a disposició de la Direcció del curs per a incorporar qualsevol innovació que es puga produir durant el desenrotllament del curs i per a contestar a qualsevol dubte o suggerència per part dels alumnes.

Els tutors són així mateix professionals amb gran experiència en el camp de la vacunología, a més d'haver rebut formació específica en la formació on-line, la qual cosa facilita la seua labor de tutorització.

La Gestió, organització i direcció del curs corre a càrrec de professionals experts en estos tres camps i al mateix temps representants de la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat i del Grup de Treball en Vacunacions del Consell d'Infermeria de la Comunitat Valenciana.

CONCLUSIONS

En el moment de presentar esta ponència, el curs está en funcionament. Tenim alumnes de pràcticament totes les Comunitats Autònomes de l'estat espanyol i professionals de tots els àmbits del sistema sanitari, atenció primària, especialitzada i salut pública. Quasi el 50% dels alumnes són professionals d'infermeria, però la representació de professions sanitàries és igualment àmplia, perquè entre els alumnes vam comptar amb metges de família, pediatres, farmacèutics, tècnics de salut pública, preventivistes, metges del treball, etc.

Açò ve a demostrar la diversitat de professions sanitàries implicades en els programes vacuna'ls i l'interés que desperta la formació on-line com a forma senzilla, útil i còmoda d'accedir a l'actualització de coneixements i a la millora de formació, pero la presencia del 50% d'infermeres ens demostra el lideratge de la nostra professió i la demanda de formació i actualització.

La formació on-line moderna esta començant a donar els seus primers passos, però amb absoluta seguretat, els avanços tecnològics que es produïxen diàriament van repercutir de forma cada vegada més positiva a acostar la formació a l'usuari i en facilitar-li-la. El professional sanitari demanda formació, però també demanda facilitat d'accés, per la qual cosa l'oferta i la demanda van a confluïr positivament i els resultats no van a tardar en impregnar-nos.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

- DE ARISTEGUI FERNÁNDEZ, J. Editor. Vacunaciones en el niño; de la teoría a la práctica. Ciclo Editorial, SL Bilbao. 2004
- SALLERAS SANMARTÍ, L. Editor. Vacunaciones preventivas; principios y aplicaciones. 2a edición. MASSON SA Barcelona. 2003.
- PICAZO DE LA GARZA, JJ Editor. Guia práctica de vacunaciones para enfermería. Marco Gráfico, SL Madrid. 2003.
- PICAZO DE LA GARZA, JJ. DELGADO, A. Las vacunas de los niños: guía de padres. Marco Gráfico Imprenta, SL Madrid. 2004.
- INFORME DEL REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIONES. Consellería de Sanidad. 2005
- “EL MISTERIOSO CASO DE LA MÁQUINA DE ENSEÑAR”. Manual de E-learning. Atnova.com. E-learning & websolutions. Elche. 2004.
- GUÍA DE VACUNACIONES PARA INMIGRANTES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. 2003.

**MOBBING: ASSETJAMENT LABORAL I LES
SEVES CONSEQÜENCIES**

*Susana Agruña Fernandez, Joana Pradas Abad, Isabel Solè Miravet
Infermeres i Membres de l'Associació CLAM (Contra L'Assetjament
Moral en el Treball)*

INTRODUCCIÓ

L'assetjament laboral es un fenomen tan antic com la feina mateixa, però, no és fins el començament dels anys vuitanta que ha estat veritablement identificat com un fenomen que no solament enterboleix l'ambient de treball i disminueix la productivitat, sinó que a més afavoreix l'absentisme a causa del desgast psicològic que comporta.

Leyman investigador en psicologia del treball a Suècia ha dut a terme desde fa més de 15 anys, un treball sobre aquest procés, que ha qualificat de psicoterror laboral/Mobbing

Aquest psicoterror té com a finalitat:

Destruir la comunicació de la persona i la seva reputació

Així com pertorbar l'exercici de les seves tasques, perquè finalment abandoni el seu lloc de treball.

Les accions hostils han de tenir segons ell al menys un cop per setmana, al menys durant 6 mesos, perquè comencin a afectar

L'objectiu principal d'aquesta comunicació es sensibilitzar els professionals de la salut dels efectes que produeix l'assetjament moral a la feina, ja que creïem suposa:

- Un abús de poder,
- Una tortura psicològica
- I un maltracte a les persones en el seu lloc de treball de cap manera justificable.

Es essencial que el diagnòstic del procés es realitzi de forma correcta quan abans millor, ja que els efectes nocius per la salut avancen de manera proporcional al temps que la persona està patint l'assetjament.

Es tracta d'una agresió seriosa, segons el professor Iñiqui Piñuel de la Universitat d'Alcalà de Henares l'agresor respon a una serie d'impulsos i tendències psicopàtiques que li produeixen la necessitat d'agredir i controlar i que pot satisfer gràcies a una situació organitzativa particular que es dona en els ambients laborals.

L'assetjament sols estar motivat.

- Per l'enveja
- La arribada d'una persona nova al grup, que se l'identifica com a possible competidora
- La reincorporació després d'una baixa maternal o excedència perllongada.

Hi ha característiques de l'entorn que afavoreixen l'assetjament com:

- La manca de valors compartits
- La inexistència de mètodes de resolució de conflictes, amb la qual cosa es converteixen amb llavor per el mobbing

FASES

La fase de conflicte es caracteritza per la sutilesa per part de l'agresor i el desconcert de l'afectat que no és conscient del que està passant però comença a sentir-se malament emocionalment.

Moltes vegades l'assetjador no es dona a conèixer directament sino que te l'habilitat de crear un clima tòxic, entorn el seu objectiu, cosa que confon més a l'assetjat.

Com crea aquest clima tòxic?

Amb calumnies

Provocant i magnificant els mínims errors

Criticant l'estil de treball

Però ara l'afectat està massa preocupat per justificar els fets i errors que se li atribueixen i no percep l'assetjador com a tal.

La fase d'assetjament és la de les maniobres efectives, l'assetjadors ja implica a superiors o altres companys que i participen directament o per omissió.

Es possible una reacció de l'afectat però la seva imatge ja ha estat etiquetada, deteriorada, la seva integritat es dubtosa, sota la forta pressió es col·lapsa, somatitza i això s'aprofita per l'assetjador.

Aquí apareixen els sentiments de culpa i remordiment, la autoestima es tambaleja.

Apareixen els trastorns, i es per la capacitat de d'afrontament.

Què Fa L'Empresa?

Quan vol fer quelcom el primer error es classificar-ho de conflicte i espera que el temps ho suavitzí o bé proposar un trasllat, sense tenir en conta que la persona ha rebut una agressió externa que pot conduir-la a un estrès post traumàtic.

Què Fa L'assetjat?

Per part de l'assetjat es comencen ha agafar baixes o bé entra en el que diem engranatge de l'estres , com un gran trencaclosques sense fi.

La resposta de l'organisme a aquesta pressió és

- Un increment de l'estrés
- Ansietat generalitzadaSomatització
- Idees obsessives

Al incrementar la patologia provoca que la persona

Arribi tard o falti a la feina

Agafi baixes

Baix rendiment

Llavors per part de l'empresa hi ha una sèrie d'advertiments com:

possibilitat d'acomiadament o substitució

avís de resignació de feines o de canvi d'horari

La reacció de l'afectat es:

Procura no emmalaltir o no prendre baixes si ho està

Negar els símptomes, i viu dominat per la por.

Però el més greu es que si no s'agafen baixes, si no hi ha una resposta adequada per part de l'empresa, si tampoc es rep el tractament apropiat, si no es busca el recolzament idoni, sovint... El nivell d'estrès es tan alt, que les malalties orgàniques evolucionen ràpidament, l'afectat dominat per l'ansietat nega els símptomes, fins que arriba un moment en que o bé deixa la feina. O emmalalteix irreversiblement i fins i tot pot arribar a la mort per malaltia. Casos extrems arriben al suïcidi.

Els efectes son de tots tipus:

Psicologics

Orgànics

Familiars I Socials

Econòmics I Professionals

Però poques vegades els tractaments tenen en comte que la causa es una agressió externa i a més no sempre un problema emocional o altra malaltia derivada de assetjament es entesa per el nostre entorn social i familiar)

RESULTATS

Les dades que presentem son: 100 enquestes realitzades personalment dins l'associació CLAM a l'any 2003, i els resultats s'apropen els presentats pel professor Piñuel en el informe Cisneros que va elaborar en col·laboració amb un sindicat d'infermeria, que segons el qual, 3 de 4 infermeres enquestades manifestaven haver patit assetjament durant la seva experiència laboral.

El 75 % son dones.

El 59% pertany al sector públic.

El 45% pertany al sector sanitari (metges, infermeres)

El 53% porten més de 10 anys a l'empresa

El 20% porta més de 5 anys., patint assetjament

En el moment de contactar amb el CLAM el 35% està de baixa per depressió i un 7% ha deixat el treball, sense cap mena de compensació econòmica i ni d'atur, sols un 3% tenen la baixa amb diagnostic de Assetjament laboral.

CONCLUSIONS

El col·lectiu d'infermeria a la nostra associació es el percentatge mes alt comparat amb la resta de professionals, i concideix amb el estudi Cisneros, realitzat per el Profesor Dr. Iñaki Piñuel

El mobbing es dona a Infermeria amb especial virulència per les característiques pròpies de la professió, caos organitzatiu, errors en la cadena de manaments, conflictes i ambigüetats de rol, falta de comunicació, no es gestionen bé els conflictes.

El coneixement sobre l'assetjament moral es una de les eines de la prevenció. El suport a les persones afectades vindrà donat a través del reconeixement del problema, i del recolzament emocional per part de la família i dels professionals, així com la teràpia grupal per aconseguir el seu retorn al món laboral.

La prevenció de l'assetjament moral s'ha d'inscriure amb el que manifesta la llei 31/1995 de Prevenció de Riscos Laborals.

Regulació i normativa contra el mobbing. Tenir un codic étic a l'empresa i crear la figura del mediador.

Per prevenir l'assetjament moral, es important transformar les empreses en organitzacions que vetllin pel desenvolupament, la creativitat, el benestar i la ètica dels seus membres.

"La violència reapareix en cada època sota formes distintes, i cal reprendre permanentment la lluita en contra seva".

Stefan Zweig

BIBLIOGRAFIA

- AUSFELDER, TRUDE (2002). Mobbing. El acoso moral en el trabajo. Ed. Océano
- BLANCO, CRUZ (2003). Acoso moral, miedo y sufrimiento. Ed. del Orto, Madrid.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, JOSÉ LUIS (2002). El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Ed. Espasa-Calpe. Madrid.
- HIRIGOYEN, MARIE-FRANCE (1999). Assetjament moral. Ed. Paidós
- HIRIGOYEN, MARIE-FRANCE (2001). L'assetjament moral a la feina. Distingir el cert del fals. Ed. 62/Paidós.
- MEDIAVILLA, GERARDO (2003). ¿Por qué la han tomado conmigo?. Casos reales de mobbing. Ed. Grijalbo.
- NAZARE-AGA, ISABELLE (2002). Los manipuladores. Ediciones B,S.A. Javier Vergara Editor, Grupo Z
- PIÑUEL, IÑAKI (2001). Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed. Sal Terrae
- PIÑUEL, IÑAKI (2003). Mobbing. Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso moral en el trabajo. Ed. Aguilar.
- RAMIS, ARNAU (2001). Ajuntament, bon dia. El Gall, Editor Prácticos.
- RODRÍGUEZ, NORA (2002). Mobbing, vencer el Acoso Moral. Ed. Planeta

MESA REDONDA

AYUDEMOS DESDE OTRA PERSPECTIVA

**LA REFLEXOTERAPIA PODAL
APLICADA EN LOS NIÑOS**

*Maria José Hernández
Enfermera. ABS Cap LLibertat Reus Tarragona
Experta Universitaria en Reflexoterapia podal*

INTRODUCCIÓN

La práctica de la reflexoterapia actual podemos decir que se inició a principios del S.XX

en Estados Unidos , un otorrino de la época el Dr. Wiliam Fitzgerald - (observando la terapéutica de distintas tribus indias de Norte América)- estableció la existencia de unas zonas longitudinales que atraviesan todo el cuerpo y parten de los pies. Pero la difusora y sistematizadota de este método fue Eunice Ingham con su libro “Stories the feet can tell”. Discípulas suyas e importadoras a Europa fueron, Hanne Marquardt (Alemania), Dorreen Bayly (Inglaterra) y Hedi Masafret (Suiza) han contribuido a difundir, perfeccionar y consolidar la terapia de las zonas reflejas (TZR). Aunque vestigios de sus orígenes la sitúan hace 4.500 a. en el antiguo Egipto, en un mural de la tumba de los médicos en el yacimiento arqueológico de Sakkara.

La TZR se basa en la teoría de que existen conexiones nerviosas de muchos puntos específicos del cuerpo en los pies. A eses áreas en donde se localizan dichos puntos, se les conoce como Zonas Reflejas -están bien estudiadas en minuciosos mapas cartográficos del pie-. El objetivo de la reflexoterapia es obtener una respuesta saludable de los órganos y sistemas a través de la adecuada estimulación aplicada a sus correspondientes reflejos; logrando con ello establecer el balance natural y funcionalidad armónica de todo el organismo.

“La reflexoterapia como la acupuntura o la homeopatía es una técnica que busca activar la capacidad autocurativa del cuerpo humano”

Si bien las diversas cartografías nos marcan el camino,- lo cierto es que hay que buscar en cada persona su individualidad y una vez localizados estos puntos, manipularlos adecuadamente, realizando presiones con la punta del pulgar,

concentradas no muy intensas “barriendo” las zonas reflejas hasta encontrar puntos dolorosos (locus dolendi) y aplicando el estímulo “normalizador”. Gracias a la interconexión que existe entre el sistema nervioso sensitivo y el neurovegetativo se produce la respuesta reflexológica.

Los niños y especialmente los bebés son muy receptivos al tacto y especialmente a los masajes en los pies, poseen por lo general una relación mucho más natural con el dolor que los adultos, quizás intuyen que este dolor extraña un sentido positivo, la capacidad de regeneración puede estimularse fácilmente pues existen menor bloqueo o debilidad debido a su temprana edad.

El terapeuta en su relación interpersonal con el niño representa un 50% de la efectividad de la sesión. Si el niño se siente cómodo asistirá a cada nueva sesión con ganas aunque el dolor sea perceptible y molesto. Al iniciar al niño en edades tempranas en la TZR la actitud desperjuiciada permitirá ver con naturalidad esta técnica.

Con frecuencia, no puede elaborarse un diagnóstico inicial ya que acostumbra a inquietarse al poco rato, la duración de la sesión debe oscilar de unos minutos a un cuarto de hora e ir a caballo entre el juego y la técnica minuciosa, en la mayoría de casos puede efectuarse diariamente o incluso varias veces al día.

Dependiendo de la edad su anatomía podal va cambiando: Desde que nacen hasta los tres años, sus pies presentan una forma más o menos ovalada ya que el arco todavía no se ha desarrollado completamente. Es fácil cubrir todo el pie varias veces en cualquier tratamiento.

Desde los tres años hasta los cinco años: A los tres años los pies empiezan a cambiar de forma con un estrechamiento característico debido a la formación de los arcos. Esto permite identificar la parte central del cuerpo en el punto en que se estrecha el pie: la línea refleja del colon transverso.

Aunque los pies son todavía muy pequeños para el tratamiento que se aplica a los adultos, los mapas proporcionan una útil información sobre las principales divisiones, las principales líneas directrices - el diafragma, la cintura y la pelvis - van cobrando forma.

El principal cambio es que conforme el niño crece, la zona digestiva se hace más amplia a expensas de la respiratoria.

Dependiendo de la edad preferirán tumbarse boca abajo o en lactantes se sentirán mejor en brazos o sostenidos por la madre o persona conocida; en niños más mayores muchas veces será mejor que los familiares esperen en otra habitación con el fin de preservar tanto la neutralidad como la seriedad del desarrollo de la sesión. El tratamiento en el niño debe alternar fases dolorosas con fases de juego o lúdicas de compensación. Las maniobras de regulación se emplean con mucha frecuencia. A partir de los dos – tres años ellos establecen el umbral de dosificación. Los indicadores de intensidad en los bebés o niños que aun no hablen, son señales vegetativas (manos húmedas, intranquilidad, incomodidad...).

PARA QUE ESTA INDICADA

Existe experiencia probada que la TZR es útil para el cólico del lactante, estreñimiento, meteorismo, dificultades en la dentición, amigdalitis y otras alteraciones linfáticas, pseudocrup, estimulador del sistema inmunitario y método de prevención, relajación, activa la circulación sanguínea, alivia el dolor, el estrés y fortalece la fuerza curativa..

REACCIONES AL TRATAMIENTO

El efecto del tratamiento de la reflexoterapia desencadena una serie de respuestas del sistema nervioso vegetativo que hay que saber valorar para su correcta dosificación, Reacciones como sudación patente, cambios vasomotores, dolor insoportable en los puntos reflejos, sensación de mareo o malestar. Indican que el estímulo producido es excesivo. Existen otras reacciones tardías (al cabo de unas pocas horas o días) de las que se debe informar previamente al niño/padres, y aunque se han molestas suelen mejorar el estado del paciente, son reacciones de eliminación aumentadas e indican un impacto regulador de una cierta intensidad sobre el sistema neurovegetativo y hormonal.

(Mayor producción de mucosidad nasal, faringes y/o bronquial; Aumento de las secreciones naturales del cuerpo, lagrimeo, flujo vaginal; mejora de la relación sueño vigilia; Variaciones en la cantidad, consistencia y frecuencia de las deposiciones; Cambio en la cantidad, aspecto de la orina y en la frecuencia de las micciones; Sudoración abundante.)

CONTRAINDICACIONES

En primer lugar hay que respetar las respuestas neurovegetativas inmediatas del organismo, podemos practicar un masaje relajante y en próximas sesiones actuar con menor intensidad sobre los puntos desencadenantes.

Entre las contraindicaciones más comunes en los niños podemos destacar: Los estados febriles, trastornos locales de los pies y/o circulatorios e inflamatorios de los vasos sanguíneos de los pies y piernas.

CONCLUSIONES

Los niños son especialmente sensibles al tacto, la fuerza vital fluye sin obstáculos pro su cuerpo, la TZR como técnica terapéutica preventiva y reguladora tiene un amplio terreno de actuación por un lado como puerta de estrada a la relajación y todo lo que esta comporta y pro otro lado previniendo y tratando enfermedades de alta incidencia en la infancia.

Se trata de una técnica sencilla, segura, suave y sin efectos secundarios. Su características son las idóneas para aplicarlas en los niños y bebés, a los que los propios padres pueden aprender a masajear los pies para fortalecer su salud. Aunque en tratamientos severos y prolongados sea indispensable la intervención de un terapeuta.

**APLICACIÓ DE LES FLORS DE
BACH EN PEDIATRIA**

*D. Miquel Pàmies
Naturópata*

BREU INTRODUCCIÓ HISTÒRICA:

Les Flors de Bach, son una eina terapèutica, descoberta el Dr. Edward Bach que va néixer al 1886.

La descoberta de la teràpia floral es va produir durant els anys 1928 fins al 1932. Va estudiar medicina i es va especialitzar en bacteriologia i immunologia.

El descobriment del principi curatiu de les flors el va descobrir quan li van diagnosticar un càncer, després de quedar-se vidu. Afortunadament per la humanitat va aconseguir acabar l'estudi del sistema floral que porta el seu nom. Poc després de la finalització del sistema va morir.

QUE SON LES FLORS DE BACH?

Les Flors de Bach, son essències florals que extretes per dilució hidroalcohòlica provoquen una vibració energètica a nivell emocional.

Hi ha un total de 38 essències florals simples que corregeixen la distorsió vibracional de un estat emocional. Donat que cada flor correspon a un estat emocional diferent es diu que el sistema floral de Bach es un sistema tancat, es a dir que conte totes les emocions. A més hi ha combinacions establertes com el remei de rescat elaborat pel mateix Dr. Bach o els més recents Hexaremei i Heptaremei que utilitzen diversos autors i terapeutes per a tractar síndromes complexos que engloben més d'una emoció.

En un principi la utilitat terapèutica de les Flors de Bach, estava únicament centrada en el camp emocional. Actualment i gràcies a l'aportació de diversos autors, s'ha observat que hi ha una part essencial que afecta a la naturalesa de l'emoció que es transmet a la part física del cos. Per exemple una persona de

tipologia rígida a nivell emocional pot desenvolupar patologies físiques de naturalesa rígida (problemes articulars, de columna...)

Els remeis als quals se'ls coneixen patrons transpersonals son els següents:

AGRIMONY	tortura	ROCK ROSE	Parada brusca-paralisi
BEECH	Intolerancia-irritació	ROCK WATER	Cristallització-rigidesa estatica
CENTAURY	Debilitat-submisio	SCLERANTHUS	Inestabilitat-alternaça
CERATO	Dispersió	STAR OF BETHLEHEM	Resistencia-trauma
CHERRY PLUM	descontrol	VERBAIN	Sobreexpressió-rigidesa dinàmica
CHESTNUT BUD	Repetició-no assimilació	VINE	Duresa-tensio
CHICORY	Congestió-retenció	WALNUT	Inadaptació-tall
CLEMATIS	Desconexió-mort	WATER VIOLET	Aïllament-rigidesa dinamica
CRAB APPLE	Impuresa-obstrucció	WHITE CHESTNUT	Repetició accelerada
ELM	Desbordament-rigidesa	WILD ROSE	Inexpresivitat
GORSE	Claudicació	WILLOW	Retenció-irradiació
HOLLY	Erupció	ASPEN	Disolució-incorporeitat

UNA BREU INTRODUCCIÓ AL SIGNIFICAT EMOCIONAL DE CADA FLOR:

1. Agrimony: El nen es d'aparença alegre, però amaga els seus sentiments, tristesa, darrera una façana.
2. Aspen: Es per la por sobretot a les coses desconegudes.
3. Beech: Els hi resulta difícil ser tolerants amb els que l'envolten, i sovint tenen mal humor.
4. Centaury: Son feliços compartint, no tenen agressivitat i cedeixen sempre a les voluntats dels altres.
5. Cerato: Son els que dubten sempre, mai saben si el que fan es el correcte.
6. Cherry plum: Per a la sensació de perdua de control en els actes, actuen compulsivament.
7. Chestnut bud: Per als que no aprenen de l'experiència. Repeteixen errades, sense intentar pendre un camí diferent al que ja han utilitzat, i que els ha portat a l'error.
8. Chicory: Son nens carnosos, però que en realitat son manipuladors perquè el que busquen realment es reconeixement, estimació i la companyia dels altres.

9. Clematis: Son els somiadors , imaginatius i poc realistes. Sovint desconnecten de la realitat.
10. Crab apple: Son nens extremadament nets i ordenats i que senten repulsió per la brutícia.
11. Elm: Els que sovint solen tenir confiança, però ocasionalment poden veure's sobrepassats per alguna circumstancia en concret.
12. Gentian: Per al desànim causat per una situació inesperada. Es una mena d'estat depresiú recent, on realment hi ha un fet que l'ha propiciat.
13. Gorse: Per a la pèrdua d'esperança, generalment davant una situació que es perllonga en el temps, com per exemple una malaltia que no es cura.
14. Heather: Es el que explica amb precisió qualsevol succés que els hi passa. Parlen molt però sempre sobre si mateixos. Es una manera de centrar l'atenció en ells.
15. Impatiens: No suporten ni en el joc ni en la societat en general les coses excessivament lentes, al seu parer. Necessiten les coses en el precís moment en que els hi passen pel cap.
16. Holly: Es per a l'enveja, odi, desig de venjança, el nen té rabia generalment contra tot, però pot ser també un fet puntual. Es la típica rabieta infantil.
17. Honeysuckle: Per als que viuen sempre el passat, es difícil de trobar en nens, però es pot donar nostalgia en nens que recorden temps millors i no els hi resulta facil de situar-se en el present.
18. Hornbeam: Per a cansament mental, es un debilitament puntual que afecta sobretot a les coses que no interessin al nen. En canvi aquests símptomes desapareixen si es proposa una activitat que si es de l'agrat del nen.
19. Larch: Tenen por al fracàs. No actuen per no equivocar-se, tot i saber la resposta correcte.
20. Mimulus: Son els que es ruboritzen fàcilment, tenen por a coses conegudes.
21. Mustard: Per la tristesa profunda que apareix sense cap causa que la justifiqui. Dona, al qui pateix aquest estat emocional, la sensació de estar en un tunel negre, on no veu la sortida.

22. Oak: Treuen importància a les coses. Te tendència a treballar fins quedar exhaust. Pot ser líder però no de forma natural.
23. Olive: Per estats de baixa energia i recuperacions de una malaltia. S'ha esgotat la reserva energetica i el nen gairebé ha perdut la capacitat de recuperar-se dels esforços que realitza.
24. Pine: Tenen el sentiment de culpa. Es culpen de tot encara que no tinguin relació amb el succés.
25. Red chestnut: Per aquells que pateixen en excés pels altres.
26. Rock rose: Es el remei per al terror, pel panic. Es una por extrema en el que el nen no té capacitat de raonar per sortir d'aquest estat, fins que disminueix l'estimul.
27. Rock water: Per tots els que tenen uns estàndards elevats, que els pot portar problemes derivats de la rigidesa a la qual sotmeten a tothom incloent-se ell mateix.
28. Scleranthus: Es el remei de la indecisió dual. Nens que dubten en tots els processos vitals que comporten una tria entre dos coses. De vegades son inestables al caminar, descoordinats, cauen i inclús es marejen.
29. Star of bethlehem: Per als xocs emocionals, que han deixat una marca en el nen, i que li impedeixen avançar en el seu progrés emocional.
30. Sweet Chestnut: Per al sentiment profund d'angoixa. Per situacions on sembla que la vida no mereix la pena.
31. Verbain: Es un nen petit i hiperactiu, no pot parar. S'autoerigeix protector dels dèbils i es molt lleial amb qui ell creu que ho mereix.
32. Vine: Son persones amb una gran voluntat, líders. No suporten la contradicció.
33. Walnut: Es aquell que sap el que vol. Però davant una situació anòmala, la seva convicció defalleix.
34. Water violet: Son persones segures de si mateixes. Saben gaudir de la soledat.
35. White chestnut: Per als pensaments persistents, que venen al cap sense ado-

nar-se'n i que produeixen torment aquí els pateixen. Poden tenir insomni, doncs solen repassar el que els hi ha passat durant el dia. També poden tenir somnis que es repeteixen.

36. Wild oat: Per als que volen fer quelcom, però no saben quina direcció prendre, a pesar de tenir clar on han d'arribar.
37. Wild rose: Son persones que prenen la vida tal com ve. Conformistes. Es resignen i no creuen que puguin fer res per canviar.
38. Willow: Sentiment d'amargor, ressentiment. Sentiment de que la vida es injusta i els ha tractat malament. Es dona en situacions molt especials i que un nen no hauria de patir.
39. Remei de rescat: Situacions de shock agut. Es un compost format per Star of bethlehem, Rock rose, Cherry plum, Clematis i Impatiens.

COM S'UTILITZEN LES FLORS DE BACH

Les Flors de Bach s'administren tant via oral o per altres vies.

Via oral:

- La forma més comú d'utilització es a traves d'una formula que porta en un pot preferiblement estèril de 30ml 2/3 d'aigua, 1/3 d'alcohol de 40° (normalment conyac) o glicerina d'origen vegetal i 2 gota de cada essència inclosa a la formula, excepte en el cas del remei de rescat que s'utilitzen 4 gotes. Aquesta formula es sol administrar 4 cops al dia 4 gotes. Però també es pot prendre més cops si el pacient ho necessita.

- També es pot prendre el remei directament sense dissoldre si l'emoció a tractar es unica i en un moment puntual.

- En nens també es pot barrejar la formula al biberó, en un suc, en un got d'aigua o en el menjar.

- També es pot aplicar el remei sobre el mogro de la mare prèviament al amamentament.

Altres vies d'administració:

- Es pot administrar via aerea mitjançant un difusor d'essències, en el cas de purificar un ambient carregat per una emoció negativa general.

- Via tòpica:

- Es pot utilitzar en cremes: La preparació de la crema es fa barrejant 10ml de crema neutre (tipus crema base homeopàtica) i una gota de cada remei que volem utilitzar. És important per aconseguir més fàcilment que la crema sigui homogènia, utilitzar un recipient circular, un estri tipus escuradents per remenar. Cal tirar la gota just en el centre del bol on fem la barreja i remenar en el sentit de les agulles del rellotge.

- Es pot posar el remei directament en la pell en el cas de nens petits en zones on l'absorció és més alta. En general es considera eficaç la seva aplicació en els plecs del cos (canells, colzes, genolls...) o bé al voltant dels llavis o en el sinus temporal, fontanel·la o front.

- Es pot aplicar en l'aigua de la banyera on banyem a l'infant.

CLASSIFICACIÓ DE LES DIFERENTS FLORS DE BACH:

Podríem dividir les Flors de Bach en flors tipus i simptomàtiques:

A) Les flors tipus, són aquelles que defineixen l'emoció essencial de cada persona. El tret més característic, possiblement íntim i de vegades ocult de la personalitat tant en adults com en neonats.

Agrimony, Beech, Centaury, Cerato, Chicory, Clematis, Crab apple, Elm, Heather, Impatiens, Larch, Mimulus, Oak, Pine, Red chestnut, Rock water, Scleranthus, Verbain, Vine, Walnut, Water violet, Wild rose.

B) Les flors simptomàtiques, es refereixen a l'estat emocional, menys essencial que les flors tipus, però de gran importància perquè poden corregir els desequilibris en els estats emocionals.

Com ja hem esmentat totes les flors es corresponen amb un estat emocional. Així cal destacar que una flor de les que abans hem classificat com a flor tipus, pot ser a la vegada una flor simptomàtica. Per exemple un individu que té com a

flor tipus Agrimony pot tenir com a símptoma un estat Scleranthus que també es a la classificació de flor tipus.

Així doncs la totalitat de flors pertanyen a aquest segon grup.

Agrimony, Beech, Centaury, Cerato, Chicory, Clematis, Crab apple, Elm, Heather, Impatiens, Larch, Mimulus, Oak, Pine, Red chestnut, Rock water, Scleranthus, Verbain, Vine, Walnut, Water violet, Wild rose, Aspen, Cherry plum, Chestnut bud, Gentian, Gorse, Holly, Honeysuckle, Hornbeam, Mustard, Olive, Rock rose, Star of bethlehem, Sweet Chestnut, White chestnut, Wild oat, Willow, Remei de rescat

Una altre classificació la podríem establir en base als grups d'emocions:

- Els que tenen por: Mimulus, aspen, rock rose, cherry plum, red chestnut.
- Els que tenen incertesa: Cerato, scleranthus, gentian, gorse, hornbean i wild oat.
- Els que no tenen interès pel present: Clematis, honeysuckle, wildrose, olive, white chestnut, mustard i chestnut bud.
- Els que se senten sols: Water violet, impatiens.
- Els hipersensibles: Agrimony, centaury, walnut, holly.
- Els que se senten desesperats i abatuts: Larch, pine, elm, sweet chestnut, star of bethlehem, willow, oak i crab apple.
- Els que pateixen per els altres: Chicory, verbain, vine, beech, rock water.

IMPORTÀNCIA DE LES FLORS DE BACH EN PEDIATRIA:

La infància es l'època de la vida on hi ha més canvis, tant a nivell emocional com físic. Es una època d'aprenentatge i de descobriments. Per exemple diríem que es quan el neonat descobreix la sensació de dolor físic i com expressar-lo, com cridar l'atenció quan es sent brut o quan te gana. Aprèn la manera de sortir-se amb la seva quan juga amb altres nens o la sensació de por o terror entre altres.

Aquesta es la època per excel·lència de formació de la personalitat, on l'esser huma per petit que sigui apren a protegir-se i a posar-se cuirasses. Però es també

la millor època per corregir aquests patrons de comportament incorrectes i que a la llarga poden portar a altres desequilibris, més greus, tan a nivell físic com psíquic o emocional.

Com hem esmentat anteriorment, podem utilitzar les Flors de Bach quan un nen esta trist i no sabem la causa, en les pors o terrors nocturns, en les fases d'irritabilitat i en la resta de situacions emocionals.

Però també les podem utilitzar a traves dels patrons transpersonals per a suavitzar tant les crisis emocionals causades per patologies i també algunes simptomatologies físiques.

FORMA CORRECTE D'ADMINISTRACIÓ:

Ens bebès i nens petits, la paraula perd la rellevància que pot tenir per exemple en adults a l'hora de fer un anàlisi de la situació que hem de tractar, ja que sovint l'infant no sap parlar o no sap dir que es el que li esta succeint. Es a dir entra en joc el coneixement que el terapeuta tingui de les flors i l'experiencia en identificar els signes o reaccions que pot emetre el nostre petit pacient.

Per exemple la primera vegada que el nen sent dolor potser no plorarà perquè es un signe que encara no té identificat. Però segurament si que mostrarà signes de nerviosisme o inquietud, cara trista o de por. El mateix succeeix en el primer malson o també quan l'infant ja es més gran.

No hi ha una formula màgica de flors que solucioni un trastorn. Em de ser observadors, i determinar si el nen ho fa per cridar l'atenció, per por real, a quelcom conegut, per terror irracional, o per que pateix per als altres.

BIBLIOGRAFIA

Internet:

<http://www.mipagina.cantv.net/sramon/inicio.htm>

<http://perso.wanadoo.es/getn/terapias/floresbach.htm>

<http://www.mailxmail.com/curso/vida/floresbach>

<http://www.biocyber.com.mx>

<http://www.floresdebach.info/>

Llibres:

- LA CURACIÓN POR LAS FLORES, E. BACH, Ed. Edaf, 1980, España.
- LOS REMEDIOS FLORALES, E. BACH., Ed. Edaf, 1993, España.
- TODO LO QUE LAS FLORES DE BACH PUEDEN HACER POR USTED, CLAUDIA STERN, Ed. Tikal, España.
- FLORES QUE CURAN EL ALMA, MECHTHILD SCHEFFER, Ed. Urano, 1993, España.
- FLORES DE BACH, MANUAL PARA TERAPEUTAS AVANZADOS, RICARDO OROZCO, Ed. Indigo, 1996, España.
- LOS REMEDIOS FLORALES DEL DR. BACH PARA NIÑOS, JUDY HOWARD, Ed. Edaf, 1995, España.
- LA MEDICINA FLORAL DE EDWARD BACH, DRA. MA. LUISA PASTORINO, Ed. Urano, España.
- APUNTS DE MONOGRÀFIC EN FLORS DE BACH DE TOMAS DE HOYOS, curs 2002.

**PREVENCIÓN Y ACTITUD SOCIO-SANITARIA
FRENTE A LA INFANCIA Y LA FAMILIA**

*D. Ricardo Martínez Rodríguez.
Diputado Autonómico de las Cortes Valencianas*

Yo no soy profesional de la sanidad, ni de la docencia, ni tampoco soy sociólogo ni psicólogo con lo cual, pense en un momento en decir que consideraba que mi perfil no se ajustaba a lo que seguramente el grupo de profesionales hoy aquí reunidos esperan de alguien que les va a dirigir unas palabras.

Mi experiencia en el ámbito de la atención socio-sanitaria es simplemente la de una persona que durante ocho años de su vida, ha coordinado equipos interdisciplinarios de trabajadores/as sociales, educadores/as, psicólogos/as, médicos, personal de enfermería, policías, etc, en definitiva, todo lo que supone ser responsable de Bienestar Social de un municipio de más de treinta mil habitantes en una Comunidad como la nuestra, en la que durante los últimos 5 años, hemos visto pasar por ejemplo la tasa de población inmigrante de un 2% hasta un 13% en nuestros pueblos del litoral.

Como profesionales de lo sanitario, hay una cuestión que me gustaría compartir con ustedes, es la necesidad de cuidar a las personas que a su vez cuidan, es lo que yo he definido como “cuidar a los que cuidan” yo se que quizá su nivel de responsabilidad es limitado, pero en la medida de lo posible, háganlo.

Sólo puedo aportar aquí hoy mi experiencia pública como gestor de equipos humanos y recursos económicos, mi experiencia profesional, (ya va para 15 años) dentro de un sector líder en nuestra economía como es el cerámico, que como bien podéis imaginar poco tiene que ver con el tema que hoy nos ocupa, si no es porque mi trabajo consiste en generar sistemas y procesos de gestión para la calidad.

Hoy quisiera ser aquí, la voz de muchas familias, de niños, de padres angustiados por las dificultades de conducta de sus hijos, de docentes que lo pasan mal en sus aulas, de abuelas, que ante la dejadez de sus hijos e hijas, asumen el cuidado de sus nietos, bien por desamparo o bien porque sin el soporte de ellas, no podrían salir adelante.

Muchas personas, se preguntan para qué servimos los Diputados, me consta y lo entiendo. Entre otras cosas, servimos o al menos yo lo pretendo, para en momentos como este, ser voz de los que tienen pocos espacios para tener voz.

Es por esto, que os agradezco de corazón y con toda humildad, la oportunidad que me brindáis, al poder abordar cuestiones como la educación, la salud mental física y mental, la seguridad, el bienestar y el futuro de los que hoy son niños y niñas, que serán adultos mañana, y garantizaran la continuidad de nuestra sociedad. Paralelamente, también hablaremos de la familia, de los miembros más vulnerables de la misma y de la necesidad de establecer lazos de acercamiento y solidaridad.

También de algo que considero importante, que es la coordinación entre distintos profesionales, de distintos campos y ámbitos y de la implicación personal en cada caso de forma particular.

En primer lugar una cuestión que no hemos de perder de vista es que un niño feliz y querido será seguramente un adulto más sano, con un mayor nivel de autoestima personal, con respeto hacia su entorno y capaz a su vez de desplegar afectos hacia las personas que le rodeen, además de que será mucho más útil a la sociedad.

Por el contrario, un niño no querido, mal tratado, infeliz, que se desarrolla ya en un medio que le es hostil, tiene muchas papeletas para ser un adulto infeliz y con una merma importante en lo que después serán sus relaciones con el resto de personas de su entorno.

Esto, que es algo que parece tan sencillo y puntual, marca la vida de muchas personas. Un niño, no elige donde nacer y desarrollarse, (quizá les parecerá una simpleza lo que les digo, pero es algo que en ocasiones, cuando valoramos actitudes y aptitudes de las personas, olvidamos), simplemente nace y es acogido por su entorno.

Las situaciones más difíciles que como responsable público y político he tenido que lidiar (me permitirán el símil taurino) en el desempeño del servicio a los demás, ha sido resolver cuestiones relacionadas con la infancia.

Especialmente, cuando por parte de un@ profesional he recibido la información de una posible situación de desprotección o maltrato, en definitiva, algo que

dentro del seno de la familia menoscaba la dignidad del menor al punto de convertirle en la diana de las iras del entorno.

Y en ese momento, ¿qué hacer? ¿cómo proceder?. Lo primero es recabar información, y con esta información establecer un inmediato puente de comunicación con el Departamento de Servicios Sociales de referencia, sea del centro de salud, del centro hospitalario o del equipo social de base más próximo o de referencia más cercana, y con el que necesariamente nos habremos de coordinar.

Una de las ideas que quisiera poner sobre la mesa llegado este punto, es la necesidad que aquí hago pública para que animemos a todos nuestros responsables técnicos y si hay acceso políticos, a establecer protocolos de actuación y coordinación entre entidades que sirven a un mismo fin, en definitiva en el caso de la sanidad pública y los equipos de atención de servicios sociales, al ciudadano, y especialmente en vuestros casos a los niños/as. Sin coordinación y comunicación, estamos restando esfuerzos, y quizá, la fuerza que unos hagan en una dirección, ser vera mermada incluso con buena voluntad por la presión que los otros ejerzan en el sentido contrario.

No basta la buena voluntad entre profesionales, esto es importantísimo, pero esto, se ha de coordinar y plasmar de manera reglada. Y no olvidemos la escuela, que es el otro gran pilar donde se detectan situaciones de anomalía, enfermedad, dejación de un entorno hacia el menor, etc, etc,

Una vez comunicada a bienestar social la situación que podemos considerar anómala como profesionales, ellos serán responsables de adoptar las medidas oportunas para diseñar una intervención adecuada, la que se estime oportuna, y ustedes, seguro que pueden continuar sirviendo de apoyo pues, raras veces, una trabajadora social ve a un niño sin ropa por ejemplo, o quizá no detecte si esta desnutrido como lo pueden detectar ustedes, vera la vivienda, vera su ropa, vera a sus padres, pero seguro que hay cuestiones que como profesional, se le escapan. Su trabajo, puede ser una excelente red de retroalimentación para abordar un caso con éxito.

No olvidemos, que en algunas ocasiones el futuro de un niñ@ va a depender en parte y medida de una adecuada intervención socio-sanitaria-educativa y especialmente familiar.

En ocasiones las familias, precisan de orientación y asesoramiento, ya que estas dos cuestiones son de vital importancia para su desarrollo como padres y madres.

Un buen amigo, con un hijo único, éxito profesional, un buen nivel económico y reconocimiento social me decía, “si hubiese un manual para saber como comportarme con mi hijo”, y claro no hay manual, en una sociedad como la nuestra, donde todo esta perfectamente reglado, las relaciones con las personas que más queremos y que nos rodean, nuestros seres más queridos, no disponen de manual. A ustedes quizá les parezca absurdo lo que les digo, pero les aseguro que mucha gente quisiera un mapa para relacionarse con su entorno porque eso, “el mapa para todo” y la receta cual “bálsamo de Fierabrás” este año que es celebración quijotesca, es lo sencillo.

Así y todo, déjeme que defienda a la familia y abogue por ella en este foro. Es cierto, que hay familias que lastran a sus componentes, pero no es menos cierto que sin ese gran grupo de apoyo que es la familia, los individuos muchas veces nos sentiríamos totalmente perdidos. Hace unos años, entramos en la fase en que esperábamos que el Estado fuese el garante y sustitutivo para el individuo de lo que es una familia, (y no entro a opinar de la composición de figuras en una familia) una vez le preguntaron a alguien por una definición de familia y dijo “que es aquello que nos queda, cuando por la noche, cerramos la puerta de casa, y vamos a dormir” pero el Estado, no pudo y estoy seguro que no puede ser el sustituto de la familia como institución prestadora de servicios hacia los individuos y especialmente, un Estado como el nuestro, donde todavía nuestro sistema de bienestar social es débil.

Antes, les hable de las abuelas!!!! Cuantas abuelas llevan a los niños y niñas a sus consultas a diario!!!! Por cuantas abuelas esos niños y niñas ciudadanos y ciudadanas del futuro se levantan, desayunan y van al colegio a su hora!!!! A cuantos de esos niños y niñas, no espera nadie más que sus abuelos al volver tarde de clase a casa?

Cuantas veces tienen que pautar la medicación y volverla a pautar porque las abuelas son ya mayores para atender a sus niet@s pero en ocasiones son verdaderos sustitutos de los padres y madres biológicos de sus nietos!!!

Seguro que también piensan que es una obviedad, pero es que en esto de lo social lo importante esta ya inventado, y sin embargo, en ocasiones nos perdemos en divagaciones, por no afrontar lo real, otro símil taurino “el toro por los cuernos!!!”.

Como profesionales de la sanidad , hay una cuestión que me gustaría compartir con ustedes, es la necesidad de cuidar a las personas que a su vez cuidan, es lo que yo he definido como “ cuidar a los que cuidan” yo se que quizá su nivel de responsabilidad es limitado, pero en la medida de lo posible, háganlo, les animo a humanizar una tarea que me consta que en ocasiones es compleja, por la cantidad de deficiencias que todavía tiene nuestro sistema a pesar de los avances experimentados en los últimos 15 años. La humanización del sistema sanitario, sigue siendo un reto importante. He de confesarles que como usuario, cuando he tenido que transitar por un hospital, me he sentido a la par bien tratado y perdido, perdido en sus pasillos, en esas salas de espera que en ocasiones son frías, en la falta de noticias al trasladar a un familiar enfermo a urgencias, saben como yo, que en ocasiones un gesto, una sonrisa, un pequeño gesto de contacto físico, da más animo que ninguna otra cosa.

Personalmente, siempre he defendido que el mejor espacio para un niño es su entorno familiar, si bien, nos encontramos con situaciones en las que desafortunadamente, este entorno no es el mejor espacio para el menor, y entonces, tenemos dos opciones claras, una actuar de manera favorable sobre el entorno del menor y ver las posibilidades de mejora y la evolución, y dos, separar al menor de su entorno más próximo y o bien, que sea una familia acogedora quien asuma su cuidado o bien una institución. He de decirles, que aunque no lo parezca, el sistema de solidaridad, todavía funciona, y que son bastantes las familias que asumen el cuidado de un niño/a ajeno a su núcleo familiar, intentando normalizar su relación con el menor y con el entorno.

He de decir para hacer justicia, y porque se ha generado una prensa no adecuada al respecto, que cada vez son más los centros de atención al menor y a la infancia que funcionan y además muy bien en nuestras Comunidades, y digo nuestras Comunidades porque son competencias transferidas en casi toda España.

Hay una cuestión que no quisiera dejar pasar y que como político me preocupa y por lo que también estoy trabajando en esta etapa de responsabilidad pública.

Son los medios de comunicación. Como abordan las situaciones relacionadas con los menores, como les sacan partido económico a las mismas, y como desafortunadamente, en ocasiones acaban siendo objeto de lo sensacional y lo superfluo!!! Esto es algo que no nos podemos permitir, y no podemos permitir. Esta circunstancia unido al tema de los contenidos televisivos que en una sociedad, donde el menos pasa horas frente al televisor, es preocupante. Da pena ver a niños a los que desde pequeños, se les “engancha” a la televisión, como quien “aparca un coche”. En muchas intervenciones con menores, la prensa ha tenido la desfachatez de llamar al servicio, pidiendo declaraciones, datos, cifras, jamás nunca he permitido que ni un solo dato de una intervención con un menor o con su entorno sea objeto del mercantilismo al que nos tienen sometidos los medios de comunicación, y les invito a que en esto, sean totalmente inflexibles.

A mi juicio, hemos de ver la atención socio sanitaria como un modelo de atención integral, cuyo fin sea garantizar la prestación de un servicio de calidad hacia personas y grupos de riesgo, que son o pueden ser más vulnerables.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define la atención socio sanitaria como “la que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que pueden beneficiarse de la atención simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y facilitar su inserción y reinserción social.

La creación como les dije al principio, de equipos multidisciplinares y la adecuada coordinación de los mismos, es vital para el avance de los casos, y se requiere de profesionales que intervengan desde el campo sanitario y el social.

Para esto se precisa:

- Aunar metodologías de trabajo
- Unificar documentos de registro y valoración
- Como les dije al comienzo, establecer canales protocolarizados de coordinación

- Tener sistemas de registro que simplifiquen la tarea, y especialmente entre profesionales, hablar un lenguaje común.

La coordinación socio-sanitaria ha de tener como principal objetivo la mejora de la calidad de vida del menor y si fuese posible, también el trabajo para que mejore su entorno, pero especialmente por proteger al más débil, y en este caso, el más débil sin duda es el niño/a.

Para esto, habremos de:

- Consensuar una definición compartida por los profesionales de los distintos ámbitos, sanidad, servicios sociales, educación, etc
- Posibilitar la adopción de un lenguaje común al abordar la intervención.
- Determinar los indicadores y factores que se encuentran asociados a las situaciones de riesgo, para poder detectarlas precozmente e incluso prevenirlas.
- Protocolizar el procedimiento de notificación de malos tratos, delimitar competencias.
- Dejar perfectamente definido quien hace cada cosa y quien es con nombres y apellidos, responsable de cada parte de la intervención.
- Pautar la evolución de cada caso.

Imagino que ustedes como profesionales se verán en muchas ocasiones con escasos recursos, con un número importante de pacientes a los que atender, y con poco tiempo para dedicarles, me consta, yo soy usuario del sistema público de sanidad, aunque afortunadamente poco porque gozo de buena salud, pero así y todo, les animo a realizar su trabajo con dedicación y alegría, piensen ustedes que no existe el trabajo ideal, y tampoco el entorno ideal de trabajo, que la mayoría de profesionales desarrollan su cometido bajo presión del entorno, y que al final, siempre se exigen resultados.

No olviden nunca que trabajan con lo más sensible, y al tiempo con lo más importante, trabajan ustedes ni más ni menos con el futuro.

Para finalizar dos cuestiones breves, la primera reafirmar la necesidad de la humanización de la Sanidad. Y para esto, permítanme que les cuente una anécdota de algo que viví cuando era niño.

Recuerdo en una ocasión cuando yo tenía 7 años, que mi madre, mi hermana y yo, fuimos a visitar al médico para mi única hermana que entonces tenía apenas dos años.

Mi madre notaba que aunque su evolución física era normal, no evolucionaba en su conducta, no hablaba, no caminaba bien, se expresaba poco, en definitiva, observaba que no era normal en su desarrollo.

Yo claro, por aquel entonces no me enteraba de nada de esto, era un niño verdaderamente feliz!!!

El caso es que si recuerdo que de allí, de aquella consulta, mi madre salió llorando, y recuerdo que su llanto era desconsolado, esa imagen si la tengo en la memoria. Pasado el tiempo, con los años un día le pregunte a mi madre ¿mamá porque llorabas tanto aquel día? Ella me contesto que aquel día, el médico de mi hermana, le había dicho que su hija era deficiente, y que jamas podría llevar una vida normal, que precisaría tutela toda la vida, y que eso era algo que sólo con mucho esfuerzo y no en todos los casos se supera.

De esto, hace ya 28 años, es cierto que era otra época, pero creo que para mi madre fue más terrible la forma en que fue informada de la enfermedad de su hija, que la propia enfermedad en si. Hoy, mi hermana es una personal normal en un altísimo porcentaje de variables.

Gracias entre otros al esfuerzo de los profesionales de la sanidad hace una vida normal, va a un centro de formación continua para adultos, camina con normalidad, se desenvuelve con normalidad en el barrio, ha conseguido aprender a leer y escribir, se expresa con casi total normalidad, y es para mi un soporte imprescindible en mi quehacer cotidiano. Lo que pudo ser una verdadera pesadilla, con esfuerzo y empeño se ha convertido en una situación de casi total normalidad.

Recordemos que no son tan importantes las cosas que decimos, sino en ocasiones como las decimos.

Ya para concluir, agradecerles la atención tenida conmigo al invitarme y al soportarme durante estos 15 minutos, y por si nadie lo hace, agradecerles también enormemente su trabajo, su empeño permanente por el cuidado de nuestros niños/as por la influencia positiva en el entorno de los menores, y por algo por lo que no les pagan pero que no tiene precio, algo tan importante como la cotidianeidad de una sonrisa.

**MALOS TRATOS EN EL AMBITO FAMILIAR.
REPERCUSIONES LEGALES E IMPORTANCIA DE LOS
PRIMEROS PARTES DE ASISTENCIA.**

*Dña. M^a Dolores Para
Secretario Judicial.
Juzgado de lo Penal nº 2. Cartagena*

Los Juzgados Penales reciben los procedimientos judiciales ya concluidos para su enjuiciamiento, por ello las pruebas vienen dadas por las diligencias efectuadas en los Juzgados de Instrucción, que es a donde son remitidos los partes de lesiones elaborados por el personal sanitario. Esto quiere decir, que, el Juzgado de lo Penal, que emite las sentencias no participa en la búsqueda de las pruebas de los presuntos hechos delictivos, pero sí se encargan de valorar las que se han recibido y que son determinantes para la absolución o condena de los acusados.

INTRODUCCIÓN SOBRE LOS MALOS TRATOS

Los malos tratos a la infancia son tan antiguos como la Humanidad misma y, aunque en la actualidad tienen una gran repercusión social, no es hasta el siglo XIX cuando empiezan a surgir movimientos que abogan por el cambio del concepto jurídico romano que se tiene de los hijos. Estos se consideraban como una propiedad de los padres y sobre los que se pueden ejercer una autoridad absoluta y exclusiva. En Derecho Romano se admitía el infanticidio y en el mismo Génesis se habla ya del sacrificio del hijo de Isaías para agradar a Dios.

Como consecuencia de los movimientos humanitarios mencionados se produce un avance en la legislación destinada a proteger al niño, pero es en estas últimas décadas cuando los cambios legislativos han sido más acusados. Espoloneados por la conciencia social, el sector político ha tenido que potenciar proyectos de leyes progresistas que pongan la base para erradicación de esta lacra social.

Las imágenes con las que diariamente nos saturan los medios de comunicación hacen que se despierten las conciencias de una sociedad acostumbrada a la violencia, ante la visión de sucesos en los que las víctimas son mujeres o niños, cuando no ambos a la vez..

Pero la violencia contra el menor tiene unas características que las hace aun si cabe más execrable. El menor se encuentra en una situación de indefensión absoluta, con una dependencia física y afectiva del agresor y muchas veces con un sentimiento de culpabilidad que le hace creer que es responsable con sus actos de su propio castigo.

Por todo ello este tipo de maltrato requiere el compromiso personal de cada uno, porque de nada sirve las reformas legislativas ni los medios presupuestarios de los que se dote, si no hay una conciencia social de apoyo al menor, y la sociedad está compuesta por la suma de individuos, que deben implicarse a título particular en esta lucha.

EL CONCEPTO DEL MALTRATO INFANTIL

Se considera maltrato infantil toda acción u omisión que interfiera en el desarrollo integral del niño, que lesiona sus derechos como persona y que es infringida generalmente por personas del entorno familiar. El maltrato puede ser de varias clases, que se subsumen todas ellas en este concepto: violencia física, psíquica, abuso sexual, agresión sexual.... y que producen consecuencias diferentes en el menor: lesiones, alteraciones en la personalidad, en el sueño, en el desarrollo, o fracaso escolar entre otros.

El hecho determinante del maltrato infantil es la edad de la víctima, que es menor de dieciocho años, pero también la persona o personas agresoras, pues estas se encuentran en el entorno familiar más próximo al niño. Recientemente el Consejo General del Poder Judicial ha emitido la memoria informativa sobre la violencia doméstica en el ámbito de los menores del año 2003 en España, pasando a exponer algunos gráficos significativos sobre el tipo de agresión, edad, y tipo de parentesco entre el agresor y el agredido.

A.- Persona que formula la denuncia.

Se observa en el gráfico el escaso número de denuncias que se presentan directa-



mente por el menor (un 13%) siendo el progenitor no agresor que generalmente es la madre, la que interpone el mayor número de denuncias (un 50% de ellas).

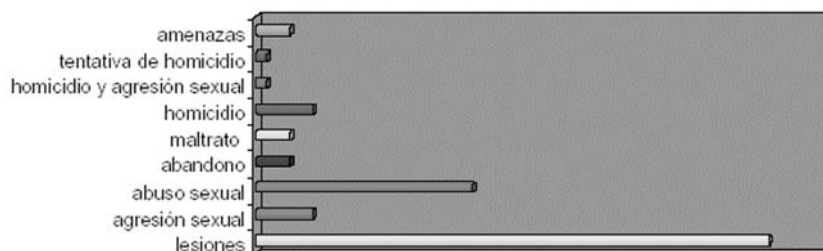
B.- Forma de inicio de los procedimientos.

La denuncia se inicia principalmente por el atestado practicado por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (50%), le sigue en importancia la denuncia que se practica directamente ante el Órgano Judicial y solo en tercer lugar aparece el parte de lesiones. Dado que son numerosos los malos tratos que no se denuncian y que pasan como accidentes por los centros hospitalarios, sería muy útil la potenciación de los partes de lesiones como una vía para tener conocimiento de estos hechos.



C.- Tipos de malos tratos.

Se observa en este gráfico las diferentes formas de maltrato infantil y la incidencia, por frecuencia de cada uno de ellos, destacando en primer lugar como forma más habitual de violencia doméstica las lesiones, y en segundo lugar el abuso sexual.



D.-Edad de la víctima.

Con relación a la edad de la víctima la franja que va desde los 11 a 18 años es la que sufre un mayor número de agresiones sexuales, suponiendo del total del maltrato infantil un 60%. También esta franja es la que sufre un mayor número de lesiones (un 62%). Sin embargo los abusos sexuales son sufridos mayoritariamente por los niños menores de 11 años (un 63%), y del total de los hechos enjuiciados en el año 2003, la víctima de abusos sexuales es menor de 5 años en un 31'6 %

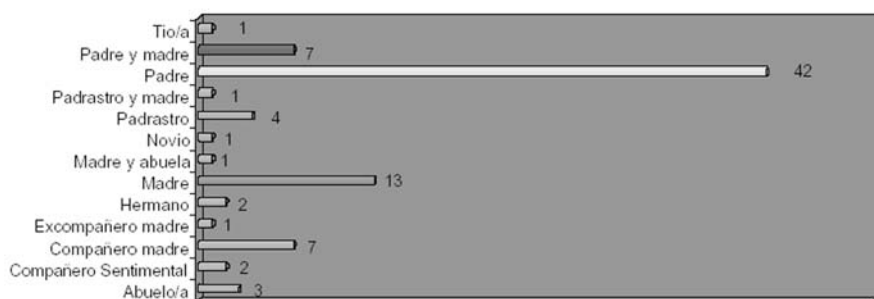


TIPO	0-12 MESES	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-18 AÑOS
Lesiones	2 (4,4%)	7 (13,3%)	9(20%)	27 (62%)
Agresión sexual			2 (40%)	3 (60%)
Abuso sexual		6 (31,6%)	6 (31,6 %)	7 (36,8%)
Abandono	1 (33,3%)	2 (66,6%)		
Maltrato		2 (66,6 %)		1 (33,3%)
Homicidio	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)
Homicidio y agresión sexual		1		
Tentativa de homicidio	2			
Amenazas				3
TOTAL	7	19	18	42

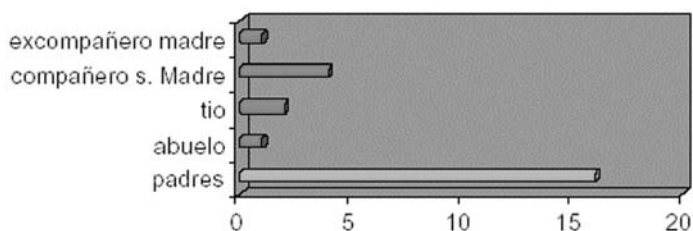
E.- Relación de parentesco entre agresor y agredido.

Destaca significativamente el padre como agresor del menor, ya que este lo es en el 42% de los casos juzgados por lesiones en el año 2003. Siendo un dato grave, es si cabe más penoso observar que en el 63% de los casos de abuso sexual y en el 80% de las agresiones sexuales el agresor es el padre del menor.

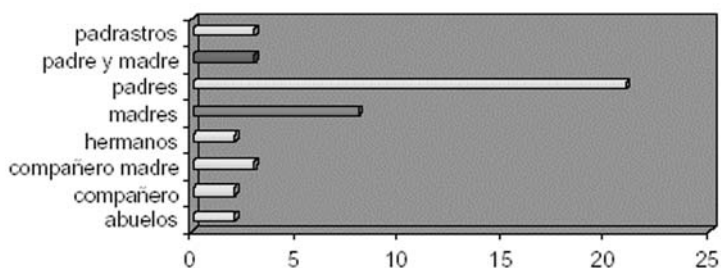
Parentesco del agresor con la víctima



PARENTESCO EN DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL



PARENTESCO EN LESIONES



Todo lo expuesto anteriormente no hace sino corroborar que en el entorno en el que se producen los hechos y por las personas que lo cometen, dificulta enormemente la afloración a la luz pública de los malos tratos infantiles, y todavía más, la prueba de los mismos.

DETECCIÓN DE MALTRATOS

Como venimos repitiendo la violencia infantil tiene la dificultad añadida de producirse en el entorno familiar, y aunque con frecuencia este es un entorno agresivo donde el niño no es la única víctima, tiene este maltrato una serie de diferencias con la violencia ejercida sobre las mujeres. Reseñamos a continuación algunas de estas diferencias:

1.- El maltrato infantil no suele tener repercusión fuera de su entorno. Es muy probable que cuando se llegan a descubrir los hechos, el menor ha sufrido en otras ocasiones malos tratos. Este maltrato se suele encubrir, justificar e incluso ser ignorado por el resto del entorno familiar, sobre todo en el caso de agresión sexual.

2.- La denuncia de la violencia llamada doméstica, es muy poco frecuente. Cuando se trata de agresiones físicas no es el niño el único que las ha sufrido, y por eso el menor percibe como algo normal en su entorno familiar los insultos, los golpes o las vejaciones. La denuncia suele venir por la comunicación de terceras personas ajenas al entorno familiar de las víctimas. La participación a las autoridades judiciales, o a los servicios sociales, por las personas que trabajan en el sector docente o sanitario es fundamental en estos casos tanto para la persecución de los hechos como para la detección precoz.

3.- En el 33% de los casos en los que las mujeres son las agredidas se descubre, con una investigación posterior, que también se encuentran implicados como víctimas los hijos.

4.- Existe una relación entre el niño maltratado y el futuro maltratador. Se trata de un círculo vicioso que se debe romper, círculo que no existe cuando la víctima de la violencia es la mujer, pues esta no suele desarrollar conductas agresivas con respecto a otras parejas, sino, en todo caso de temor y subordinación.

5.- El niño maltratado debe superar el miedo que le impide contar lo que le está sucediendo; el temor a que no lo crean y, cuando el maltrato es de índole sexual, el sentimiento de vergüenza y de culpa que le invade, al creerse responsable de la incitación a su agresor.

Por todo lo anteriormente expuesto se llega a la conclusión de que aunque las reformas legislativas sean importantes y contundentes, existe una gran dificultad de sacar del entorno familiar estos hechos. Es habitual en todos los Protocolos de Actuación Sanitaria, en los Simposiums de Pediatría y en los diversos estudios llevados a cabo por los Colegios Profesionales de Psicólogos (por ejemplo el de Murcia) la incidencia que se hace en la necesidad de que todo el sector sanitario se conciencie de esta lacra social. Es significativo que la mayor causa de la mortalidad infantil entre los menores de un año sean las de las lesiones intencionadas. Por desgracia el niño que sale en los medios de comunicación como víctima de un asesinato o de unas graves lesiones físicas, ha sufrido antes de llegar allí un largo camino de vejaciones y golpes en su desafortunada vida.

Para evitar esto es necesario que el sistema se encamine antes a la prevención que a la sanción de los hechos ya cometidos. En cualquier caso es parte fundamental y prueba documental el parte de lesiones, para corroborar y probar las lesiones del menor. La declaración de este en el juzgado se produce en una situación estresante y presionado por las circunstancias posteriores a ese primer parte inicial. Por eso aquel supone una prueba objetiva con una inmediación en el tiempo con la víctima, conteniendo toda una información que no ha pasado por filtro alguno, ni ha sido manipulada por los trámites posteriores, y por la carga emocional que conllevan.

La importancia de las aportaciones que se pueden realizar para luchar contra la violencia familiar desde otros sectores distintos al judicial, se encuentran recogidos en la Ley de Protección Integral de la Violencia de Género donde en su artículo 3 se dispone la creación de un plan nacional, con dotación presupuestaria específica, a fin de sensibilizar a la sociedad de este problema. El desarrollo de dicho plan se llevara a cabo en tres ámbitos fundamentales:

- En el ámbito educativo: artículo 4 a 9.
- En el ámbito de la publicidad y de los medios de comunicación: artículo 10 al 14.
- En el ámbito sanitario: artículos 15 y 16

Artículo 15. Sensibilización y formación.

1. Las administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.

3. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones socio sanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.

4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una comisión contra la violencia de género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las comunidades Autónomas con competencia en la materia.

La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial.....”

Y para terminar esta breve reseña legal apuntar que el artículo 450 del Código Penal recoge como delito: el que pudiendo hacerlo no impidiera la comisión de un delito, o el que tuviera conocimiento de un hecho delictivo no lo comunicara a la autoridad. El artículo 408 establece un tipo específico cuando el que realizase los hechos anteriormente descritos fuese un funcionario público.

IMPORTANCIA DEL PARTE DE LESIONES

Con la emisión del parte de lesiones y la remisión a la autoridad judicial, se pone en marcha la maquinaria judicial para perseguir estos hechos. La actuación pertinente dependerá en gran medida de la valoración realizada por el facultativo que atendió a la víctima en el hospital o en el centro de salud, y de cómo se documente este primer contacto con los hechos, con el menor y con la persona que le acompaña.

El papel de los profesionales sanitarios ha avanzado mucho en los últimos tiempos, haciéndose cada vez más complejo, al tiempo que evoluciona la sociedad y se vuelve esta más exigente y conflictiva. Se entremezcla a la hora de actuar, los recursos puramente médicos como las técnicas quirúrgicas y los medicamentos con otros de índole psicosocial como la empatía con el paciente o las nociones de psicología, haciendo que el técnico sanitario adopte a veces el papel del confesor de antaño. La enfermería tradicionalmente ha tenido un contacto diario con los pacientes no solo en situaciones puntuales de enfermedad o de accidente, si no en otras actividades como programas de vacunación, seguimientos de los enfermos crónicos, programas de revisiones del crecimiento infantil, o charlas educativas o sanitarias en el ámbito escolar.

Actualmente un gran número de patologías sufridas por los menores son debidas a las agresiones físicas ocasionadas en el ámbito familiar. A los centros de atención primaria de salud son un servicio próximo al usuario y en el que por su cotidianeidad se confía más que en otros servicios sanitarios. El conocimiento de los factores indicadores de riesgos es una de las claves principales para una correcta actuación del profesional, que tiene un contacto directo con la realidad social del paciente.

Dado que nos encontramos en un congreso de enfermería pediátrica, y del alto grado de cualificación que tiene este sector, no se incidirá en los tipos y sín-

tomas de las lesiones del maltrato infantil, resaltando únicamente como debe actuarse ante la sospecha de unos malos tratos, de la actitud que se deba adoptar y del contenido del parte de lesiones que, en su caso, se emita.

En la sociedad actual se da una especial contradicción entre la repulsión existente ante la explotación y el maltrato infantil y el compromiso personal que se adopta por cada individuo. En el ámbito judicial es muy frecuente encontrarse con personas que han presenciado un hecho delictivo, teniendo en un primer momento una aptitud colaboradora y de rechazo ante los hechos presenciados. Sin embargo posteriormente hay una gran dificultad para que testifiquen sobre estos hechos, bien por temor, bien por la incomodidad que ello supone o incluso por la apatía en la que se puede caer al pensar que su declaración no va a servir para nada.

Es evidente que este no es el supuesto de un sector tan profesional como el sanitario, pero puede ocurrir que se minusvalore la importancia de este primer parte de lesiones, o que a veces ante la duda se considera más prudente no emitirlo. Esto es un grave error, pues es en ese momento, cuando el menor va a estar más comunicativo ante la persona que le está ayudando, o al menos no va a estar presionado por desconocidos que le pregunten sobre unos hechos para él vergonzantes, observando con desconfianza a estas personas, tanto en las declaraciones judiciales como en las que se hacen ante el Médico Forense. En caso de duda debe intentarse hablar con el niño a solas, donde no se sienta observado por el progenitor que puede ser el culpable de las lesiones o de los abusos. Es muy frecuente que el agresor acompañe a la víctima a recibir la asistencia sanitaria para así poder controlar la versión de los hechos que se puedan dar. Debe intentar establecerse una empatía con el menor manifestando una dedicación inmediata y absoluta al mismo, dándole credibilidad al relato hecho por este, ya que, está demostrado, que el menor no suele fabular o mentir sobre este tipo de situaciones. En las recomendaciones a la hora de actuar en estos supuestos, recoge textualmente el Protocolo de Facilitación de la Detección de los Malos Tratos a Mujeres y Menores, del Servicio Canario de Salud, en su página 30:

“... La pasividad y falta de implicación de los profesionales conforma también determinada clase del maltrato. Todas las situaciones de riesgo tienen un nivel prioritario de urgencia y de compromiso responsable ético y legal del personal

sanitario que le obliga a intervenir, no demorando su actuación o eludiendo el problema por pensar que son asuntos privados, por falta de tiempo, por miedo a futuras represalias del agresor, creencia irreal de cambio, predisposición negativa contra determinados grupos sociales, etc. Su incumplimiento puede derivar en una doble exigencia de responsabilidad; penal y administrativo-disciplinaria. ...”

RECOMENDACIONES EN LA ELABORACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

Las actuaciones practicadas y la documentación generada se ajustaran a los principios generales de secreto profesional y de confidencialidad. Se aconseja con el consentimiento del progenitor o en su caso del legal representante, fotografiar las lesiones sufridas. Ha de tenerse en cuenta que a veces una “llamada de atención” o una información a los padres sobre la consecuencia de una determinada actitud puede reconducir, una situación deteriorada. A veces las lesiones producidas derivan de unos castigos que en principio no eran tan dañinos, pero como consecuencia de la repetición continuada de los mismos o de su intensificación llegan a constituir un verdadero maltrato.

El maltrato psicológico o el abuso sexual es más difícil de detectar, pues sus manifestaciones y evidencias no son tan rotundas como en los casos de lesiones físicas o agresiones sexuales, por ello se deberá poner especial atención en otros indicadores que permitan descubrir este tipo de maltrato.

Si los padres del menor no cooperasen, se negaran a la realización de pruebas complementarias, o solicitasen el alta voluntaria se requerirá la intervención judicial para que se tutele al menor y la continuidad de la atención medica.

Los enfermeros/as no tienen asumidas la competencia de rellenar el parte de lesiones personalmente, pro si la colaboración y comunicación con el facultativo, así como la información a la víctima. Cuando por la evidencia física o por las sospechas que se tengan a través de la comunicación directa se conocieran algunos de estos hechos, deberán comunicarlo al facultativo, exponiendo los hechos, conversaciones o aptitudes que se han presenciado directamente o que se le han relatado. La existencia habitual de hematomas de distintas datas, o bien en sitios difícilmente alcanzables por caídas fortuitas, el desaliño continuado, el temor

desmesurado del menor ante los desconocidos, y la asistencia con frecuencia a urgencias por golpes o caídas accidentales son elementos a valorar por el sanitario.

La herramienta clave para la denuncia de todo lo anteriormente expuesto es el parte de lesiones, que se complementara con una hoja de notificación, para el Juzgado, para a los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma, y en su caso, del Ayuntamiento de la ciudad donde se detecten los malos tratos.

En el parte se deberá relatar todos los datos que el menor pueda contar de forma espontánea. El papel del personal sanitario no es comprobar si los hechos son ciertos, sino comunicarlos a las instituciones pertinentes, quienes son las encargadas de investigarlo. No obstante, en dicho parte se recogerá en el apartado correspondiente si parece congruente o no a criterio médico el relato realizado por el niño o por la persona que le acompañe, con el resultado de la exploración practicada. Es muy frecuente que el menor intente si se encuentra presente el progenitor que le ha ocasionado el maltrato, que negar los hechos u ocultar la verdadera causa de las lesiones por miedo a posteriores represalias. Cuando se detecte en el Centro de Salud datos que pudieran inducir sospechas sobre un posible maltrato y que requieran pruebas medicas complementarias, se aconseja que en el traslado al centro hospitalario, no se haga mención a “los malos tratos” para evitar conflictos entre el personal sanitario y los familiares del niño.

Por último y si el Juzgado necesitase información complementaria que supusiese un desplazamiento al Órgano Judicial del personal sanitario que emitió el parte de lesiones o del que atendió a la victima, es reseñable que, aunque suponga una molestia, tiene un gran valor a efectos probatorios la declaración que por los mismos se realice y consecuentemente de gran valor para la erradicación de este tipo de violencia.

EXPOSICIÓN DE CASOS REALES

Procederemos a continuación a exponer dos supuestos reales de violencia física a menores y uno de abuso sexual, si bien los nombres, datos y lugares se encuentran modificados para la protección del derecho de intimidad de las victimas.

1º Caso

Varón de 10 años, maltratado habitualmente por su padre y por la compañera sentimental de este. Al parecer los malos tratos vienen produciéndose con habitualidad desde hace tres años. Las lesiones producto de la última paliza son descubiertas por una profesora del centro donde estudia que lo traslada a los servicios sanitarios para que reconozca al niño y emita el parte de lesiones correspondiente. Así mismo avisa a los Servicios Sociales. Con la actuación de esta profesora se pone en marcha la maquinaria judicial, rompiendo una andadura de vejaciones, golpes y malos tratos hacia el menor. El padre ha sido condenado a tres años y seis meses de prisión con pérdida de la patria potestad por el mismo periodo de tiempo.

2º Caso

Varón de 8 años de edad, entregado desde el momento de su nacimiento a la hermana de su madre por voluntad de esta, al no encontrarse capacitada para su cuidado. Lo reclama a los seis años y se le devuelve el niño a través de la vía judicial por oponerse los tíos, hasta el momento padres de acogida. Estos lo recogen puntualmente algún fin de semana y ante los hematomas que le observan y el relato de las agresiones que le refiere el menor lo llevan al Centro de Salud correspondiente donde le emiten un escueto parte. No conforme con ello lo trasladan al área de urgencias del Hospital mas cercano, donde un facultativo sensibilizado emite un amplio parte de lesiones que se remite al Juzgado. Actualmente el menor se encuentra de nuevo con sus padres de acogida y la madre biológica y el padrastro se encuentran condenados a 8 meses de prisión y a la pérdida de la patria potestad por el mismo periodo de tiempo.

3º Caso

Mujer de 14 años que comienza a tener trastornos en su comportamiento, con síntomas inespecíficos como ansiedad, trastorno del sueño o fracaso escolar. Es observado en consulta externa por su medico de cabecera sin apreciársele el origen de su comportamiento. Pasado el tiempo se descubre por unas cartas que la menor sufre abusos sexuales por parte de su padrastro desde hace un largo perio-

do de tiempo. La sentencia condena al mismo a una pena de 6 meses multa. (Sentencia de conformidad)

Para finalizar la anterior exposición y si, con la lectura de estas páginas, se ha conseguido que una sola persona se concencie de la importancia que la labor personal que cada uno tiene en la erradicación de los malos tratos infantiles, esta ponencia habrá sido un éxito..... muchas gracias.

LEGISLACIÓN APLICABLE EN EL SUPUESTO DE MALOS TRATOS

- Código Penal De 1995
- Ley Orgánica 1/1996, De 15 De Enero, De Protección Jurídica Del Menor, De Modificación Parcial Del Código Civil Y De La Ley De Enjuiciamiento Civil
- Ley Orgánica 1/23004 De 28 De Diciembre De Medidas De Protección Integral Contra La Violencia De Genero
- Protocolo Sanitario Entre Los Malos Tratos Domésticos. Ministerio de Sanidad Año 1995.
- Protocolos Sanitarios de Actuación en los supuestos de Malos Tratos de las diferentes Comunidades Autónomas.

MESA REDONDA

EL NIÑO, LA FAMILIA Y EL HOSPITAL

DOLOR Y SUEÑO EN EL RECIÉN NACIDO

*Maria Dolores Bernabeu Morrades
Supervisora de la Unidad de Cuidados Intermedios
Servicio Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

INTRODUCCIÓN

El recién nacido ingresado en las unidades neonatales durante el último trimestre de la gestación y hasta su nacimiento pasa la mayoría del tiempo durmiendo, cerca del 85-90 % de su tiempo, en un estado de sueño parecido al REM, mueve los ojos y para algunos investigadores parece que están soñando. Está en un ambiente intrauterino (levemente iluminado, caliente) en el que ha recibido una amplia variedad de estímulos (latido cardíaco materno, ruidos atenuados del ambiente exterior y cíclico rítmico como el sueño materno, así como un entorno líquido que le protege de los estímulos dolorosos).

Si este niño nace antes del término, en condiciones ideales. La prematuridad y bajo peso no afectan a la organización del sueño si el niño está clínica y neurológicamente normal. En recién nacidos prematuros de 24 semanas de gestación se pueden identificar ciclos de estados despierto/dormido, mediante electroencefalograma, Las características del sueño, quieto NO REM (SQ) y activo REM (SA), son similares a las encontradas en el niño mayor, no obstante existe una proporción importante de un estado, sueño indeterminado (SI), que comporta simultáneamente las características del sueño quieto y activo.

A partir de la semana 27 pueden encontrarse periodos estables superiores a cinco minutos de SA y SQ, con una proporción importante, 30 % de media, de SI. A partir de la semana 35 el SI disminuye de forma significativa y ocupa un 10 % del total del tiempo de sueño, con un SA más presente y durable que el SQ. La alternancia entre SA y SQ se efectúa de forma cíclica, como en el niño mayor, pero estos ciclos son de menor duración, 45 minutos de media hasta la semana 35 y 60-70 minutos en semanas posteriores.

En el primer mes de vida el recién nacido a término presenta un 40 % del tiempo en SA, un 20 % en SQ, 14% somnoliento y un 13 % muy alerta, el resto

despierto. En el niño prematuro el SA ocupa un 60-70% del día y se incrementa cuando está enfermo, así como el estado de despierto.

Pero el niño ingresado en una Unidad Neonatal se encuentra en una situación diferente con un entorno de luces brillantes, ruidos altos y repentinos y experiencias dolorosas, agresiones que van a influir en la conducta emergente del niño en un momento en que es más vulnerable, sobre todo en los prematuros enfermos. Estos patrones inadecuados de entrada sensorial pueden llevar a distorsión de las funciones del niño pretermino y alterar la organización de sus estados de sueño.

La privación en el sueño es un problema común a los niños prematuros ingresados en CIN por la ausencia de ciclos de luz/oscuridad, que interfiere en el desarrollo de los ritmos biológicos normales. La contaminación ambiental (luz, ruidos) causa cambios en los estados de sueño/desperto en el niño.

En el sueño normal el niño presenta ciclos entre 50-90 minutos, pasa de despierto a SA (movimientos ojos y cuerpo) y 30 minutos después a SQ. Pero los recién nacidos ingresados en Cuidados Intensivos Neonatales sufren cerca de cinco intervenciones por hora, de las cuales al menos una de ellas es dolorosa. Si lo observamos durante un periodo de 1 hora podríamos encontrar 7 cambios de estados de sueño, de los que solo 1 es espontáneo, el resto está relacionado con procedimientos y estímulos ambientales. Durante estas intervenciones el niño cae frecuentemente en SA, reduciéndose la cantidad de SQ, aumentando el tiempo de despierto y llanto y la consecuente alteración en el ritmo del sueño. Estos estados tienen importancia en el niño con patología grave, ya que se ha demostrado que la oxigenación es más variable durante el SA que durante el SQ, de este modo la prolongación del SA puede resultar en hipoxemia intermitente y que su sincronía con el respirador es menor en SA.

Analizaremos algunos de los estímulos más importantes que pueden influenciar el sueño en el recién nacido ingresado, ambientales (ruido y luz) y dolorosos, como consecuencia de su manejo.

RUIDO

Se han establecido recomendaciones de los niveles acústicos para las unidades neonatales, 45 dB durante el día y 35 dB por la noche, no obstante en un ambiente hospitalario es normal que existan niveles entre 50 y 70 dBA, según las zonas, lo que interfiere con el desarrollo normal del sueño en el recién nacido aumentando el sueño activo e indeterminado en relación al sueño quieto.

En nuestro Servicio efectuamos un estudio de los niveles de ruido, encontrando valores medios durante la semana superiores a los 65 dBA, sin diferencia substancial entre días de trabajo y fines de semana, así como entre día y noche. La identificación de la fuente de este ruido es importante en orden a establecer medidas de protección, así las alarmas de los monitores, incubadoras, respiradores producen un aumento importante en los niveles de ruido, entre 56-60 dBA, y es el propio personal que trabaja en las unidades el que puede producirlos superiores.

Por este motivo se han desarrollado estrategias para su atenuación, arquitectónicas, programas de participación del personal y de aislamiento individual. Las medidas arquitectónicas son mas eficaces en el diseño de nuevas unidades, no obstante el uso de sistemas absorbentes de ruidos pueden aplicarse en las ya construidas.

Las personas que intervienen en el cuidado del recién nacido deben conocer los efectos perjudiciales del ruido y establecer medidas específicas en orden a disminuir sus niveles, tales como hablar en tono bajo, limitar el uso de radios y otras fuentes de ruidos, como timbres de teléfono entre otros. En nuestro Servicio ha sido de utilidad el uso de un “Sistema Semáforo” conectado a micrófonos ambientales que presenta una luz verde con ruidos por debajo de 50 dBA y roja con ruidos por encima de 65 dBA.

El tercer grupo de estrategias para disminuir la exposición al ruido ambiental son las individuales, el poner al niño dentro de una incubadora disminuye el nivel de ruido entre 10 y 15 dBA. La aplicación de cobertores, sábanas o mantas sobre la incubadora como se utiliza en algunas unidades de neonatología tiene muy poco efecto.

En la actualidad el uso de “orejeras” han sido considerados como método eficaz para el aislamiento acústico individual. Nosotros realizamos un estudio poli-

somnografico en 50 niños prematuros un sistema de uso comercial (Minimuff Neonatal Noise Attenuators) con una capacidad de absorción de 7 decibelios. El total del tiempo de sueño y su eficacia fueron significativamente más largos cuando los pacientes fueron aislados del ruido ambiental, así como el porcentaje del sueño quieto. También encontramos un índice menor de apneas centrales por hora de sueño total y por hora de sueño quieto.

LUZ

Los niveles apropiados de luz en las unidades neonatales no se han establecido, ya que los efectos perjudiciales son menos conocidos que los producidos por el ruido excesivo. La frecuencia de “ojos abiertos” y estado despierto se han relacionado con los niveles de iluminación así como mayor cantidad de SA, aumentando los periodos de SQ cuando se disminuye la intensidad lumínica ambiental

Últimamente se recomiendan luces diurnas ente 100 y 200 luxes y nocturnas de menos de 50 luxes para permitir los ciclos de sueño del recién nacido, permitiendo fuentes de luz de mayor intensidad para la evaluación del recién nacido, cuando sea necesario.

En nuestra unidad, los niveles de luz durante el día varia de 450-800 luxes, con niveles que pueden alcanzar más de 100 luxes en las zonas cercanas a las ventanas. Por la noche, solo se han conseguido menos de los 50 luxes recomendados en áreas de cuidados mínimos.

Al igual que para el control del ruido, se han desarrollado estrategias para su atenuación, arquitectónicas, programas de participación del personas y de aislamiento individual.

Las estrategias arquitectónicas, según las características geográficas del hospital, son las mayores variables para determinar los niveles de luz de la unidad. El diseño de las ventanas y su localización, el tipo de luz usada, etc., deben contemplar los estándar recomendados.

La posición del niño dentro de la unidad y su distancia a las ventanas, tienen gran influencia en su exposición a la luz. La rotación de los puestos de hospita-

lización puede ser un buen método pueden regular esta exposición, así como el uso de persianas para establecer periodos de oscurecimiento durante el día.

El uso de cobertores sobre las incubadoras o cunas, como medias de protección individual pueden producir una reducción hasta del 65 % la exposición a la luz diurna en zonas muy iluminadas y por debajo de 50 lux por la noche.

Otras medidas, como tapar los ojos al niño media, son de utilidad.

La importancia de estos factores ambientales en el sueño del recién nacido es de gran importancia, de tal forma que al reducir la intensidad del ruido y luz ambiental de 7 tarde a 7 mañana, en las zonas de hospitalización, se ha observado un aumento del SA y un aumento de la organización de los estados de sueño.

DOLOR

El dolor ha sido cuestionado hasta hace pocos años en el recién nacido, un substrato anatómico y neurofisiológico inmaduro en estos niños eran los argumentos en que fue basada esta creencia, en la actualidad no existe ninguna duda sobre su sensación dolorosa y los efectos a corto (alteraciones fisiológicas y de los estados de sueño), medio y largo plazo (hiperalgesia, hipersensibilización, disminución del umbral doloroso y cambios en el ritmo del sueño). Un niño ingresado en Cuidados Intensivos Neonatales puede padecer entre 20-30 experiencias dolorosas al día (extracciones sangre, intubación, colocación de vías vasculares, movilizaciones, etc.), la mayoría de ellas sin adecuada analgesia este estímulo doloroso va a producir cambios en los estados del sueño, disminución de sus periodos, cambios rápidos en sus ciclos de estados y disminución del sueño REM (SA).

Se han desarrollado instrumentos de medida del dolor que permitan cuantificar su respuesta y establecer medidas de control y tratamiento. Más de 32 escores se están utilizando en la actualidad, en la mayoría de ellos se utiliza la valoración del tipo de sueño, el más conocido es el Premature Infant Pain Profile (PIPP) en el que uno de los principales indicadores es el estado de sueño del niño prematuro.

La utilización de medidas preventivas (disminución del impacto ambiental, manejo con suavidad, pericia en el uso de procedimientos invasivos, reposo antes

y entre los procedimientos dolorosos, uso de pacificadores tales como “chupetes”, utilización de sacarosa al 25 % inmediatamente antes de los procedimientos como las extracciones sanguíneas, analgesia local, etc.), o de tratamiento con el uso de analgesia opiode (Morfina, Fentanilo) o no opiode (Paracetamol), han demostrado su eficacia en la atenuación e intensidad del estímulo doloroso y mejora del sueño del niño.

Pero porque nos interesa tanto el desarrollo del sueño en el recién nacido?, en investigaciones ya en el año 1966 se asocia el sueño REM al desarrollo cerebral. Y en los últimos años algunos trabajos como el de Mirmiran encuentra reducción el el volumen del cortex y tallo cerebral al inducir deprivación farmacologica del sueño. O el de Petterson que al valorar a niños prematuros sin antecedentes de patología en el periodo neonatal descubre reducción de ciertas zonas cerebrales sensitivomotoras en la RM y que relacionado con procedimientos dolorosos, deprivación del sueño. El desarrollo de estados de sueño durante el periodo antes de termino (disminución SA y aumento del SQ, estados de vigilia y aumento de organización de los estados de sueño) son paralelos al desarrollo del cerebro.

La organización de estados de sueño en prematuros (cantidad de llanto, calidad de la organización, amplitud de los ciclos y cantidad sueño nocturno) se relaciona con los resultados del Bailey. Para algunos investigadores los estados del sueño se relacionan con el desarrollo psicosocial.

CONCLUSIÓN

El recién nacido y sobre todo el niño prematuro son influenciados por múltiples estímulos externos en la organización de sus estados de sueño. Los periodos despierto y con llanto aumentan en detrimento de los de SQ y SA, esta privación del sueño modifica de forma significativa la estructura de sus ciclos en un corto plazo, afectando funciones vitales (cardiorrespiratorias), y el desarrollo normal de esta estructura en etapas posteriores de la vida.

El sueño REM juega un importante papel en el crecimiento del cerebro, su conectividad y plasticidad sináptica. Mejorar el sueño neonatal es importante para mejorar el resultado en su neurodesarrollo. Por lo que los estímulos ambientales y prevención del dolor deben tenerse en cuenta y ser evaluados en sus efectos sobre el desarrollo cerebral y el sueño.

Medidas como Manipulación mínima, establecer ciclos día/noche, programas como el Cuidado en el Desarrollo y Guías de prevención del dolor son necesarias para lograr un desarrollo normal del sueño en el recién nacido.

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DE CUBA,
DESDE LA INFANCIA HASTA LA VEJEZ**

*D. Ysrael García Casanova.
Enfermero. Miembro de la Sociedad Cubana de Endocrinología.
Miembro de la Federación Internacional de Diabetes*

Los enfermeros forman el grupo de profesionales que más cerca del ser humano se encuentran en términos de salud y engloban a uno de cada dos trabajadores en este campo, asumiendo las acciones de promoción, prevención y rehabilitación de cualquier programa de salud. La población cubana está constituida por más de 11 millones de habitantes, amparados todos por un Sistema Nacional de Salud que asume de forma gratuita sin distinción de raza, sexo y grupo erario todos los gastos que se derivan de su atención. El objetivo de esta conferencia es mostrar la intervención de enfermería en los programas de salud de Cuba desde la infancia hasta la vejez y mostrar los logros de la salud en estas últimas cuatro décadas. El Sistema Nacional de Salud se encuentra estructurado por tres niveles de atención: Atención Primaria, Atención Secundaria (Hospitales) y Atención Terciaria (Institutos); regidos y centrados todos por 36 programas nacionales de salud entre los que se destacan por su impacto el programa Materno Infantil así como el resto de los programas que han logrado crear el programa de Atención Integral del Adulto Mayor. La atención interdisciplinaria del equipo de salud y el desarrollo alcanzado en el campo de la enfermería, ha permitido que este profesional, lidere programas tan importantes como los antes mencionados. Un sensible indicador de salud, el de la mortalidad infantil, que muestra la protección y el cuidado existente en una sociedad a favor de la madre y el niño, colocan a Cuba en el segundo lugar de América después de Canadá, y entre los 36 países que más baja mortalidad infantil poseen, con una tasa de 5,8 por cada mil nacidos vivos, la más baja de su historia. El Programa de Inmunización aplicado por el personal de enfermería, en su mayoría de atención primaria, coloca al país en una situación privilegiada en América Latina y en el mundo, prácticamente el 100% de los niños y niñas son inmunizados con 10 vacunas que les ofrecen protección contra 13 enfermedades. El desarrollo de la implantación de los programas de Enfermedades Transmisibles y no

Trasmisibles, la disminución marcada de la natalidad así como de la mortalidad ha producido un aumento de la expectativa de vida, actualmente de 76 años de edad y un índice de supervivencia de más de 85 años. El 12% de la población es mayor de 60 años y para el año 2010 estará constituida por un 18% de gerontes, trayendo consigo que por primera vez en su historia hayan más individuos de la tercera edad que niños, lo que se denomina en demografía “pródromos acusados de vejez poblacional”. El desempeño de la enfermería ha sido de gran importancia para intervenir en la calidad de vida de los ancianos. Indudablemente el éxito de todo programa esta dado por la interrelación del equipo que lo integra y lo ejecuta, la enfermería cubana ha logrado ganarse un lugar en este equipo por su dedicación, prestigio y los resultados alcanzados gracias a su actuación.

Palabras Claves: Enfermería/ Programas de Salud/ Mortalidad Infantil / Tercera Edad.

INTRODUCCIÓN

La población cubana está constituida por más de 11 millones de habitantes, amparados todos por un Sistema Nacional de Salud que asume de forma gratuita sin distinción de raza, sexo y grupo etario todos los gastos que se derivan de su atención. El Sistema nacional de Salud (SNS) se desarrolla bajo la base de varios principios fundamentales:

- El funcionamiento único para la atención de salud de toda la población.
- La salud constituye un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del estado.
- Los servicios de salud son accesibles a toda la población.
- Las acciones de salud son de carácter integral con especial acento preventivo. (1)

El SNS se encuentra estructurado por tres Niveles de Atención:

Primer Nivel: Atención Primaria

Segundo Nivel: Atención Secundaria Hospitales

Tercer Nivel: Institutos Especializados.

Regidos y centrados en varios Programas de Salud, priorizando 4 grandes Programas:

- Programa Materno Infantil
- Programa de Enfermedades Transmisibles
- Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
- Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.(2)

Los Enfermeros forman el grupo de profesionales que mas cerca del ser humano se encuentran en términos de salud y englobamos a uno de cada dos trabajadores en este campo, asumiendo acciones de Promoción, Prevención y Rehabilitación de cualquier Programa de Salud. (3)

La enfermería tiene una misión, contribuir a lograr un óptimo estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, asegurando una atención integral y personalizada, haciendo un uso adecuado de los recursos humanos y tecnológicos dentro de un marco propicio y siguiendo las estrategias y programas priorizados del Ministerio de Salud Publica. (4) Cada Programa lo ejecuta un equipo interdisciplinario, en la disciplina que se desarrolla el contexto y en el enfermero recae una gran cuota de responsabilidad para el logro de las metas propuestas, el mejor ejemplo de ello es El Programa Materno Infantil:

El desarrollo del Programa Materno Infantil parte del primer nivel de atención de salud el cual inicia los cuidados obstétricos y perinatales a través del médico y la enfermera de la familia. Siendo los mismos los encargados de realizar la captación, evaluación y reevaluación de las embarazadas además de considerar todos los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales así como las condiciones del ambiente que interactúan con la gestante. No solo preparando a la futura mama sino a toda la familia para la llegada de un nuevo miembro al hogar.

Este Programa Materno Infantil incluye temas como la maternidad y paternidad conciente, riesgo reproductivo o preconcepcional, embarazo ectópico, malformación congénita, enfermedades hipertensiva de la gestante, sepsis puerperal, auto-examen de mama, lactancia materna, cáncer cérvico-uterino, aborto, hip-

xia, enfermedades de la membrana hialina, bajo peso, sepsis del recién nacido, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, accidentes.

El Propósito de este programa es alcanzar una tasa de mortalidad infantil inferior a 6,0 por cada 1000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad materno infantil inferior a 3.7 por cada 10 000 nacidos vivos, sosteniéndose con las siguientes bases

- El control del riesgo pre concepcional, para mejorar la salud reproductiva de la mujer y la pareja.
- Prevención y control del bajo peso al nacer
- Prevención y control de la enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Promoción de la lactancia materna.
- Detección del cáncer cérvicouterino. (2)

El éxito de este Programa ha sido evidente, un sensible indicador que lo respalda, el de la Mortalidad Infantil, que muestra la protección y el cuidado existente en una sociedad a favor de la madre y del niño. Cuba se coloca hoy en América Latina en el segundo país después de Canadá, con la mas baja tasa de mortalidad infantil y entre las 36 naciones del mundo que poseen este indicador mas bajo. Hoy poseemos la tasa mas baja de la historia 5,8 por cada 1000 nacidos vivos. Datos de la UNICEF del 2004 advierten que cerca de la mitad de los 2000 millones de niños y niñas que viven en el mundo su infancia es cruda y brutalmente diferente del ideal que todos aspiramos. Los infantes de nuestro país viven una realidad muy diferente por los logros en materia de salud alcanzada en estas última cuatro décadas. A continuación se muestran cuadros sobre Mortalidad Infantil y la posición por países en Latinoamérica.

MORTALIDAD INFANTIL. CUBA DESE 1960 HASTA 2004

Años	1 año	Años	1 año
1960	37,3	1982	17,3
1961	39,0	1983	16,8
1962	41,7	1984	15,0
1963	38,1	1985	16,5
1964	37,8	1987	13,3
1965	37,9	1988	11,9
1966	37,3	1989	11,1
1967	36,4	1990	10,7
1968	38,3	1991	10,7
1969	46,7	1992	10,2
1970	38,7	1993	9,4
1971	36,1	1994	9,9
1972	28,7	1995	9,4
1973	29,6	1996	7,9
1974	29,3	1997	7,2
1975	27,5	1998	7,1
1976	23,3	1999	6,4
1977	24,9	2000	7,2
1978	22,4	2001	6,2
1979	19,4	2002	6,5
1980	19,6	2003	6,3
1981	18,5	2004	5,8

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN LAS AMERICAS. PAISES SELECCIONADOS.

PAISES	TASA DE MORTALIDAD
Canadá	5
Cuba	5,8
Estados Unidos	7
Costa Rica	8
Chile	8
Uruguay	12
Argentina	17
Venezuela	18
Panamá	18
México	23
Ecuador	24
Paraguay	25
Perú	26
R. Dominicana	29
Nicaragua	30
El salvador	32
Brasil	33
Guatemala	35
Haití	76

Los logros de este programa están dados por el continuo accionar sobre los factores de riesgo que puedan modificar el curso normal de un embarazo. El parto institucional, la creación de hogares maternos para aquellas madres de riesgo pre concepcional, así como para aquellas que residen en lugares apartados de servicios de obstetricia y el seguimiento del embarazo por el medico y enfermera de la familia hecho posible estos resultados de salud.(6)

Datos publicados por UNICEF manifiestan que 25 mil niños y niñas mueren en el mundo cada día de enfermedades curables, la población infantil cubana

goza de una privilegiada situación en América Latina y en el mundo. Prácticamente el 100% de este grupo etario se encuentran inmunizados con 10 vacunas que ofrecen protección contra trece enfermedades. Las vacunas han constituido el avance más trascendental de la medicina moderna. Desde la famosa experiencia de Edward Jenner hace mas de 200 años que significo el inicio de las inmunizaciones.(7)

Cuba ha logrado erradicar desde 1962 enfermedades tales como:

- Poliomielitis 1962
- TB Meningitis 1971
- Tétanos neonatal 1972
- Difteria 1979
- Sid. Rubéola Congénita 1989
- Meningoencefalitis urleana 1989
- Sarampión 1993
- Rubéola 1995
- Parotiditis 1995

Se aplican también Vacunas contra el *Haemophilus Influenzae*, así como Hepatitis B y C. Desde 1962 hasta el 2003 se han aplicado en Cuba mas de 265 000 000 dosis de vacunas de 10 sustancias inmunobiologicas diferentes. El mismo es aplicado por el personal de enfermería quien desarrolla este programa en el área de atención primaria en conjunto con el medico de la familia y guiados por el esquema de vacunación vigente, considerando la prevención el paradigma del SNS.

Las Enfermedades Transmisibles En la actualidad constituyen una de las primeras causas de muerte en los países del tercer mundo dónde convergen problemas como la pobreza, desempleo, desnutrición, carencia de programa de inmunización y el pobre acceso a los servicios de salud entre otros, muriendo millones de personas en su mayoría niños y jóvenes.

Cuba antes de 1959 no escapaba de esta situación y las enfermedades transmisibles constituían el 12 % del total de defunciones. Con el triunfo revolucio-

nario, el desarrollo social y económico de nuestro país ha cambiado el cuadro de salud donde las enfermedades infecciosas han dejado de ser un problema crítico. No obstante aunque existen enfermedades que gracias a la acción concertada internacional están eliminadas o a punto de serlo tales como la viruela, polio-mielitis, tétano neonatal, etc. Existen otras que están propagándose y ofreciendo más resistencia debido a factores como:

- El crecimiento demográfico y la rápida urbanización obligando a personas a vivir en condiciones de hacinamiento y con falta de higiene.
- Las guerras y disturbios internos y desastres naturales que obligan al desplazamiento de emigrantes.
- El rápido aumento del tráfico aéreo internacional y el crecimiento de intercambios comerciales en particular de alimentos con el riesgo de transportar organismos causantes de enfermedades de un continente a otro.
- Cambios en los modos de vida y de comportamientos que constituyen un factor adicional en la aparición de algunas enfermedades infecciosas en particular de transmisión sexual entre otras. (8)

El desarrollo alcanzado por la epidemiología y otras especialidades han hecho posible que las Enfermedades Transmisibles dejen de ser un problema de salud evidente, dando paso a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles que son las primeras causas de muerte en Cuba, exhibiendo perfiles de mortalidad muy similares a los de países desarrollados. La actuación de enfermería en el campo de la educación sanitaria es fundamental en el intento de cambiar estilos de vida que ayuden a modificar los factores de riesgo y de esa forma intensifica las acciones de prevención de:

1. Enfermedades del Corazón
2. Tumores malignos
3. Enfermedad cerebro vascular
4. Asma bronquial
5. Diabetes
6. Otras.

Las Enfermedades No Transmisibles casi siempre traen consigo algo más que molestias y dolor físico. Las metas de la vida de una persona, su familia, trabajo e ingresos, inmovilidad, imagen corporal y estilo de vida, se ven modificados en forma drástica. Sin importar que los cambios sean transitorios o permanentes, esta situación puede transformarse en una crisis para el enfermo que afecta a familiares, amigos y personal asistencial que lo atiende.

En medio de esta incertidumbre el profesional de Enfermería es una figura central en la vida inmediata del sujeto, si sus acciones denotan una actitud inteligente y comprensiva, proporciona muchas oportunidades a los enfermos para la conservación de su seguridad psicológica, autoestima e integridad básica.

La eficacia de la atención médica y de enfermería planificada y posteriormente ejecutada apoyados en los diferentes métodos de trabajo en los que se basan todo su accionar, dependerá en gran medida sin lugar a dudas del juicio valorativo que seamos capaces de lograr; a punto de partida de los conocimientos que sobre el tema se posee y de la experiencia anterior en casos similares.

De lo anterior se deduce que será más eficaz la atención de enfermería brindada por un enfermero que aborde con juicio crítico y analítico los factores de Riesgo que afectan a los individuos que habitan en su área de salud al igual que a las familias y en un macro contexto a su comunidad. El juicio elaborado a partir de la interacción entre equipo de salud y los integrantes de una comunidad será modificado al evaluar la pertinencia y calidad de la atención brindada, que será modificada al concebir el estado de salud como una condición no permanente y cambiante día a día. (9)

El control de las Enfermedades transmisibles, la reducción de la mortalidad infantil y natalidad así como el desarrollo de los servicios de salud ha hecho posible que la expectativa de vida en Cuba sea de 77 años con una supervivencia de mas de 10 años. En América Latina y específicamente en el área del Caribe existe un aumento gradual del envejecimiento, el 9,1% de la población es mayor de 65 años (10). Cuba es uno de los países Latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha formado nuestra pirámide poblacional, constituye una gran preocupación.

Las estadísticas actuales indican que el 14,1% de la población cubana se encuentra comprendida en el grupo de 60 años y más, lo que se denomina en

demografía: “Pródromos acusados de vejes poblacional”. Para el año 2010 la población de 60 años y más alcanzará el 16,5%, para el año 2015 será de 18,4% y sobrepasará en términos absolutos y relativos a los de 0-14 años que no llegarán al total de 17%. Para el año 2025 esta población geriátrica estará constituida por el 21% de la población o sea que 1 de cada 4 cubanos será mayor de 60 años, la quinta parte de la población estará envejecida. En un país con este grado de envejecimiento se producen cambios importantes sobre los procesos sociales y de salud, en especial la morbilidad, mortalidad, discapacidad y el uso de servicios de salud (10,11).

Es por ello que en nuestro país se ha elaborado un Programa de Atención al Adulto Mayor, se han creado los Círculos de Abuelos y se ha prestado singular importancia a la atención específica de los especialistas en geriatría, pero todo este trabajo que realiza el MINSAP no es suficiente si la familia no es incapaz de respaldar la actividad que este desempeñe para lograr que los ancianos tengan un merecido envejecimiento feliz.

Promover un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria.

Atender oportunamente el estado de fragilidad y necesidad entre personas mayores. (12)

Este programa pretende acondicionar todas las premisas donde el principal protagonista sea el adulto mayor con la participación activa de la familia y la comunidad. Este Programa además de ofrecer aglutinación a favor del anciano es aplicable a todos los niveles de atención, que incluye no solo salud, sino seguridad social, deporte, cultura, legislación y otros. Se divide en 3 subprogramas:

1. Subprograma de Atención Comunitaria
2. Subprograma de Atención Institucional
3. Subprograma de Atención Hospitalaria

El propósito de este programa es contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor mediante acciones de Prevención, Promoción, Asistencia y Rehabilitación

Este programa ha permitido que existan hoy más de 30 servicios de Geriatría, se han conformado 12 229 Círculos de Abuelos, más de 100 Centros de Salud

Mental para este grupo etario, 93 Casas de Abuelos de Atención diurna, cerca de 6000 ancianos viven solos respaldados con asistencia social (13).

El enfermero es la piedra angular de este programa, ocupando un lugar primordial en el cuidado del anciano y su actuación en la detección de sus problemas de salud y social constituyen un soporte del Programa del Adulto Mayor. La enfermería cubana ha logrado ganarse un lugar en el equipo de salud por su dedicación, prestigio y los resultados alcanzados gracias a su intervención.

Solo con una atención Interdisciplinaria, Individualizada, especifica y tomando en cuenta los avances de la ciencia y la técnica, hemos logrado avances importantes en nuestro país. Contribuyendo a que los sueños de nuestra sociedad se conviertan en realidad logrando SALUD PARA TODOS.

BIBLIOGRAFÍA

- RIGOL RICARDO O et al en Rev. Medicina General Integral Tomo 1. 1987.
- GONZÁLEZ GARCÍA G, DÁVILA NÚÑEZ T. Principales Programas en la atención Primaria de Salud. RESUMED. 2000
- DUGAS B. Las enfermeras y sus campos actuales de practica. 4ta ed Interamericana 1985.
- Castro Torres et al Atención Primaria de Salud. Rev Med General Integral 2001.
- Datos Oficina Nacional de Estadística. 2004.
- PEDRAZA PÉREZ O. Los hogares maternos, su fundación en Cuba objetivos propuestos desde su fundación. Rev. Cubana de Enfermería 2001.
- PÉREZ PILATA C et al. Vacunación. RESUMED 2001.
- AGUIRRE LANZ M et al Programa Nacional de Enfermedades Transmisibles.
- Agramonte del Sol. Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No transmisibles.
- PRIETO O, VEGA E. La atención al anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. La habana. 1996.
- Oficina Nacional de Estadística. La población cubana en el contexto mundial. Cuba. 1998.

Valencia, 28,29 y 30 de abril de 2005

- LÓPEZ VIDAL. Programa Nacional del Adulto Mayor. MINSAP 1998.
- Programa Nacional del Adulto Mayor. MINSAP. 2002.

**LOS NUEVOS ESPAÑOLES...
NUEVOS RETOS PARA ENFERMERÍA**

*M^o Consolación Ballester Fernández.
Profesora de Enfermería Comunitaria y Enfermería Materno-Infantil.
Escuela de Enfermería de Castellón*

La Enfermería, como la propia vida, está llena de retos, de desafíos, uno de los más complejos es sin duda la convivencia. Convivencia y conflicto van siempre de la mano pero tenemos herramientas para manejar los conflictos y tenemos el deber y el derecho a manejarlos de manera pacífica, reencauzando las relaciones de manera constructiva.

En España ya somos 43.7 millones de habitantes, de los que 3.5 millones son extranjeros. El nacimiento de hijos de inmigrantes, el derecho a la reagrupación familiar y las adopciones han incrementado la población infantil.

Las previsiones educativas y sanitarias se han visto alteradas y la demanda de recursos y servicios ha de tener una respuesta acorde a nuestro nivel de desarrollo, no por caridad ni por solidaridad sino por justicia social.

Como consecuencia de la multiculturalidad se plantean algunos conflictos que antes no existían, o al menos no se manifestaban de forma tan notoria, lo que supone buscar nuevas vías de regulación. Tal es el caso por ejemplo del conflicto que actualmente supone armonizar globalización y diversificación cultural; se trata de una aparente contradicción que podría superarse tratando de establecer, frente a los aspectos negativos de la globalización económica algunas ventajas de la globalización cultural¹.

Las grandes migraciones siempre han tenido repercusiones en la cultura del país receptor, hoy se habla de integración, asimilación, multiculturalidad, pero en el fondo siempre se produce un dominio de la sociedad receptora en todos los ámbitos.

Los problemas en la comunicación debido a barreras lingüísticas preocupan tanto a los profesionales sanitarios como a las mujeres inmigrantes y a sus familiares que perciben la lengua como la barrera más importante en la atención sanitaria, más manifiesta en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Pero

además debemos prestar atención a los modos de comunicación no verbal, distintos en cada cultura².

En la mayoría de países en vías de desarrollo, el embarazo, parto y puerperio, se vive como una experiencia doméstica y son las mujeres de la familia las que asesoran y atienden a la embarazada, pero se calcula que unas 500.000 mujeres al año, mueren por causas ligadas al embarazo y el parto como toxemias, hemorragias, sepsis o abortos.

Muchas de estas muertes se evitarían adoptando las indicaciones del programa de la OMS “Maternidad sin riesgo” que cita, entre otras, el acceso universal a la planificación familiar, a los cuidados prenatales de calidad, incluida la alimentación, y la asistencia al parto por parte de personal cualificado... personal que ni existe ni se está formando en la cantidad necesaria que permita cubrir los *Objetivos del milenio*³.

Cristine Hancock, presidenta del Consejo Internacional de Enfermería, reconoce en su *Informe sobre la situación de los recursos de enfermería en el mundo*, que sólo en África subsahariana harían falta más de 600.000 enfermeras para poder disponer de una atención sanitaria eficaz⁴.

La búsqueda de un entorno más seguro, en el sentido más amplio de seguridad, de satisfacción de necesidades, es uno de los motivos que, históricamente, han fomentado la emigración.

Los flujos migratorios obedecen sobre todo a la gran fractura que se ha producido entre el Norte rico y el pobre Sur, las desigualdades son hoy mayores que nunca pero los factores que empujan a emigrar siempre han sido los mismos, con alguna variación:

- La pobreza extrema
- La huida de conflictos armados, políticos o sociales
- La falta de expectativas

La situación geográfica de España, frontera de Europa, los lazos históricos con América Latina y su clima son factores determinantes a la hora de elegirla como destino.

En los años 70 y 80 la gran mayoría de inmigrantes que llegaban a España eran hombres solos que principalmente se dedicaban a la agricultura bien en

invernaderos o como temporeros en las campañas de fruta, la mayoría procedían del norte de África y en menor medida de Latinoamérica

Paralelamente se produce una incesante demanda de vivienda de segunda residencia, especialmente de compradores de los países más potentes de la Unión Europea, la mayoría jubilados alemanes y británicos que se instalan permanentemente en España, sobre todo en el Levante y en el Sur.

Son por tanto la agricultura y la construcción los dos sectores que generan, en principio, la mayor demanda de mano de obra, que no encuentra cobertura nacional por el fuerte crecimiento económico y la baja natalidad...

En la década de los 90 se ha producido una “feminización” de la inmigración con la llegada de miles de mujeres de países del Este de Europa, sobre todo de Rumania, y también de Ecuador, Colombia o República Dominicana.

Este grupo de mujeres inmigrantes se han incorporado principalmente al sector servicios, especialmente al servicio doméstico, el cuidado de ancianos y a la hostelería.

Ellas son las protagonistas del ligero ascenso de la natalidad española, que era una de las más bajas del mundo, y han llenado las maternidades y las consultas de pediatría de nombres extraños, exóticos, incluso a veces impronunciables:

Stanciu, Fadly, Loay, Chacor, Bilad, Nassim, Janink, Aqaoui, Aicha, Andrei, Nadia, Leila, Macean, Danisa, Luay, Wahbi, Christof, Nicole, Ayman, Arsenie, Andreescu, Zalil, Abdeljalil, Chainaa, Salma, Yasmin, Minue, Mustafa, Jonut, Maider, Kamal, Stefanon

DATOS DEL ÁREA 02:

HOSPITAL GENERAL CASTELLÓN. HOSPITAL LA PLANA VILA REAL *Hospital General De Castellón*

Año	Partos totales	Partos de inmigrantes	Porcentaje
2001	1873	268	14.3
2002	2090	398	19.0
2003	2167	469	21.6
2004	2115	543	25.6

Hospital La Plana De Vilareal

Año	Partos totales	Partos de inmigrantes	Porcentaje
2001	1337	67	5.0
2002	1499	152	10.1
2003	1560	223	14.2
2004	1615	248	15.3

Por los datos aportados se constata el aumento en la proporción de partos de madre inmigrante. (El número total de partos en el HGCS ha disminuido en 2004)

Varios estudios⁵ coinciden en que los factores de riesgo más prevalentes con significación estadística que presentan las mujeres inmigrantes son:

- La captación tardía de la gestación
- El embarazo no controlado
- Las infecciones maternas.

En España se tramita en 24 horas la tarjeta solidaria a las mujeres inmigrantes embarazadas, sea cual sea su situación legal, para facilitar su incorporación al Programa de seguimiento y control del embarazo, pero la situación de irregularidad de muchas de las inmigrantes y las jornadas laborales de la economía sumergida no les permite beneficiarse del programa y esto influye negativamente sobre el futuro hijo.

Quizá desde los Servicios sociales y ONG's se debería dar mayor difusión al Programa, que permite de una manera escalonada introducir los cuidados maternos y detectar los factores de riesgo, previniendo la patología neonatal.

HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN. INGRESOS NEONATOLOGÍA
Porcentaje de ingresos de inmigrantes sobre total de ingresos

Año	Total ingresos	Espanoles	Inmigrantes	Porcentaje
2000	508	465	43	8
2001	443	373	70	15.8
2002	519	419	100	19.2
2003	672	538	134	20
2004	656	492	164	25

El porcentaje de hijos de inmigrantes ingresados se corresponde con el de las madres y como vemos va aumentando.

La comunicación con las mujeres inmigrantes puede plantear dificultades en la relación asistencial, no sólo por el idioma, también por otra visión de la salud, la enfermedad o los cuidados materno-infantiles.

Para la mayoría de inmigrantes, sobre todo si proceden de medios rurales, el contexto hospitalario es desconocido, barreras culturales o religiosas dificultan nuestra labor educativa y nuestros procedimientos pueden chocar contra sus costumbres más ancestrales.

La obtención de datos es fundamental, algunos estudios han detectado historias incompletas, lo cual repercute negativamente en la calidad de la asistencia. Muy importantes son los momentos de ingreso y alta a los que debemos dedicar el tiempo suficiente creando un ambiente de aceptación, intimidad y confianza.

La mujer entrevistada puede sentir vergüenza o temor a la hora de facilitar datos de antecedentes obstétricos incluso profundo malestar al enseñar su cuerpo. Nos puede ayudar un traductor, familiar o conocido que lleve más tiempo aquí y que conozca mejor el idioma, también son de gran ayuda las guías de traducción en varios idiomas de los principales signos, síntomas o conceptos más usuales en la entrevista clínica. pues la terminología sanitaria es otra barrera idiomática

El estado emocional también influye en la comunicación, los días posteriores al parto la madre puede estar bajo los efectos de la “Tristeza postparto” o “Melancolía de maternidad”. Se la define como una depresión leve y transitoria que se produce a los pocos días del parto.

La sintomatología típica incluye labilidad emocional, irritabilidad, llanto fácil, ansiedad generalizada y trastornos del sueño y del apetito, que actuarían como barreras en la comunicación.

La inquietud por superar estos problemas de comunicación es máxima entre los profesionales y tenemos muchos ejemplos del esfuerzo que se está haciendo, como la guía de cuidados neonatales traducida en varios idiomas realizadas por las enfermeras de la Unidad de Neonatología del Hospital General de Castellón, que ante el aumento de ingresos de hijos de inmigrantes han elaborado unas normas de cuidados del neonato en varios idiomas.

También la Asociación española de Pediatría, en su Web, dispone de un documento sobre la lactancia materna traducida al rumano y árabe, que son dos colectivos mayoritarios, que pueden ser de gran ayuda, sobre todo con las mujeres que no trabajan fuera de casa y tardan más en aprender español.

El documento en árabe no incluye dibujos ni fotos, por cuestiones culturales lo que supondría una desventaja para las mujeres que no sepan leer

Pero el problema no es solo de traducción, en otros países con mayor tradición como receptores de inmigrantes, Alemania, Bélgica, Francia, Gran Bretaña, existe la figura, a nivel oficial, del mediador cultural que interviene siempre que se plantea una situación conflictiva en cualquier ámbito.

LOS NIÑOS ADOPTADOS

En 1995, España se incorpora al Tratado de la Haya⁶ sobre protección del niño y cooperación en materia de adopción internacional. Lo que pretende este convenio es evitar el tráfico de niños y sujetar la adopción a un control administrativo sobre la idoneidad de los padres y del hijo adoptivos.

Desde entonces más de 20.000 niños adoptados sitúan a España como segundo país del mundo que más adopta, después de EEUU. Solo en 2003 se formalizaron 3.951 adopciones.

Españoles nacidos en más de 35 países: Rusia, China, Rumania, Colombia, Etiopía... que llegan a su nuevo hogar después de muchos meses de espera y miles de euros invertidos.

Ahora se sabe más de las condiciones de estos orfanatos, sobre todo a raíz de algunos documentales rodados en China, Rusia o Rumania que pusieron al descubierto auténticas negligencias, incluso malos tratos por parte de las instituciones que tutelan a los niños.

No es infrecuente en las consultas ver niños recién adoptados con problemas derivados de la falta de higiene, peso y talla muy por debajo de lo esperado para su edad cronológica, o con problemas de salud, a veces porque no han sido diagnosticados en su país de origen o por que no han recibido tratamiento.

Los retrasos del desarrollo obedecen a dos causas principalmente, por un lado a la desnutrición y por otro a la deprivación emocional, sobre todo la falta de atención y estímulo por parte de los cuidadores.

A nivel físico se recuperan rápidamente, comer cinco veces al día hace milagros... en pocos meses se ponen al día (fenómeno de “catch up”) pero de su pasado emocional nada sabemos, son circunstancias que no constan en los papeles de adopción pues la mayoría de niños han llegado al orfanato tras una situación de abandono o bien entregados por familias en situaciones de pobreza extrema.

Con semejante pasado a menudo presentan alteraciones del sueño, retraso en el habla, en el control de esfínteres, problemas de adaptación a la nueva familia y a su entorno que requieren un gran esfuerzo y sobre todo muchísimo cariño.

MANEJO DEL NIÑO INMIGRANTE

Recomendaciones del protocolo de la Asociación Española de Pediatría.

1. Historia clínica con todos los antecedentes disponibles.
2. Comprobar el estado de vacunación y realizar las correcciones oportunas.
Ante la duda empezar de cero
3. Exploración física completa.
4. Valoración del estado de nutrición, peso, talla, perímetro craneal, desarrollo puberal. Control de la curva de peso. Si en 6-12 meses no aparece “catch-up” en niños mal nutridos, buscar otra patología.
5. Valoración del desarrollo psicomotor por el Test de Denver. Reevaluar en las citas del niño sano.
6. Determinación de la agudeza visual y auditiva.
7. Pruebas de laboratorio:
 - Mantoux
 - Hemograma
 - Bioquímica completa
 - Ferritina

- Sedimento urinario
- Coprocultivo
- Parásitos en heces (3 muestras siempre que sea posible)

En adoptados, se recomienda además: VDRL, serología de VIH y de Hepatitis B. Si proceden de China, Rusia, Europa oriental o Asia Suroccidental también serología de hepatitis C.

Si proceden de África subsahariana o sospecha clínica investigar Plasmodium

8. Valoración de problemas psicológicos: antecedentes sugerentes de maltrato, carencias emocionales, problemas de conducta.... (Duelo)

9. Incluir en el programa del niño sano.

HABLANDO DE RETOS...

El año pasado pasé el mes de Febrero en Kinshasa, capital de República Democrática del Congo, junto con otra profesora de mi Escuela, M^a Dolores Bonet, fuimos a impartir unos talleres de “Técnicas Generales de Cuidados” a los alumnos de Enfermería y de Medicina de la “Université Internationale du Congo”, UIC, con la que firmamos un Convenio de colaboración en 2001.

Ha sido la experiencia profesional y personal más intensa de mi vida, para empezar la situación política es crítica, el gobierno actual es de transición y las desavenencias entre los cuatro grupos son continuas. Hay conflictos armados en todas sus fronteras y la codicia por el oro, los diamantes y el coltán, provocan desplazamientos masivos huyendo de la violencia, el hambre y la muerte.

La página Web de la Embajada desaconseja viajar al país, Sanidad Exterior desaconseja viajar al país, el sentido común desaconseja viajar al país, pero empezamos a preparar el viaje y a recabar toda la información posible de la situación socio sanitaria del país, que ocupa el número 167 en la lista del PNUD, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Preparar el viaje nos llevó casi un año, adaptar el temario a los talleres, calcular el material necesario, preparar las clases en francés, pedir el visado, vacunarnos, El viaje fue toda una odisea, para empezar los vuelos no son directos así

que el “tour” fue Castellón-Barcelona- Ámsterdam- Nairobi- Kinshasa....26 horas.

En Kinshasa, todo es a lo grande: el calor, los mosquitos, el hambre, los cortes de luz, las amebas del agua, los socavones de las carreteras, hasta el tiempo tiene otra dimensión.

Pero también es a lo grande, la generosidad de la gente, el interés de nuestros alumnos, su alegría, su paciencia...

Aprendimos mucho de ellos, sus costumbres, sus horarios, allí todo es sobre la marcha, los días están llenos de incidencias e imprevistos que chocaban con nuestra planificación, con nuestro reloj, nuestro estomago y nuestra paciencia pero el respeto y la tolerancia hicieron posible la convivencia.

Visitamos tres hospitales uno estatal, otro de la Iglesia y otro privado, ninguno de ellos gratuito y percibimos la falta de motivación por parte del personal, sueldos bajísimos, 20 dólares al mes, retraso en el pago de las nóminas, muchos riesgos, sobre todo por la falta de recursos y material desechable hacen que la profesión no esté bien considerada.

Los hospitales, dispuestos en pabellones y custodiados por la policía, parecen ciudades en miniatura, en los patios los familiares hacen la comida, lavan la ropa, se trenzan el pelo, cantan o rezan.

Vimos un pabellón con niños de la guerra, no nos dejaron entrar, pero nos explicaron que están en rehabilitación, el programa lo mantiene UNICEF y se completa con unos talleres de aprendizaje de algún oficio que les permita reintegrarse en la vida civil.

La gente afronta la enfermedad y la muerte con resignación. Nos llamó la atención su forma de expresar el duelo, durante días permanece reunida toda la familia y cantan y bailan con música de fanfarria. Organizar una multitudinaria despedida, el día del entierro, es el mayor reconocimiento que se le puede hacer a una persona.

La maternidad, aún con el riesgo que corren madre e hijo, les confiere a las mujeres el mayor grado de empoderamiento, en un país sin seguridad social un número elevado de hijos, varones a ser posible, son la máxima garantía de futuro.

La mortalidad infantil es alta, sobre todo cuando dejan el pecho, las organizaciones religiosas y de desarrollo tienen programas en los que enseñan a las mujeres principios básicos de nutrición e higiene, pero las condiciones son muy duras.

El respeto, casi veneración, por los mayores se palpa en las conversaciones, la familia, las tradiciones y la hospitalidad se mantienen aun en la mayor adversidad.

Hemos conocido a grandes profesionales, enfermeros, ingenieros, médicos, maestros, profesores, que luchan a diario y con los pocos medios que tienen por preservar la cultura, en jornadas extenuantes y bajo los efectos de la malaria, hacen todo lo posible por formar a niños y jóvenes.

Las escuelas hacen dos turnos, mañana y tarde, para optimizar las instalaciones pero resultan carísimas, entre 20 y 30 dólares el mes, en muchas familias solo uno de los hijos puede ir al colegio y él debe enseñar a los otros hermanos.

La carencia de docentes hace que en la Universidad no vayan a curso por año, una carrera como Derecho de cinco cursos, puede durar entre 7 y 9 años, en el mejor de los casos, fuimos testigos de la "Collation" (graduación) de una promoción y del orgullo que proporciona a la familia.

Nuestros alumnos nos contaban sus historias personales y pudimos constatar la falta de expectativas que en general tiene toda su generación, no solo en el Congo, sino en toda África: Han heredado la guerra, la deuda externa, que se invirtió en la compra de armamento y gastos superfluos en vez de en desarrollo, la corrupción crónica de sus gobernantes, la estigmatización por enfermedades como el Sida, la manipulación de las superpotencias que marcan los precios del té, el café o el algodón, los una herencia insoportable e indecente.

En muchos momentos nos invadía la impotencia, la misma impotencia que empuja a muchos a emigrar, a donde sea y como sea ... cualquier destino vale.

La emigración hoy no es una elección, es la única alternativa, nunca la mejor, para salir de la miseria, cada emigrante mejora su situación y la de su familia en origen y su responsabilidad con los suyos es muy grande, pero el viaje puede acabar en tragedia: la muerte, la marginalidad, la exclusión.

A corto plazo la emigración continuará, incluso nos desbordará, si no emprendemos acciones de ayuda al Desarrollo eficaz y sostenible en esos países y TODOS estamos implicados.

NOTAS

¹ MOLINA, B "y otros" (2004): "Culturas, religiones y paz" en MOLINA, B (ed): Manual de Paz y Conflictos, Granada, Eirene.

² OLIVER, I (2002) "comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas" *Matronas profesión* 2002;9:21-27

³ SEGURANYES, G (2004) *Enfermería maternal*. Master de Enfermería, Barcelona, Masson

⁴ LAPETRA, I (2005) "El déficit mundial de enfermeras empeora las prestaciones sanitarias" *Enfermería facultativa* 2005;1:6-8

⁵ MARTINEZ, E , LOPEZ, A (2004) "Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas" *Matronas profesión* 2004;9:12-18

⁶ http://www.mju.es/guia_adopcion.html

ABSTRACTS

COMUNICACIONES ORALES

DESCRIPCIÓ I MANEIG DE L'ENURESI NOCTURNA AL CAPSE

*Clara Castells Domenech,
Antonia Ramos Fraile,
Ana Cegarra Ferrer,
Antonia Raya Tena.*

INTRODUCCIÓ

L'enuresi nocturna primària és un dels problemes més freqüents a la població infantil de la nostre àrea d'influència. L'enuresi crea ansietat en les famílies i en el propi nen, l'estigmatitza i li crea sentiments de culpa, aïllament social (rebutjar anar a campaments escolars o invitacions de caps de setmana) i afecta a la seva autoestima, podent tenir repercussions psicològiques més endavant.

Per tots aquests motius les infermeres pediàtriques del nostre ABS vam creure convenient l'abordatge del tractament motivacional i conductual en aquests nens. Ara fa dos anys que ho estem realitzant i volem analitzar el resultat de les nostres intervencions.

OBJECTIU

Conèixer el resultat del tractament motivacional i conductual realitzat per infermeria pediàtrica en aquests nens.

METODOLOGIA

Població diana: Tots els nens de 5 a 14 anys de la nostra àrea d'influència (esquerra de l'Eixample) que tenen història clínica en el nostre centre i que realitzen alguna micció involuntària durant la son almenys quatre cops al mes.

Mostra: 42 nens/es que han fet el tractament motivacional-conductual.

Període d'inclusió: 1 de gener del 2002 fins el 30 d'octubre del 2004

Criteris d'inclusió: Nens i nenes de 5 a 14 anys amb diagnòstic d'enuresi primària nocturna definida per alguna micció involuntària durant la son almenys quatre cops al mes i sense cap tipus de tractament previ.

Criteris d'exclusió: Nens amb enuresi secundària, amb malaltia crònica i alteracions funcionals de l'aparell urinari, rebuig de la intervenció, o que no compleixi els criteris d'inclusió.

Disseny de l'estudi: experimental prospectiu.

Intervenció: Els nens inclosos en l'estudi se'ls realitza tres o més sessions del tractament motivacional-conductual separades com a mínim per un interval de dos setmanes.

Variables mesurades: nits seques (no hi ha cap micció involuntària durant la nit)

Avaluació: Es considera millora els nens que després del tractament han aconseguit una nit seca setmanal més. Fem la explotació pertinent de les dades en el text lliure de la Història clínica de cada nen intervingut. Les dades de les variables recollides s'introdueixen en un paquet informàtic Excel per a la seva explotació.

RESULTATS

Dels 42 nens que fan el tractament motivacional-conductual exclusiu amb infermeria pediàtrica el 51% d'ells són nens i el 49% són nenes amb una mitjana d'edat de 8,41 anys.

El 39 % d'ells tenen antecedents familiars directes d'enuresi nocturna

El 64,3% dels infants intervinguts augmenten el nombre de nits seques o se'ls hi dona l'alta definitiva (17,3 %) , mentre que el 33,7% restant continua igual que abans.

Els nens que no milloren amb aquest tractament són derivats al CSMIJ on realitzen una teràpia grupal, farmacològica o se'ls posa una alarma.

CONCLUSIONS

- Hi ha un percentatge considerable de nens amb antecedents familiars directes d'enuresi primària nocturna i predomini clar dels nens sobre les nenes.

- El 64'3 % augmenten el nombre de nits seques o se'ls hi dona l'alta definitiva un cop realitzada la intervenció..

- En vistes dels bons resultats obtinguts estem elaborant un protocol d'abordatge de l'enuresi primària nocturna infantil al CAPSE

Estem treballant en el disseny d'un assaig clínic controlat comparant els diferents tractaments entre sí.

EL SUEÑO DE LOS NIÑOS ¿CON QUIEN?, ¿POR QUÈ? ¿COMO? ¿CUANDO? ¿DONDE?

*Brotons Cantó, Esther,
Cartagena llopis, lidia,
Pastor Monerri, Antoni,
Casabona Martínez, Isabel,
Casanova Valero, Rafaela.*

INTRODUCCIÓN

Es frecuente que los niños en las etapas de lactancia y primera infancia presenten alteraciones del sueño (que no problemas), que repercuten en la familia.

En el momento actual existen dos tendencias opuestas para el abordaje de este fenómeno. Siendo el sueño una necesidad básica y fundamental para el equilibrio de las familias, como estudiantes de enfermería preocupados por una atención integral al niño, nos planteamos indagar sobre el estado de la cuestión.

OBJETIVOS

Conocer el estado actual de la cuestión con respecto al sueño infantil.

Contrastar las teorías encontradas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio cualitativo, comparativo, basado en una revisión bibliográfica, en distintas bases de datos, páginas de Internet, foros de discusión en Internet y bibliografía relacionada con el tema.

RESULTADOS

Se encuentran dos tendencias predominantes y opuestas. Una de corte conductista, que utiliza métodos de modificación de la conducta del niño hasta llegar a la considerada como correcta. Otra de corte humanista que fomenta la práctica del colecho como método de prevención y tratamiento de las alteraciones del sueño.

CONCLUSIONES

Se observa una ardua defensa de ambas tendencias por parte de sus seguidores en los foros consultados.

Como enfermeros sería deseable, a la hora de aconsejar y capacitar a la familia en el manejo de las alteraciones del sueño de su bebé, individualizar las indicaciones tomando de cada teoría aquello que beneficie al niño y al entorno.

LA SALUT I ELS HÀBITS TÓXICS. QUÉ EN PENSEN ELS ADOLESCENTS

Lleixà Lleixà, Daniela,
López Sánchez, Maria Josefa,
Velez Cervera, Guadalupe,
Aguilar Martín, Carina.

INTRODUCCIÒ

La presència d'estils de vida poc saludables a la nostra societat ens ha portat a valorar la percepció sobre salut i hàbits tòxics d'un grup d'adolescents de la nostra població.

OBJECTIU

Principal: conèixer l'estat de salut i el cosum de tòxics dels adolescents d'entre 14 i 16 anys.

Específic: programar les intervencions de salut i instaurar la consulta de l'adolescent al CAP

MATERIAL I METODE

Estudi obsecional descriptiu fet a una població de 152 adolescents del nostre poble. La informació es recull a l'institut de la nostra localitat amb un qüestionari presentat en una xerrada informativa.

Qüestionari adaptat del SCMFIC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària).

Qüestionari adaptat del programa d'atenció a l'adolescentsa.

Al qüestionari es recull informació sobre la valoració de la seva salut actual i sobre les dificultats i problemes de salut; sobre els hàbits tòxics: tabac, alcohol i drogues, i sobre l'educació sexual.

RESULTATS

Es realitzen 152 qüestionaris dels quals 72 corresponen a homes i 79 a dones. 1 sense identificació. Per cursos 68 són de 3er ESO i 84 de 4rt ESO.

La puntuació sobre salut actual (sobre 10): 30,9% un 9, el 28,3% un 8, el 20,4% un 7, el 7,9% un 6, el 7,2% un 10, el 2,6% un 4.

Les dificultats més rellevants són: Cansament durant el dia 36,2%, Sentir dolor 28,3% i Dificultats amb el pes/talla 22,4%. En les noies troven les dificultats amb la regla en un 34,2% .

Els problemes de salut que més sobresurten són: Mal d'esquena amb 36,2%, Odontàlgies amb 13,8%, Braços/Cames 7,9% i Problemes amb la pell 7,2%.

Consum Alcohol: SI 75,7% i NO 24,3%. Les begudes més consumides són: Cervesa 41,4%, Vodka 40,8%, Whiski 27,6%, Altres 27,6%, Vi 25%, Tequila 11,8%, Ginebra 6,6%.

Consum Tabac: SI 36,2% i NO 63,8%.

Prens o has pres Drogues: Marihuana 43,4%, Haixix 32,2%, Cocaïna 13,2%, Pastilles 5,3%, Speed 3,9%, Heroïna 1,3%, LSD 2%, Anabolitzants 1,3%, Coles 1,3% Metadona 0,7%, Altres drogues 0,7%.

En quant als de 3er ESO: Del tabac: 74%; De l'alcohol: 59%; De les drogues: 78% pensen que perjudiquen la salut.

En quant als de 4rt ESO: Del tabac: 75%; De les drogues: 61% pensen que perjudica la salut. De l'alcohol: 35% pensen que perjudica la salut i el 36% que en MODERACIÓ NO ÉS DOLENT.

CONCLUSIÓ

Davant dels resultats del nostre estudi ens plantegem les intervencions dels professionals per a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, mitjançant la creació d'una consulta d'atenció a l'adolescent.

ADOLESCENTES CON RIESGO DE ANOREXIA

*Ana M. Pedraza Anguera**,

*Maria Coll Casado**,

*Carme Giner Aguiló**,

*Asunción Juste Marín**,

*Josep M. Lambea Pellicé***,

Leonci de Manuel Monné.

*Enfermera pediátrica ** Profesor IES Reus (Tarragona)*

INTRODUCCIÓN

La anorexia ya no está de moda. Los medios de comunicación están actualmente tan preocupados por otros aspectos a combatir en las escuelas y en relación con la adolescencia en general, que uno puede pensar que ya no hay problemas con las alteraciones alimentarias. No es así: los ingresos hospitalarios por anorexia siguen subiendo; nuestros adolescentes siguen teniendo anorexia, bulimia y obesidad.

A raíz de la asistencia a centros de Secundaria, los tutores de algún grupo pidieron colaboración a la enfermera de referencia por la sospecha de tener estudiantes con esta patología. En los tres centros eran alumnos de ESO los posibles pacientes y no fueron calificados como excelentes estudiantes.

Es sabido que la personalidad autocrítica es un factor de riesgo en la anorexia y en parte debe ser esa exigencia hacia ellas que suele llevar a tener un expediente académico bueno o muy bueno.

El Test EAT 40 se ha de considerar que tiene su punto de corte en 20 para España.

OBJETIVO PRINCIPAL

Detección de alumnos con diagnóstico probable de anorexia.

Dar información sobre esta enfermedad a los alumnos de los grupos de estudio y/o a sus tutores

OBJETIVO SECUNDARIO

- Conocer el rendimiento escolar de los alumnos con puntuación elevada en el test EAT 40.

- Ratificar o no en este estudio que estas pacientes suelen ser buenas estudiantes.

METODOLOGÍA

- Estudio: descriptivo.

- Muestra: 237 alumnos de ESO

- Variables: Sexo

Puntuación de EAT

Rendimiento escolar: Excelente, bueno, regular, malo

Consenso de utilización del test EAT 40 para diagnosticar la anorexia en los tres centros.

Autorización previa de la dirección del IES para que los alumnos rellenaran el test con el tutor.

Intervenciones personalizadas en cada caso de puntuación alterada.

RESULTADOS

N = 237

DETECCIÓN: Se han obtenido 17 test con puntuación >30 (7,17% del total): de ellos 5 tienen puntuación > a 40 (2,11% del total de la muestra) y los 5 alumnos son hembras

Información ofrecida a los alumnos: se realizaron 8 sesiones a los diversos grupos de 2 de los centros y a los tutores del otro Centro Escolar.

Rendimiento escolar de los alumnos con EAT > a 20: 49 alumnos: 8,5% Excelente (4) ,17% bueno (8), 48,9% regular (23) y el 25,5% malo (12)

CONCLUSIONES

Hay alumnas con criterios diagnósticos de anorexia en todos los grupos de nuestro estudio.

Los tutores contactan con la enfermera de referencia ante sospecha de comportamiento alimentario dudoso o aspectos de comportamiento susceptible de ser patológicos.

El rendimiento escolar relacionado con la puntuación del test: 25,5 % de puntuaciones > a 20 no son realmente los mejores estudiantes.

PREVALENCIA DE DIFERENTES SINTOMAS Y SEVERIDAD DEL ASMA SEGÚN EL ISAAC EN LA CORUÑA Y COMPARACIÓN CON EL RESTO DE LOS CENTROS ESPAÑOLES

*A. López-Silvarrey Varela,
M.A. Castro Iglesias,
M.J. Mella Balado,
V. Moure Domínguez,
T.R. Pérez Castro,
Y. Iglesias Pan,*

OBJETIVO

Estudio de la prevalencia de diferentes síntomas y severidad del asma en La Coruña en niños de 13-14 años y en La Coruña, Oleiros y Culleredo en niños de 6-7 años.

MÉTODOS

En el grupo de 13-14 años se estudia el municipio de La Coruña. Se seleccionan aleatoriamente los centros para alcanzar una muestra de 3000 cuestionarios válidos. Se utilizan los cuestionarios y video-cuestionarios descritos en el protocolo ISAAC (<http://isaac.auckland.ac.nz>). En el grupo de 6-7 años, por ser una población menor, se incluyen todos los centros de los municipios de La Coruña, Oleiros y Culleredo. Se distribuyen los cuestionarios en las escuelas que llevan los niños a domicilio para la correcta cumplimentación por sus padres. Se recogen días después.

Todos los datos son introducidos doblemente en una base de datos que se transfiere al Centro Internacional de Datos del ISAAC (Auckland) que revisará la calidad de los mismos.

RESULTADOS:

Según el cuestionario en el grupo de 13-14 años, presentan sibilancias recientes (en los últimos 12 meses) un 15,4% de niños y un 15,0% de niñas. Han tenido asma alguna vez un 22,3% de niños y un 14,4% de niñas. Han padecido 4 ó más ataques de asma en el último año un 5,2% de niños y un 4,3% de niñas. Un 3% de niños y un 3,3% de niñas han presentado sibilancias graves recientes. Un 19,1% de chicos y un 23% de chicas han notado sibilancias con el ejercicio recientemente.

Según el videocuestionario en el mismo grupo de edad presentan sibilancias recientes un 7,8% de niños y un 8,1% de niñas. Tienen sibilancias graves recientes un 3,2% de niños y un 3,5% de niñas. Y un 14,7% de chicos y un 15,1% de chicas han notado sibilancias con el ejercicio recientemente.

En el grupo de 6-7 años, presentan sibilancias recientes (en los últimos 12 meses) un 13,9% de niños y un 12% de niñas. Han tenido asma alguna vez un 16% de niños y un 11,6% de niñas. Han padecido 4 ó más ataques de asma en el último año un 3,7% de niños y un 3% de niñas. Un 2% de niños y un 2,1% de niñas han presentado sibilancias graves recientes. Un 6,3% de chicos y un 5,8% de chicas han notado sibilancias con el ejercicio recientemente.

CONCLUSIÓN

En la población infantil estudiada en el centro ISAAC de La Coruña hay una elevada prevalencia de síntomas de asma en ambos grupos de edad, comparada con el resto de poblaciones estudiadas en España. Hay un grupo importante de niños que padecen frecuentes e intensos ataques de asma. Existe una elevada prevalencia de asma inducido por el ejercicio. Otras poblaciones de la cornisa cantábrica presentan asimismo altas prevalencias. Todo ello confirma que el asma es un importante problema de salud en nuestra población infantil.

L'AUCA DE L'INFERMERA PEDIÀTRICA I LA COMUNITAT

Reyes Martín Bertrán.

Diplomada Infermeria. ABS 4. ICS Badalona.

Ana Lacasta Reverté.

Diplomada Infermeria. ABS 4. ICS Badalona.

Ana Belén Ramos Carbajo.

Diplomada Infermeria. Tècnic de Salut. Ajuntament de Badalona.

INTRODUCCIÓ

La Salut Pública és la ciència i l'art d'organitzar i dirigir els esforços col·lectius destinats a promoure i restaurar la salut dels habitants d'una comunitat.

Infermeria en els seus diferents camps d'actuació realitza activitats adreçades a complir aquests objectius.

Amb el nostre treball hem volgut explicar en forma d'AUCA la nostra feina del dia a dia.

OBJECTIUS

Donar a conèixer les activitats que conjuntament ICS-Ajuntament porten a terme a les escoles que tenen de referència. (Districte 6, barri Congrès. ABS 4 Badalona).

A les escoles es troben de forma concentrada una gran quantitat de població amb unes característiques similars (edat, espia físic, barri, inquietuds...), fet que situa a l'escola en un punt ideal d'intervenció.

ABSTRACTS

POSTERS

MATERIAL I MÈTODE

L'ICS i l'Ajuntament realitzen tot un seguit d'activitats de forma coordinada amb les escoles de la zona, amb l'objectiu de que els escolars adoptin estils de vida sans tot incorporant-los als seus ideals de salut.

Dins d'aquestes activitats es reforcen:

- Prevenció de l'hàbit tabaquic i alcohol(tòxics en general).
- Reforç positiu cap una dieta equilibrada en combinació amb exercici físic.
- Prevenció d'accidents.
- Massatge infantil.
- Immunitzacions preventives sistemàtiques.
- Educació sanitària buco-dental.
- Consulta d'adolescència.
- Educació sexual i afectiva.
- Ajuda en el desenvolupament de treballs.
- Treballar amb tutors i pares tots aquests temes.

RESULTATS

El treball comunitari permet rentabilitzar els recursos disponibles i promoure una de les activitats competencials d'infermeria, com és la promoció de la salut.

CONCLUSIONS

La col·laboració activa dels professionals d'infermeria en els diferents àmbits (ABS-Ajuntament), permet desenvolupar intervencions comunitàries adreçades a promoure la prevenció primordial aconseguint potenciar hàbits de vida saludables.

AJUDANT A CRÈIXER!

Anna M. Obradors i Ascón.

Infermera Pediàtrica.

Educadora en Massatge Infantil.

CAP de Castellbisbal.

INTRODUCCIÓ

Anys enrera, l'assistència sanitària sols anava enfocada cap a la medicina assistencial deixant de marge la medicina preventiva.

Tanmateix, i a la vegada, la professió d'infermeria, també ha anat evolucionat cap a nous rols, amb més autonomia professional. Malgrat això, hi ha quelcom inherent a la nostra professió com és el cuidar. Cuidar, és preocupar-se per quelcom, és atendre a ..., és ajudar a.....

Les infermeres pediàtriques estem ajudant a créixer als infants (i als seus pares) des de que naixement fins a l'adolescència, tant en la comunitat com en l'hospital, tant si el nen està sa com malalt, no tant sols assistint si no també a la vegada, prevenint.

Cal, però, tenir en compte en la nostra tasca diària, que segons estudis realitzats els tres primers anys de vida, són el més imponents per el bon desenvolupament cerebral i per les adquisicions d'uns bons hàbits, per un bon desenvolupament psicosocial i relacional futur.

Segons el professor Brazelton, el noutat, no es un subjecte passiu, si no que és un ésser competent i actiu, capaç de "comunicar" amb els seus mecanismes les seves necessitats i mostrar-nos com interactua amb el seu entorn. Cal entendre al noutat d'una forma integral, en constant interacció amb el seu entorn i amb la seva família, des de la normalitat o dins de la patologia.

Per això és bàsic que considerem en les nostres actuacions assistencials i preventives com interactuen nens i pares, per detectar precoçment conductes anormals o patològiques.

OBJECTIUS

Respondre a les necessitats físiques, emocionals, socials i psicoafectives del nadó i dels seus pares, i reforçar els vincles d'unió

Millorar la resposta física i conductual del nadó

Afavorir l'adaptació dels pares al nou procés que estant visquent

Entendre i fer ús de la comunicació no verbal.

MATERIAL I MÈTODE

Assistència primària: dins del protocol del nen sa i dins del programa del postpart: classes obertes a les mares-pares i fills on és divulga i és promou el coneixement del bebé: les respostes del nadó i d'interacció en el seu medi, conductes i hàbits saludables, i on és reforça processos que han estat patològics (prematunitat, mort d'un progenitor, por del bebé, paràlisi cerebral....) En grups de 10 pares i els seus bebés o en processos patològics de forma individual. Les sessions oscil·len entre una i dues hores.

En assistència hospitalària: dins de l'atenció diària ajudar al bebé i als seus pares a adaptar-se al nou entorn, de forma individualitzada, emprant tècniques adients que ens ajudin a mantenir l'estabilitat homeostàtica del nen i als processos de vinculació: postures d'integració funcional, conductes autoregulatories, massatge i/o modificació de l'ambient i les cures.

RESULTATS I CONCLUSIONS

Els pares són fonamentals en el bon desenvolupament del nounat. És necessari reforçar la relació pares-fills, sobretot quan hi ha algun factor de risc. L'identificació precoç d'un procés de vinculació patològic, farà que poguem posar en marxa els mecanismes necessaris per restablir una bona relació paterno filial, i evitar en un futur processos patològics. Els pares es senten més segurs quan es troben recolçats quan "algú" escolta les seves por i les seves inquietuts, els guia i els dona a entendre que no estant sols. Atendre al nadó i a la seva família de forma integral, és sinònim de qualitat.

Infermeria, en aquest procés d'atenció inspira un alt grau de confiança als pares, i per tant als bebés, ajudant a créixer en la salut.

ASSISTÈNCIA DOMICILIÀRIA NEONATAL: UNA ALTRA MANERA DE PRESTAR CURES D'INFERMERIA PER A UNA TRANSICIÓ PROGRESSIVA DES DE L'HOSPITAL A LA FAMILIA

Carme López Agustina (infermera),

Maria Serret Serret (infermera),

Montserrat Andrés Bacardit (supervisora)

INTRODUCCIÓ

L'assistència domiciliària (AD) neonatal és una modalitat de cures d'infermeria que no està encara molt estesa però que ha mostrat una considerable eficàcia clínica i un elevat grau de satisfacció dels pares.

OBJECTIU

En la present comunicació es descriu el protocol d'AD posat en marxa en Desembre de 2003 en la Unitat de Neonatologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

DESCRIPCIÓ DEL PROGRAMA

El programa d'AD ha estat dissenyat i està gestionat per Infermeria. El protocol d'AD s'aplica tant als recent nascuts (RN) amb pes inferior a 2200 g com als que precisen seguiment per hipotonia, problemes d'alimentació, colostomia, monitor apnees, etc. Per preparar l'alta hospitalària s'instrueix als pares fent-los participar en les cures que precisarà el RN. Mitjançant sessions audiovisuals personalitzades, s'assegura que els pares han adquirit els coneixements generals i específics adients per a tenir cura del seu fill, es reforça la seva capacitat i con-

venciment per a efectuar les cures i se'ls hi transmet seguretat. Tanmateix, els pares reben informació escrita detallada. El control domiciliari l'efectua una infermera experta en neonatologia. La família disposa d'assistència telefònica durant 24 hores. La primera visita domiciliària te lloc a les 24 hores de l'alta hospitalària i la seva periodicitat depèn de l'estat del RN i de la seva família. Durant la visita es valora l'estat general (control de pes, supervisió de les cures, alimentació, deposicions, etc.) i específic (Sat.O2, Bilirrubinèmia, glucèmia, etc.). En cas necessari la infermera efectua consulta mèdica telefònica o remet el RN a l'hospital. Quan el RN assoleix els 2200 g o la maduració necessària, la infermera dona l'alta domiciliària i el RN passa al control del pediatra. Abans de donar l'alta del programa d'AD als RN amb cures especials, la infermera d'AD s'assegura de que els pares assumeixen les cures del RN i contacta amb el centre de salut. Tot el procés d'AD queda registrat en una base de dades socio-sanitària específica per al programa.

CONCLUSIONS

L'aplicació d'un programa d'AD neonatal potencia la lactància materna, l'autoconfiança dels pares, el vincle amb el RN, i facilita l'augment de pes i la detecció precoç de problemes sanitaris i socials. Actualment, hi ha un grup de treball que, sota els auspicis de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, estudia la possibilitat d'estendre l'AD neonatal a diversos centres de la xarxa pública.

ACCEPTACIÓ D'UN NADÓ PREMATUR PELS SEUS PARES ÉS UNA FEINA D'EQUIP

*Maria Serret Serret ,
Carme López Agustina
(infermeres)*

Experiència de la nostra Unitat de Neonatologia on un equip de professionals multidisciplinar treballem per a fer possible una bona acceptació d'un fill prematur.

OBJECTIU

Aconseguir que els pares acceptin i estimin al seu fill prematur mitjançant el treball coordinat de tots els professionals. Estimular i reforçar el vincle pares fill.

METODOLOGIA

Cada professional desenvolupa la seva feina específica i aporta a l'equip les dades pertinents per actuar coordinadament i aconseguir una bona atenció personalitzada: 1) Neonatòleg: Visita prenatal amb els pares per donar-se a conèixer i anticipar el que els espera. Assistència continuada al prematur e informació verídica als pares de la seva evolució i pronòstic. Coordinació de tots els especialistes mèdics que participen en les cures i controls nadó. Seguiment durant els primers 7 anys de vida. 2) Infermera: Cures al nadó, atenent totes les seves necessitats tenint un coneixement profund del que comporta un nadó prematur. Observació minuciosa de tot l'impacte de les cures per a fer una bona adequació de les mateixes. Cures als pares per afavorir el vincle. Observació atenta per identificar conductes de risc i també d'independència. Atenció domiciliaria per ajudar a normalitzar lo abans possible la situació i donar seguretat als pares. 3)

Psiquiatra i Psicòleg: Treballen amb els pares la identificació dels seus sentiments donant eines per poder establir vincles positius per la seva relació al llarg de la vida. Fan un seguiment tant de pares com de fills i coordinen centres d'estimulació si precisa. 4) Auxiliar: Colabora amb l'infermera i té una experiència i coneixements adequats sobre el que és un nadó prematur. 5) Assistent social: Assessora i reconduïx possibles problemes a nivell social i coordina diferents àmbits i associacions per assegurar un adequat seguiment .

CONCLUSIÓ

Una aportació professional de qualitat i una coordinació motivada i conscient des de tots els àmbits que afecten a la persona, garanteixen una relació positiva i segura d'uns pares, que també son prematurs, amb el seu fill.

INMIGRACIÓN Y NIÑO SANO: REALIDAD O UTOPIA

*A. Martínez,
R. Segarra,
M. Pallares,
M. Guerrero,
M. Gascó,
P. Cerdà*

INTRODUCCIÓN

El barrio del Fondo de Santa Coloma de Gramanet es un barrio obrero que con la llegada de inmigrantes españoles en los años 60 experimenta un cambio demográfico importante con recursos socioeconómicos escasos que actúa debido a su proximidad con la ciudad de Barcelona como “ciudad dormitorio”.

A partir del año 2000 se produce un gran incremento de población inmigrante (magrebies, chinos, sudamericanos e indopakistanies).

Debido a la reagrupación familiar se ha producido un incremento importante de población infantil en nuestras consultas de atención primaria.

OBJETIVOS

General: Conocer la realidad actual y buscar estrategias de mejora en el seguimiento y control de los niños inmigrantes.

Específicos:

Verificar el cumplimiento de la inmunización infantil inmigrante.

Cuantificar el incumplimiento de las visitas programadas y el retraso en el programa del niño sano.

Contabilizar el número de niños chinos que no siguen el programa por regreso a su país

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal.

Población diana de 0-4 años (1002 niños)

Tamaño de la muestra (316 niños inmigrantes)

Revisión de historias clínicas pediátricas de niños nacidos en el periodo 2000 hasta junio 2004.

Variables de estudio: nacionalidad, edad, visitas programadas realizadas y no realizada, recitaciones...

RESULTADOS

En este momento en estudio.

CONCLUSIONES

De lo que percibimos en nuestras consultas, la población inmigrante, por su situación laboral y familiar, a menudo no acuden a la visita programada siendo necesaria la reprogramación para seguir el programa.

En relación a la población china, los niños son enviados a su país de origen entre los 2-4 meses.

LA TARDA DELS PETITS, UN REPTE D'APROPAMENT AL NEN I LA SEVA FAMÍLIA

Morgado Ramos C.

Mola Sanna, A.

Coronado Samblas, M.J.

INTRODUCCIÓ

L'experiència diària demostra l'existència d'un buit assistencial en el període comprès entre la sortida del nadó de l'hospital i el primer contacte amb el personal de pediatria del centre de salut.

Considerant que aquest és el període més crític per als pares, atès que és el moment en què apareixen els dubtes sobre la cura i l'alimentació del nadó; es va decidir projectar i posar en marxa l'anomenada "Tarda dels Petits".

OBJECTIUS

Donar suport als pares de nadons amb pocs dies de vida.

Reforçar les tècniques de lactància materna i de puericultura.

Resoldre els dubtes i problemes que plantegin sobre la cura dels nens (petits i no tan petits).

Disminuir la llista d'espera de la consulta del pediatre i el nombre de visites al servei d'urgències de l'hospital.

MATERIAL I MÈTODE

La "Tarda dels Petits" és un programa dissenyat i implementat de manera multidisciplinària i en coordinació amb els diferents nivells assistencials que componen l'atenció integral al nadó i les seves famílies: PASSIR (Programa d'Atenció Sexual i Reproductiva), Servei de Pediatria/Obstetrícia de l'Hospital

de Mollet i el Servei de Pediatria de l'ABS de Can Pantiquet i de Plana Lledó de Mollet del Vallès. L'inici d'aquesta experiència tindrà lloc el mes de maig.

S'adreça a tots el pares i mares amb nens i nenes de 0 a 15 anys de la població de Mollet, els quals es dirigiran al seu centre de salut assignat.

Mitjançant els tríptics informatius que el servei del PASSIR dóna a les mares gestants, se'ls informa de les activitats que ténen al seu abast i dels serveis als que es poden adreçar per tal de rebre informació i resoldre dubtes i problemes, entre ells "Tarda dels Petits". Des de l'hospital es reforçarà aquesta informació en el moment de l'alta.

A través d'aquest programa s'ha fixat un espai setmanal de trobada entre les infermeres de pediatria del centre de salut i els pares amb els seus fills. Amb una durada aproximada de dues hores, es vol crear un clima de diàleg i participació amb els pares, de forma individualitzada o grupal, segons l'evolució de la demanda. També es faran xerrades-col.loqui amb periodicitat quinzenal sobre el temes d'interès dels pares, els quals es recolliran mitjançant un bústia de suggeriments.

¿PORQUÉ NO VIENEN?

*M^a Jesús Chorén Freire,
Salvador Sancho del Val,
M^a Angeles Díaz Ortiz,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza,
Felicitas Campo Vázquez.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

El protocolo del niño sano indica la realización del control del niño de los 0 a los 14 años pero en el último período 12 – 14 años no se realiza casi este seguimiento.

Queremos adivinar las causas para poder así incidir sobre ellas y obtener un control hasta el final del periodo

OBJETIVOS

Conocer las causas que llevan al abandono de la consulta de enfermería en pacientes de 14 años.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Niños de 14 años pertenecientes a la U.B.A. de estudio

Criterios de exclusión: Niños con edad no comprendida entre la objeto de estudio. Niños no pertenecientes a la U.B.A. de estudio

Período de estudio: Febrero – Abril 2004

Procedimiento: Búsqueda activa de niños con 14 años del cupo de estudio (mediante programa informático)

Realización de un cuestionario semiestructurado por parte de los sujetos objeto de estudio

Valoración de los resultados

RESULTADOS

La cobertura vacunal en el 100% de los pacientes se realiza en los colegios, de ahí la principal causa de no venir al centro.

El 74% no acude a la consulta de enfermería por no tener “un control más “

El 19% de las madres manifiestan no traer a los niños por falta de tiempo

El 31% de las madres manifiestan no acudir con el niño a la consulta por no presentar motivos de consulta

El 5% no acuden por desinterés de la madre.

CONCLUSIONES

Nos planteamos la posibilidad de coordinar colegios con enfermería para un mayor acercamiento a la comunidad y realizar conjuntamente educación sanitaria y cobertura vacunal.

MAMA CUIDA MI PIEL

*M^a Angeles Diaz Ortiz,
Salvador Sancho del Val,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza ,
Felicitas Campo Vázquez,
M^a Jesús Chorén Freire*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La dermatitis atópica o eczema atópico es un proceso muy frecuente que suele iniciarse antes de los 2 años de edad. La causa es desconocida: intervienen factores hereditarios y factores externos. Las principales manifestaciones son la sequedad cutánea, el picor que induce al rascado y la tendencia de la piel a irritarse con facilidad

OBJETIVOS

- Conocer la incidencia de la patología de estudio
- Averiguar los motivos que conllevan a la aparición de la patología de estudio.
- Identificar las manifestaciones con las que cursa
- Estudiar las remisiones según el tratamiento aplicado

MATERIAL Y METODOS

- Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo
- Sujetos de inclusión: Niños de 0 a 2 años de la población objeto de estudio
- Criterios de exclusión:
Niños superiores a la edad de estudio

Niños que no pertenecen a la U.B.A de estudio

Período de estudio: Enero – Abril 2004

Procedimiento: Búsqueda activa de niños con edades comprendidas entre 0 y 2 años del cupo de estudio

Conocer la incidencia de aparición del fenómeno estudiado. Averiguar las causas y las manifestaciones. Valoración de los resultados

RESULTADOS

Un 19 % de los niños con edades comprendidas entre 0 y 2 años han presentado dermatitis atópica.

Las causas mayoritarias han sido uso de jabones y productos cosméticos en la ropa y la piel, el uso de ropa acrílica, idiopática.

El 16% han remitido aplicando los tratamientos según la causa así como: cambio de ropa acrílica por ropa de algodón, uso de jabones neutros, realizar un buen aclarado de la ropa del bebé, etc.

CONCLUSIONES

Aunque en determinadas ocasiones no remita la patología, realizando una buena educación sanitaria a los padres y estudiando a conciencia las posibles causas para poder atribuirles a su aparición el problema remite en un elevado porcentaje.

¿EL BEBÉ LO HA CONSEGUIDO?

*Salvador Sancho del Val,
M^a Jesús Chorén Freire,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Angeles Diaz Ortiz,
M^a Jesús Buera Cereza,
Felicitas Campo Vázquez*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

A pesar de la educación sanitaria realizada por parte de enfermería sobre la importancia de la deshabitación tabáquica ésta no se produce en el porcentaje deseado.

El nacimiento del primer hijo es uno de los motivos que los padres manifiestan tener importancia a la hora de tomar una decisión en el abandono del hábito.

Por ello queremos estudiar el abandono del consumo de tabaco producido tras producirse el nacimiento del primer hijo en los padres fumadores.

OBJETIVOS

Conocer los futuros padres fumadores de nuestra población de estudio

Valorar la educación sanitaria realizada durante la gestación

Estudiar el abandono del hábito tabáquico producido en la población de estudio

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Padres fumadores de niños nacidos en el centro y periodo de estudio

Criterios de exclusión: Padres no fumadores. Personas que aun siendo fumadoras no hayan sido padres en el periodo de estudio

Período de estudio: Marzo - Septiembre 2004

Procedimiento: Búsqueda activa de niños nacidos entre Marzo y Septiembre de 2004 . Búsqueda activa de padres fumadores

Investigar cuando aparece el abandono del hábito y los motivos

RESULTADOS

El 36% han abandonado el hábito tabáquico tras el nacimiento del primer hijo

Los meses más relevantes para producirse el abandono han sido el primer y segundo del bebé

El 52 % no lo han abandonado pero no lo hacen delante del bebé

CONCLUSIONES

El nacimiento del primer hijo es un factor importante a la hora de decidirse a dejar el hábito tabáquico por parte de los padres.

MI DESCANSO NOCTURNO

*M^a Angeles Diaz Ortiz,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza,
Felicitas Campo Vázquez,
Salvador Sancho del Val,
M^a Jesús Chorén Freire.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

El sueño es reparador siempre y cuando se realice en las condiciones óptimas en cuanto a tiempo y modo

Si no se descansa bien habrá una afectación tanto del estado emocional como del rendimiento. Queremos averiguar como es el sueño y el descanso en los adolescentes y como les afecta en su vivir el día a día

OBJETIVOS

Conocer como duermen los adolescentes. Conocer cuanto duermen los adolescentes

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Adolescentes en edades comprendidas entre 13 y 15 años pertenecientes a la U.B.A. de estudio

Criterios de exclusión: Adolescentes con edad no comprendida entre la objeto de estudio. Adolescentes no pertenecientes a la U.B.A. de estudio

Período de estudio: Septiembre – Diciembre 2004

Procedimiento: Búsqueda activa de adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 15 años del cupo de estudio (mediante programa informático e-Cap)

Realización de un cuestionario semiestructurado por parte de los sujetos objeto de estudio

Valoración de los resultados

RESULTADOS

En general les cuesta dormirse aunque si despiertan a media noche vuelven a conciliar el sueño pronto.

El 66 % manifiesta no encontrarse igual de cansado los fines de semana que los días de cada día

El 83 % duermen menos de 8 horas. El 79 % se despierta cansado por las mañanas

El 67% no se despiertan antes por las mañanas.

CONCLUSIONES:

Debido a que el descanso nocturno no es como debería ser en cuanto a horario y condiciones el adolescente se encuentra más irritable y menos tolerante, menos comunicativo y “cualquier problema es una montaña “para ellos.

Se debería realizar como intervención comunitaria charlas informativas acerca de la importancia del descanso nocturno en esta edad.

NUESTRO REFLEJO

*Salvador Sancho del Val,
M^a Jesús Chorén Freire,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Angeles Diaz Ortiz,
M^a Jesús Buera Cereza,
Felicitas Campo Vázquez*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la que acontecen una serie de transformaciones y cambios que se interrelacionan entre la mente, el cuerpo y la vida social.

Se produce un constante cambio de sentimientos y emociones que en determinadas no son bien vividas ni aceptadas por ellos.

Debido a ello, queremos estudiar como se ven los adolescentes ante dichos cambios para poder contrastarlos con la realidad y poder en caso necesario ayudarles desde su punto de vista.

OBJETIVOS

Conocer como se ven y que piensan sobre ellos los adolescentes

Compara su percepción con la realidad o lo que ven los profesionales

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Adolescentes en edades comprendidas entre 13 y 15 años pertenecientes a la U.B.A. de estudio.

Criterios de exclusión: Adolescentes con edad no comprendida entre la objeto de estudio. Adolescentes no pertenecientes a la U.B.A. de estudio.

Período de estudio: Febrero – Abril 2004.

Procedimiento: Búsqueda activa de adolescentes entre 13 y 15 años del cupo de estudio.

Realización de un cuestionario semiestructurado por parte de los sujetos objeto de estudio.

Valoración de los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los adolescentes manifiestan no estar a gusto con ellos mismos debido a su no aceptación de la imagen corporal y en menor grado su carácter.

Creen que el entorno en el que viven y se mueven no les acepta tal como son aunque en realidad no manifiestan causas suyas, sino que es debido a un no entendimiento sobre ellos de este entorno.

No reconocen tener “defectos” físicos o genéticos aunque manifiestan no estar conformes con la imagen que ellos ven de si mismos y por tanto creen que ven los demás.

Alrededor del 20 manifiestan estar tristes, tener problemas en la escuela y preocupaciones por las relaciones interpersonales (padres y amigos).

Para ellos son un aspecto importantísimo los amigos y refieren tenerlos.

No todos manifiesten divertirse en su tiempo libre.

PREVALENCIA DE SINTOMAS DE RINITIS Y DERMATITIS ATOPICA SEGÚN EL ISAAC EN LA CORUÑA

*A. López-Silvarrey Varela,
M.A. Castro Iglesias,
V. Moure Domínguez,
T.R. Pérez Castro,
Y. Iglesias Pan,
M.J. Mella Balado.*

OBJETIVO

Estudiar la prevalencia de síntomas de rinitis y dermatitis atópica en niños de 13-14 años de La Coruña, y en niños de 6-7 años de La Coruña, Oleiros y Culleredo.

MÉTODOS

Se siguió la metodología del ISAAC (<http://isaac.auckland.ac.nz>), usando cuestionarios en ambos grupos de edad.

RESULTADOS

En el grupo de 13-14 años presentaron rinitis alguna vez un 43,6% de niños y un 51,1% de niñas. Rinitis reciente (en los últimos 12 meses) un 34,6% de niños y un 39,5% de niñas. Rinoconjuntivitis reciente un 18% de chicos y un 22% de chicas. Un 12,5% de niños y un 13,9% de niñas tuvieron síntomas que limitaron sus actividades. Los meses de mayor afectación habrían sido agosto, septiembre y octubre.

En el grupo de 6-7 años presentaron rinitis alguna vez un 33,6% de niños y un 27,4% de niñas. Rinitis reciente un 28,5% de niños y un 21% de niñas. Rinoconjuntivitis reciente un 12,6% de chicos y un 9,5% de chicas. Un 8,4% de niños y un 6,4% de niñas tuvieron síntomas que limitaron sus actividades. Los meses de mayor afectación habrían sido septiembre y octubre.

Para la dermatitis atópica en el grupo de 13-14 años un 10% de niños y un 10,6% de niñas han tenido alguna vez lesiones compatibles con la enfermedad. Un 6% de niños y un 6,5% de niñas eran recientes y en localizaciones típicas.

En el grupo de 6-7 años un 10,8% de niños y un 11,6% de niñas han tenido alguna vez lesiones compatibles con la enfermedad. Un 8,2% de niños y un 9,1% de niñas eran recientes y en localizaciones típicas.

CONCLUSION

La rinoconjuntivitis y la dermatitis atópica son enfermedades alérgicas de elevada prevalencia en nuestra población infantil.

LA DIETA DE LOS ADOLESCENTES

*Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Chorén Freire,
Salvador Sancho del Val,
M^a Angeles Diaz Ortiz,
Felicitas Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La dieta es un pilar fundamental tanto a la hora de la prevención como en la promoción de estilos de vida saludables.

En la adolescencia se puede inculcar aún una dieta saludable y modificar determinados hábitos dietéticos no saludables. Queremos estudiar los hábitos dietéticos para en caso necesario modificarlos dirigiéndolos hacia una dieta sana y equilibrada.

OBJETIVOS

Conocer la dieta que realiza el adolescente

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Niños con edades entre 12 y 14 años de la U.B.A. de estudio

Criterios de exclusión: Niños con edades comprendidas entre 12 y 14 años de la U.B.A. de estudio. Niños con edades no comprendidas entre 12 y 14 años

Período de estudio: Febrero – Abril 2004

Procedimiento: Búsqueda activa de niños con edades comprendidas entre 12 y 14 años del cupo de estudio.

Realización de 3 recordatorios de 24 h separados por una semana uno de los cuales de día festivo.

Calculo del porcentaje de los principios inmediatos y del valor calórico de la alimentación.

Valoración de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

El 12,8% comen verduras. El 87,6% ingieren más raciones de H.C. de las recomendadas por la F.A.O./ O.M.S. El 42,5% ingiere más de un 10 % de la dieta de grasas saturadas.

El 16,8% comen frutas El 52% ingiere más raciones de proteínas de las recomendadas.

CONCLUSIONES

No se realiza una dieta adecuada en cuanto a distribución de principios inmediatos.

Se consume sobretodo un exceso de Hidratos de Carbono.

El sexo masculino ingiere más cantidad de la recomendada en todos los principios inmediatos.

Nos planteamos realizar recomendaciones grupales para introducir consejo de mejoras en los puntos críticos.

¿COMO INFLUYE LA TELEVISIÓN EN SU ALIMENTACIÓN?

*Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Chorén Freire,
M^a Angeles Diaz Ortiz,
M^a Jesús Buera Cereza,
Felicitas Campo Vázquez,
Salvador Sancho del Val.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La televisión, medio de comunicación que los niños ven diariamente ofrece anuncios en los que aparecen productos alimentarios.

Queremos estudiar la influencia que estos tiene sobre su alimentación y si verdaderamente les inclina a realizar una dieta no saludable desde un punto de vista nutricional

OBJETIVOS

Conocer los anuncios televisivos relacionados con la alimentación

Valorar como influyen los anuncios televisivos en los niños

Estudiar la relación de su alimentación con la información obtenida por los anuncios

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión:

Niños en edades comprendidas entre 8 y 12 años pertenecientes a la U.B.A. de estudio

Criterios de exclusión: Niños pertenecientes a la U.B.A de estudio con edades no comprendidas entre 8 y 12. Niños que cuentan con la edad de estudio pero no pertenecientes a la U.B.A.

Período de estudio: Febrero – Abril 2004.

Procedimiento: Búsqueda activa de niños con edades comprendidas entre 8 y 12 años.

Realización de un cuestionario semiestructurado por parte de los sujetos objeto de estudio. Valoración de los resultados.

RESULTADOS

El 73% manifiestan consumir los productos ofrecidos por la televisión

El 94 % manifiestan conocer los productos alimentarios que ofrece la publicidad televisiva.

CONCLUSIONES

La mayoría de los productos que ofrece la publicidad son ricos en grasas y azúcares.

Nos planteamos realizar sesiones informativas dirigidas a padres e hijos para inducir a un cambio de hábitos alimenticios.

L' ALIMENTACIÓ DE 0 A 24 MESOS EN DIBUIXOS. POT SER ÚTIL?

*Miguel Flores González,
Esther Abelló Sanmartín,
Concepción Pueyo Enrique*

En la nostra pràctica diària, en major o menor mesura, tots tenim un percentatge de població amb qui ens costa de comunicar-nos, ja siguin analfabets, analfabets funcionals, immigrants, etc.

Aquesta dificultat es segueix manifestant en un tema que ocupa una bona part del nostre dia a dia: l'alimentació. Actualment en el nostres CAP s'estan utilitzant per explicar la introducció dels aliments una sèrie de fulles creades fa uns quinze anys, que són complicades d'entendre per molts pares i, fins i tot, complicades d'explicar per part del professional.

Tot això va fer què ens plategéssim la necessitat de fer una intervenció sobre aquest tema.

OBJECTIU

Facilitar la introducció de l'alimentació en nens de 0-24 mesos, mitjançant el disseny d'uns fulls amb dibuixos, tant per la població autòctona com immigrada.

MATERIAL I METODOLOGÍA

Revisió bibliogràfica i discussió entre grup de treball posada en comú vers al nombre de fulls i el contingut dels mateixos. - Pel disseny d'aquests fulls varem utilitzar el programa Corel Draw 9.0

RESULTATS

Actualment disposem dels següents fulls tamany DIN-A4:

- Nou fulls amb l' alimentació que s'introdueix als 0-4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 18 mesos on apareixen els aliments més representatius, per introduir en cada edat, així com els horaris i les textures recomanades.

- Quatre fulls especials: diarrea, estrenyiment, vòmits i aliments no recomanats.

- Dos fulls per explicar els avantatges de la lactància materna i conservació d'aquesta llet

- Un full per la preparació de biberons.

En aquests fulls apareix el nom del centre del professional i el nom del nen i la seva edat.

CONCLUSIONS

La utilització d'aquests fulls en la consulta facilita tant la tasca dels professionals, com l'educació alimentària als pares, en els quals hem observat una bona acollida. Pensem que és especialment útil tant per la població immigrada com per aquella amb nivells de formació baix; encara que ens ha sorprès la bona acollida per la població autòctona.

Aquesta acceptació ens fa plantejar la necessitat de crear un programa informàtic per individualitzar les dietes segons necessitats i gustos i costums de cada nen.

INFLUEIX L'EDUCACIÓ SANITÀRIA D'INFEREMRIA PEDIÀTRICA EN LA VACUNACIÓ NO OBLIGATÒRIA DEL NEUMOCOC (VACNONEC)

*Paquita Peidrò Martin,
Eugenia Sanchez López,
Lara González Santalucia,
Mar Ballester Torrens,
Carmen Ares Carceller,
Rafael Garcia Espinosa.*

INTRODUCCIÓ

Des de l'activitat preventiva de l'àmbit d'atenció primària, infermeria va voler informar als pares sobre la(vacnonec), per tal d'atendre les seves demandes informatives i amb l'objectiu d'ampliar la vacunació de la població infantil.

OBJECTIU

Conèixer la efectivitat d'un fulletó informatiu, administrat en la assistència mèdica (metge-infermera), per millorar els coneixements de la prevenció del neumococ.

DISSENY

Estudi d'intervenció del tipus abans i després realitzat durant el període 2004.
Àmbit. EAP urbà.

Subjectes. D'un total de 288 nens, on 192 pacients reclutats consecutivament a l'arribada del nostre servei complien criteris d'inclusió.

MATERIAL I MÈTODES

Es realitzar un full informatiu de la vacuna no obligatòria del neumococ: tan oral com escrit a tots els usuaris que són controlats pels nostres professionals(exclosos controls en centres privats)

RESULTATS

La mostra final va ser 192 pacients, on a la taula següent es mostren els resultats:

	<i>Vacunats N:116</i>	<i>No vacunats N:76</i>
Nens(masculí)	50,8%	46%
Guarderia	61,2%(IC 52,3-70,1)	11,8%(IC 5,5-21,3)
Inmigrant	3,5%	17,5%
(otitis, pneumonia,...)	7,7%(IC3,6-14,2)	6,5%(IC 2,1-14,7)
Edats:		
2-6 messos(m)	63,5%	25%
9-12m	27%	38,5%
15-18m	3%	24,5%
altres	6,5%	12%

El motiu principal (70%) pel qual els pares vacunaren els fills va ser la prevenció. Dels fills vacunats un 63,8% no tenen germans respecte un 36,2% que al menys tenen un germà.

CONCLUSIONS

L'administració d'un full informatiu sobre VacnoNEC va ser efectiu, administrant-se en un 60,5% de la mostra.

Hem trobat com un factor predisposant el anar a la guarderia i quan l'intervecció es realitzava en edats més petites.

Sent el motiu principal la major prevenció a les complicacions del neumococ.

MILLORA DELS CIRCUITS ADMINISTRATIUS EN LES VACUNACIONS ESCOLARS

*Trinidad Vazquez Maldonado,
Isabel Nuño Escribano,
Concepción Coma Colom,
Isabel Montesinos Molina,
Patxi Urbizu Urdiain,
Maite Pallars Espinet.*

INTRODUCCIÓ

Segons el programa de vacunació a les escoles el nostre centre acut a vacunar des de fa més de 10 anys. Hem anat observant una menor col.laboració per part dels centres docents, la qual cosa ha motivat un augment en els desplaçaments per recollir la documentació, així com una disminució en la cobertura vacunal.

OBJECTIU

Avaluar l'impacte d'una activitat formativa/informativa als tutors a fi de que col.laborin en la sol.licitut de la autorització paterna i poder augmentar la cobertura vacunal.

ÀMBIT D'INTERVENCIÓ

Àrea Bàsica de Salut urbana amb sis escoles. 303 alumnes susceptibles de ser vacunats en 6è i 2º ESO.

MÉTODE

Una sessió d'una hora i mitja de durada als tutors de cadascuna de les escoles, informant-los de:

Importància de mantenir ben vacunada la població en general, així com el immigrants que no acudeixen al centre de salut pero sí a les escoles.

Víes d'administració, efectes secundaris, reaccions adverses.

Sol.licitut de col.laboració en el circuit de recollida de documentació.

RESULTATS

D'una mitjana de quatre desplaçaments a cada escola per recollir la documentació en els tres últims cursos, el curs 2004/05 s'ha reduït a dos desplaçaments.

Curs 2002/03: 286 alumnes dels quals han estat vacunats al centre 18, (6,2%)

Curs 2003/04: 297 alumnes dels quals 27 vacunats al centre (9,1%)

Curs 2004/05: 303 alumnes desl quals 10 vacunats al centre (3,3%)

Observem un descens en el percentatge d'alumnes que han hagut de venir al centre per l'administració de la vacuna.

CONCLUSSIONS

La intervenció a les escoles per tal d'aconseguir una millor col.laboració dels tutors ha optimitzat la tasca i el temps d'infermeria en l'administració de vacunes.

VACUNACIÓ DEL MENINGÒCOC C. ESTUDI REALITZAT A TOTES LES ESCOLES DE LLEIDA CIUTAT A L'ANY 2003

*Esther Granado,
Pilar Salillas,
Chus Queralt,
Nuria Bergua,
Blanca Aguarod,
Anna Coll*

INTRODUCCIÓ

A l'any 2003, el Departament de sanitat i seguretat social de la Generalitat de Catalunya, va proposar fer una campanya de vacunació del meningòcoc c c a les escoles per augmentar la cobertura vacunal fins a l'edat dels 18 anys. La campanya va anar adreçada a tots els alumnes de 6è curs d'educació primària fins a 2n de batxillerat o cicle formatiu de grau mitjà. Moguts per la curiositat de saber com estaven els nostres alumnes a la ciutat de Lleida, l'Equip de pediatria de l'Àrea bàsica de salut de l' EIXAMPLE va decidir fer un estudi descriptiu per saber la cobertura post campanya.

OBJECTIUS

Augmentar la cobertura vacunal en els joves. Apropament de la vacuna als adolescents en el seu medi.

MATERIAL I MÈTODE

Per avisar a les escoles de la campanya es va utilitzar la notificació escrita i aquests a la vegada van informar als pares per demanar l' autorització. El mate-

rial utilitzat pel l'estudi va ser el carnet vacunal del jove. Les escoles van anar habilitant una zona on poder vacunar als alumnes.

A les escoles vam necessitar 1452 vacunes del MCC així com agulles i xeringues, cotó, tiretes i sèrum fisiològic i nevera pel transport. El desplaçament de l'equip era a càrrec nostre, cotxe particular.

Com a recurs humà a cada escola anàvem dos infermeres i un o dos pediatres, és a dir un total de 3 pediatres i 4 infermeres.

El mètode del treball és un estudi descriptiu a la ciutat de Lleida en el curs escolar 2002-2003.

RESULTATS

En el total de població de Lleida ciutat:

Número de població :12442 que pertanyen a 47 escoles.

Vacunats prèviament : 5272, això suposa el 42,37%

Vacunes administrades: 3220 que correspon al 25,9 %

Cobertura final de MCC a Lleida és de 8492 que correspon al 68,3% de la població total

El número total d'alumnes de la nostra ABS va ser 5316 que pertanyen a 18 escoles. El número de vacunes administrades va ser 1472. Això suposa el 27,69 % de la mostra. El número total de vacunes enregistrades va ser de 3882 que correspon al 73,02 %. El número de documents incomplets va ser de 1434 que correspon al 26,98%

CONCLUSIONS

El grup compres dels 12 als 18 anys és un grup que ens és difícil accedir-hi ja que per norma visiten poc els nostres serveis, per tant, amb aquesta campanya ens hem apropiat a ells i hem aconseguit augmentar la cobertura vacunal del MCC.

LA VACUNA ANTINEUMOCÒCICA EN PEDIATRIA: “UNA PROTECCIÓ ADDICIONAL”

*M^a Teresa Pérez,
Rosa M^a Jiménez,
Margarida Plana,
Gemma Sàbat.*

INTRODUCCIÓ

La vacuna antineumocòcica conjugada heptavalent està indicada per l'immunització activa dels lactants en edats compreses entre els 2 mesos i fins els 2 anys. El streptococcus pneumoniae és l'agent més freqüent implicat en les bacterièmies ocultes dels lactants i nens petits amb febre sense focus. La vacuna desenvolupa anticossos en front les bactèries evitant adquirir la malaltia i la seva difusió bacteriana. Immunitza prevenint malalties invasives causades pel pneumococ, tals com: bacterièmia, meningitis, pneumonies, infeccions del tracte respiratori superior, (otitis mitja aguda, sinusitis, etc).

OBJECTIUS

- Conèixer la cobertura de la vacuna durant el període del 2001-2004.
- Sensibilitzar a la població sobre la importància de la seva aplicació.
- Assolir un increment progressiu d'administració de la vacuna entre els nadons d'alt risc i els que van a guarderies.

MATERIAL I MÈTODE

Activitats d'informació i sensibilització sobre l'importància de la vacunació:
- Lliurament de cartes informatives de les vacunes sistemàtiques i no sistemàtiques explicant els beneficis.

- En els nens d'alt risc: tramitació del full de sol·licitud per aconseguir la vacuna com a prestació sanitària del Servei Català de la Salut (SCS).

- Estudi transversal de nens nascuts entre els tres anys anteriors a aquest estudi i visitats en la nostra Unitat Bàsica Assistencial de Pediatria (UBA PED-3) i anàlisi estadístic de les dades.

RESULTATS

Dels 203 neonats assignats a la nostre UBA els últims tres anys vàrem vacunar-ne un 23% (N=46).

CONCLUSIONS

Malgrat l'eficàcia demostrada de la vacuna en front de la meningitis i la sèpsis pneumocòcica (un 97%) i l'increment experimentat en els anys analitzats, valorem els resultats com baixos, probablement justificats per l'alt cost de la vacuna al no ser finançada per el sistema sanitari públic. Com a conseqüència proposem més activitats d'educació sanitària per motivar i sensibilitzar a la població ressaltant la seva eficàcia i els seus escassos efectes secundaris. "La vacuna és una protecció addicional molt beneficiosa".

LA NUEVA VACUNA

*M^a Jesús Chorén Freire,
Felicitas Campo Vázquez,
Salvador Sancho del Val,
M^a Angeles Diaz Ortiz,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Recientemente se ha introducido en el calendario vacunal sistemático la vacuna de la polio I.M.

Queremos conocer las reacciones adversas, consecuencias, etc. Que se hayan producido tras su administración

OBJETIVOS

Conocer los efectos producidos tras la administración de la vacuna de polio

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Sujetos de inclusión: Niños pertenecientes a la U.B.A. de estudio vacunados de polio I.M. durante el periodo de estudio

Criterios de exclusión: Niños no vacunados con la vacuna objeto de estudio. Niños aún vacunados que no pertenezcan a la U.B.A. de estudio

Período de estudio:

Enero – Diciembre 2004

Procedimiento: Búsqueda activa de niños del cupo de estudio vacunados de polio durante el periodo de estudio (mediante programa informático e-Cap)

Realización de un cuestionario semiestructurado a los padres de los niños vacunados.

Valoración de los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las reacciones mayoritarias se han visto cuando se ha administrado la segunda y tercera dosis.

En la primera dosis no se aprecian casi manifestaciones.

En la quinta dosis no se han visto reacciones ya que algunos niños no han acudido al control de la siguiente visita pero no hemos recibido visitas derivadas de su administración.

Las reacciones más vistosas han sido fiebre en un 5 %, una induración de la zona que desaparece como mínimo al mes de la administración de la vacuna en un 18 %, y que desaparece al mes y medio en un 8 %.

Creemos que en cuanto a reacciones adversas versus eficacia de la nueva administración es preferible esta nueva vía de administración.

PROTECCIÓ SOLAR

*Dolors Martinez,
Miriam Vadillo,
Claustre Llasera.*

JUSTIFICACIÓ

L'Àrea Bàsica de Torredembarra esta composta d'onze pobles, 4 d'ells amb extenses platges i la resta molt a prop de la platja.

Això fa que durant tot l'any faci dies de sol, i aquest és especialment fort a la primavera, estiu i tardor, la qual cosa augmenta significativament el risc de cremades solars.

Aquest estudi va dirigit a conèixer l'hàbit de protecció solar i els coneixements que tenen les mares respecte els seus fills i si aquest és l'adequat.

OBJECTIUS

Conèixer l'hàbit de protecció solar que tenen les mares respecte els seus fills

Avaluar el consell de salut que donem en l'actualitat i rectificar-lo si cal.

Avaluar la cronologia del consell de salut i rectificar-la si cal.

MÈTODE

Estudi descriptiu i transversal

MATERIAL

100 enquestes amb 11 preguntes cada una sobre la protecció solar

RESULTATS I CONCLUSIONS

En general si que es dona informació a les consultes de pediatria i es segueixen uns bons hàbits, però creiem que pel percentatge d'enquestats que no s'inclouen dins d'aquesta afirmació, se n'hauria de donar més. Es dedueix que les mares volen més informació de la que se'ls dona a la consulta, es per aixó que a més del consell que donem em decidit fer un triptic i repartir-lo desde diferents punts: escoles, consulta i consulta comadrona.

MÉS SEGURETAT A LA CARRETERA PELS NOSTRES NENS

*Vallbona Cendrós Montse,
Sigró Civit Eulàlia,
Guasch Vilà Teresa,
Ribé Miró Anna*

INTRODUCCIÓ

Els accidents de trànsit són la 1a causa de mortalitat infantil en els països desenvolupats. A Espanya, cada any, 7000 nens menors de 14 anys pateixen un accident, dels quals aproximadament uns 150 moren.

Entitats com el RACC i el servei Català de Trànsit, asseguren que entre el 50 i el 75% d'aquestes morts es podrien haver evitat utilitzant un SRI (sistema de retenció infantil) adequat.

El juliol de 2004 va entrar en vigor a Espanya la nova llei que obliga l'ús de sistemes de subjecció dels menors.

Des de la consulta d'infermeria pediàtrica vam objectivar que tot i que els pares saben que els seus fills han d'anar subjectes al cotxe, tenen dubtes sobre quin és el SRI més adequat pels seus fills.

OBJECTIUS

1. Que els pares coneguin els 5 grups diferents de SRI, i les normes de seguretat per viatjar amb cotxe.
2. Que tots els infants vagin correctament subjectes en el SRI idoni.

MATERIAL I MÈTODE

Elaboració d'un full informatiu pels pares. es proporcionarà i s'explicarà a la consulta d'infermeria durant les revisions infantils.

RESULTATS

Els pares coneixeran el sistema de subjecció més adequat pels seus fills i els utilitzaran.

CONCLUSIONS

Reduir el número d'accidents de trànsit és cosa de tots els ciutadans, però reduir la morbi/mortalitat és responsabilitat del pares.

Els professionals d'infermeria pediàtrica es troben en situació idònia per proporcionar informació als pares de com minimitzar al màxim els efectes negatius d'un possible impacte.

ACCIDENTS INFANTILS: PROTEGIM BÉ ALS INFANTS?

*Burgaleta Cabrero, A.,
Rodríguez Ramírez, E,
Obradors i Ascón , A.M.*

INTRODUCCIÓ

Els accidents infantils, constitueixen la 1^a causa de mort en la infantesa i son font d'una important morbiditat.

Segons la OMS, un accident, és un aconteixament fortuït, que fa mal i que actua de forma independent a la voluntat humana i que és manifesta per dolor corporal (físic) i mental.

El més alarmant, és que els accidents són evitables si s'analitza la seva naturalesa, si l'adult està a prop i pendent del nen i si es prenen les mides oportunes de prevenció.

Infermeria pediàtrica , com a agent de salut, en la consulta del nen sa, dona informació sobre seguretat infantil i assessora als pares i/o cuidadors sobre les mides preventives a tenir en compte.

OBJECTIUS

Davant d'aquestes premisses, l'objectiu de l'estudi és saber si els pares i/o cuidadors dels nens en edat escolar, tenen els coneixements adequats sobre seguretat viària i també saber quines són les mides preventives que utilitzen, per veure si els nostres consells són útils.

MATERIAL I MÈTODE

Els subjectes d'estudi han estat els pares - cuidadors que porten els nens a l'escola en el terme municipal de Castellbisbal.

La recollida de dades s'ha fet a partir de 3 trets diferencials en el treball de camp :una enquesta amb diferents tipus de variables , mitjançant l'observació participant directa de l'actitud i comportament dels pares i / o cuidadors, i l'entrevista.

El tipus d'estudi es observacional i transversal en el temps.

RESULTATS I CONCLUSIONS

Els resultats ens porten a pensar que infermeria seguim tenint tasca molt important a fer per promocionar la salut i evitar conductes de risc que poden ser causa d'accident i de morbimortalitat infantil. Moltes vegades es tenen els coneixements però no se'n fa l'ús pertinent, per manca de conscienciació.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y AUTOMEDICACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE 300 FAMILIAS

*Ana M^a Vivas Broseta,
Inocencia Martinez Mir,
Inmaculada Pereiro Berenguer,
Pilar Andrea Villanueva Martinez,
Maria Jose Perez Pallares,
Rosana Peiro Perez,
Vicente Palop Larrear,
Rosa M^a Saiz Rodriguez.*

PALABRAS CLAVE

Automedicación (AM), Autocuidado, Pediatría, Atención Primaria (AP).

INTRODUCCION

La AM forma parte de los autocuidados de una población, aunque representa un problema con marcada repercusión social, por el elevado porcentaje de personas que se automedican. La OMS aconseja “la política sanitaria pública debe tenerla en cuenta y buscar la manera de optimizar su uso”, además publica directrices de características que debe poseer un fármaco para la AM. Como son poco conocidas las repercusiones que puede acarrear a la salud comunitaria, hace falta estudiar sus características epidemiológicas.

OBJETIVOS

Describir el consumo de medicamentos y conducta de AM durante los últimos quince días, en la población igual/menor a 14 años de una muestra de 300

unidades familiares (UF) de población urbana y semiurbana del Área 3 de AP del Servicio Valenciano de Salud (SVS).

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional transversal estacional, mediante cuestionario estructurado y entrevista domiciliaria, con el responsable del botiquín familiar, generalmente ama de casa. Selección: población urbana Sagunto (60.640 Hab.) y semi-rural Segorbe (8.197 Hab.). Población diana 17.209 UF, y N=300. Seleccionadas por muestreo aleatorio según su ubicación en calles: “dedo al azar” sobre plano callejero, luego números aleatorios para nº de calle. Enviamos carta solicitando participación. El cuestionario recogía consumo de medicamentos-hierbas medicinales tomados últimos 15 días, y sociodemográficas. Posteriormente, dos médicos por separado valoraban la AM y un tercero desempataba. Se entrevistaron 300 UF con 968 personas de las cuales 115 (11,8%) son de 0-14 años.

RESULTADOS

Los 115 niño/as tienen una edad media de 7,6, niñas 55,7% (64), pensionistas el 3,5 % (4), y ninguno tiene cartilla largo tratamiento. Por grupos de edad: 4 (3,5%) <1 año, 17 (14,8%) de 1-3, 33(28,7%) de 4 -7, y 61 (53%) de 8-14 años. Los últimos quince días han consumido 129 medicamentos. Estos han sido tomados por 63 niños (49%), con una media de 2 y rango 1-7. Los grupos farmacológicos más tomados son respiratorio 37,2% (48), digestivo-metabólico 14% (18), y SNC 12,4% (16), los antiinfecciosos sólo el 7% (9). El problema de salud fue catarro y/o tos 38%, alergias respiratorias 10,1%, no recuerda 10,1%, problemas de oídos 3,9% y reconstituyentes 3,4%. Se trata de procesos agudos en 70,5% (91) y 18,6% (24) por procesos crónicos. El 24,8% (32) de los tomados es AM, siendo el ama de casa el origen más frecuente 68,7%. El 75,2% (97) restante es por orden médica, siendo el pediatra 43,3% (45). Hay más AM con antiinflamatorios 31,3% (10) y respiratorio 18,8%(6). Y no existe AM, con antiinfecciosos y órganos sentidos. El problema de salud para automedicarse es catarro/tos 37,5% (12), no recuerdan 15,6% (5) y dolor menstrual 9,4% (3). Siendo la AM única solución para dolor cabeza 6,3%, dolor menstrual 9,4% e infecciones piel 3,1%. Existe AM principalmente en procesos agudos 68,8% (22). El 81,2% de las conductas de AM son correctas. Los grupos más correctos son el SNC,

Respiratorio y locomotor. La incorrecta en metabólico-digestivo 33,3% (1), locomotor 33,3% (1) y respiratorio 33,3% (1).

CONCLUSIONES

La AM es una práctica frecuente. La media de conductas de AM está dentro del rango de estudios previos en población general. Los padres generalmente utilizan bien los medicamentos más habituales empleados en pediatría de AP, por ello es muy importante continuar la educación sanitaria diaria sobre el tratamiento de las patologías más comunes y cuándo deben consultar al médico.

¿SON UTILES LOS FOLLETOS INFORMATIVOS PEDIATRICOS?

*Casellas de Aspre, Antonia,
Pérez de Leon Reig, Amor,
Planas Sanz, Eulalia,
Lorenzo Ruiz, Héctor,
Ibáñez Maya, M^a Teresa.*

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de folletos informativos a padres/cuidadores sobre patologías sencillas y habituales en pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde junio de 2004 se editan siete folletos informativos (cuatro sobre patologías sencillas, dos sobre prevención de accidentes y uno sobre organización de consulta). Se completa la campaña informativa mediante pósters en la sala de espera. De los cien primeros folletos entregados (registrado en Historia Clínica como primera visita) sesenta personas fueron encuestadas aprovechando una segunda visita.

RESULTADOS

75% de niños fueron menores de 3 años, siendo 58% menores de 1. 45% de familias encuestadas tienen 1 hijo y 53%, 2. 73% de cuidadores habituales son los padres y 21% padres/abuelos. 97% de encuestados atendieron a los pósters de sala de espera. Los folletos más solicitados fueron prevención de accidentes,

organización de consulta y diarreas. El 89% reconoce haberle sido útil, evitando así acudir a consulta. 73% sugieren información sobre otros temas (alimentación, sueño, comportamiento).

CONCLUSIONES

La mayoría de encuestados tienen uno o dos hijos, menores de un año. Los padres reconocen la utilidad de los folletos y solicitan nuevos temas. Es preciso completar el estudio a medio-largo plazo para evaluar la incidencia de esta campaña sobre la frecuentación.

¿DECIMOS TODOS LO MISMO?

*Estela Díaz Álvarez,
Pilar M^a Esteras Casanova,
Maite Ibáñez Maya,
Francisca Lajara Latorre,
Rut Pons Grau,
M^a Jesús Sánchez Zapata.*

OBJETIVOS

Unificar criterios en la educación sanitaria sobre los problemas de salud más frecuentes que encontramos en consulta de enfermería.

MATERIAL Y METODO

Nos reunimos todas las enfermeras de pediatría de nuestra organización, que abarca 7 ABS y una población aproximada de 14.000 niños. Ante la evidencia de que cada profesional seguía un criterio diferente para tratar los mismos temas, se decide elaborar conjuntamente un manual para Enfermeras Pediátricas, así como unos trípticos informativos dirigidos a las familias sobre los siguientes temas: Alergias alimentarias, Obesidad infantil, Enuresis nocturna y Asma.

CONCLUSIONES

La experiencia ha resultado positiva, enriquecedora y útil, ya que nos ha permitido consensuar la información que se da en la consulta de enfermería. Además se proporciona a la población la información de una manera adaptada a sus necesidades específicas. También se dispone de una herramienta de consulta práctica para las profesionales. Puede resultar útil seguir trabajando sobre otros temas.

PROTOCOL D'ATENCIÓ TELEFÓNICA PEDIÁTRICA EN ABS APENINS-MONTIGALÀ. AVALUACIÓ DEL CIRCUIT DE TRUCADES TELEFÒNIQUES REBUDES

*Eulàlia Planas Sanz,
Verónica Villarejo Romero*

INTRODUCCIÓ

Donada la gran demanda de consulta telefónica existent a pediatria es va veure convenient la necessitat de fer un protocol que ens ajudés a atendre de manera correcta i eficaç les trucades rebudes, intentant preservar la confidencialitat i respectar el curs de la consulta.

OBJECTIUS

Descongestionar la visita pediàtrica, accessibilitat i resolució breu de determinades consultes (especificades en el full informatiu), no interrupció de la consulta i confidencialitat.

MATERIAL I MÈTODE

Realització d'un protocol de circuit d'atenció telefónica i fulls informatius entregats a consulta.

RESULTATS I CONCLUSIONS

El període valorat està comprès entre el 2 de Gener i el 30 de Desembre del 2004. Total trucades 608, d'aquestes 82 no van contestar en el moment, i respecte a la resta: temes de puericultura (106), temes relacionats amb darrera visita mèdi-

ca (87), medicació (58) i altres (222). Del número total de trucades es van derivar a la pediatria (53).

Subjectivament trobem que ha sigut positiu ja que: ens permet visitar sense interrupcions i mantenir la confidencialitat del pacient, reduir el nombre de visites i agilitzar la resolució de dubtes.

TRABAJANDO CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

*Felicitas Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza,
Salvador Sancho del Val,
M^a Angeles Diaz, Ortiz,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Chorén Freire.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Gracias al programa e-Cap nos aparecen por defecto los diagnósticos de enfermería relacionados con los 9 patrones de Marjorie Gordon con sus diferentes posibilidades de aplicaciones.

Queremos estudiarlos y darlos a conocer.

OBJETIVOS

Dar a conocer una manera de trabajar con diagnósticos de enfermería más utilizados en Pediatría

Evaluar las ventajas e inconvenientes que nos ofrece

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo

Procedimiento:

Conocimiento del programa a analizar

Estudio de los diferentes diagnósticos y sus posibilidades del programa

Análisis de las ventajas e inconvenientes

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los diagnósticos de enfermería aparecen por defecto relacionados con las necesidades alteradas que presente el paciente en estudio.

De ahí se derivan determinadas actividades a realizar para controlar dicho problema.

PEDIATRÍA INFORMATIZADA

*Felicitas Campo Vázquez,
M^a Jesús Chorén Freire,
M^a Angeles Diaz Ortiz,
Concepción Campo Vázquez,
M^a Jesús Buera Cereza,
Salvador Sancho del Val.*

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Actualmente trabajamos con e-Cap, herramienta que nos ayuda a incorporar los planes de cuidados y el seguimiento del Protocolo del niño sano realizado en la historia clínica informatizada.

A partir de su puesta en marcha nos planteamos analizarlo y estudiar lo que nos aporta en cuanto a ventajas, y los inconvenientes que encontramos en el día a día para intentar encontrar soluciones que mejoren nuestra labor y sobre todo su registro.

OBJETIVOS

Dar a conocer nuestra herramienta de trabajo y evaluar sus ventajas e inconvenientes

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo.

Procedimiento: Conocimiento del programa a analizar.

Estudio de los diferentes componentes del programa, análisis de las ventajas e inconvenientes.

DISCUSIÓN

Dentro del programa encontramos varios apartados, vamos a analizar el Programa del niño sano.

Desde la pantalla se accede mediante un icono con la cara de un niño con un chupete

Al accionar el programa cuando se realiza la primera visita se despliega una pantalla en la que encontramos: el nombre del centro , datos del usuario y DATOS GENERALES, NIÑO SANO, ACTIVIDADES PENDIENTES, VACUNAS.

En la parte central encontramos: las siglas del programa (PNS) y la edad de revisión por defecto,

Está dividida en tres partes principales: Desarrollo, Cribados y Educación sanitaria: con la valoración de enfermería según las 14 necesidades de V. Henderson

Hay otras pestañas como: GUARDAR, DIAGNÓSTICO, GENERAR MEAP, DATOS FAMILIARES, DATOS PERSONALES, PROBLEMAS DE SALUD

RESULTADOS

Como ventajas principales encontramos:

El registro sistemático de nuestra actividad, Fácil acceso a la historia clínica completa, Cribados distribuidos por edades, Al abrir la pantalla, de un solo vistazo puedes saber si queda algo pendiente de valorar de la anterior visita o algo que corregir gracias a las alertas, Diagnósticos de enfermería relacionados con las necesidades alteradas por defecto

Como inconvenientes principales se encuentran La necesidad de rellenar la primera pantalla por parte del personal facultativo para poder acceder el personal de enfermería, interrelación entre problemas médicos y actividades pendientes, Uso de tablas de percentiles no adecuados a nuestra población por lo que genera falsos positivos en determinados aspectos

CONCLUSIONES

Después de un tiempo de trabajo creemos que hemos mejorado mucho pero aún nos queda mucho por andar que esperamos se resuelva en mejora de la atención. Creemos que se ha de llegar a un consenso aún pendiente a la hora de registrar para lograr un mejor trabajo en equipo.

REPERCUTEIX EN LA SALUT LA INGESTA DE PRODUCTES AMB ADITIUS?

*Concepció Coma Colom,
M^a Teresa Pallàs Espinet,
Josefa García Fernández,
Carmina Domínguez Gómez,
Isabel Nuño Escribano,
Trinidad Vázquez Maldonado.*

INTRODUCCIÓ

El canvi de vida actual ens porta a partir del destete i l'introducció de l'alimentació complementària a menjar productes als que s'afegeixen aditius diversos i que seguiran formant part de la dieta habitual tota la seva vida. Els aditius més comuns i inòquos són: Aglomerants, antiaglomerants, aromatitzants, saboritzants, estabilitzadors, espesants, gelificants, adherents, oligoelements, pigmentants, vitamines-provitamines, aminoàcids sintètics i similars.

Són desfavorables si hi ha un mal ús o abús: Antioxidants, colorants, conservants, emulgents, oligoelements, vitamines i agents d'ensillatge.

Els aditius que s'utilitzen a la constitució dels aliments són: Estobadors, agents (aromàtics, de recobriment, per tractament de farines), aglutinants, anti (aglomerants, apelmazants, enduridors, oxidants), sinèrgics, colorants, conservadors, endolcidors no nutritius, espesants i fixadors del color. S'ha comprovat segons diversos estudis que l'ingesta excessiva d'aquest productes poden condicionar problemes d'alergies, hiperactivitat, caries, diarrees, asma , etc...

OBJECTIU

Sensibilitzar e informar a la població assistent al Programa del Nen Sà, en les consultes de Infermeria Pediàtrica del abús d'aquestes substàncies.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi descriptiu dels aditius alimentaris bàsics i més utilitzats amb l'ingesta habitual dels nens/es, tal com (iogurs, galetes, cereals, suc, verdures, fruites, begudes, lllaminadures, patates fregides, menjars preparats, etc), on es poden trobar els aditius identificats amb la lletra E segons les directrius de la (Comunitat Econòmica Europea) CEE.

Classificació dels aditius segons la seva composició amb, AAG (Anticoagulants, antiaglomerants), ANE (antiescumants), AOOiAOX (antioxidants), CESiCOL (colorants), CON (conservants) EDA (edulcorants), END (enduridors), EOG (estabilitzants.) GAS (gasificants), HUM (Humectant), MPH, (modificador del PH), PDS potenciador del gust, SAO (sinèrgic d'oxidant), XXX (funció no específica).

RESULTATS

Constatem que als iogurts naturals i potitos no es registra cap aditiu. En els iogurts de sabors i fruites hem trobat colorants i saboritzants. En els suc, antioxidants. En els cereals hem trobat aromatitzants i a les galetetes, gasificants i aromes. En els aliments frescos (peix, carn, fruites i verdures) no consta cap aditiu. En els congelats trobem conservants i colorants. A les fruites amb conserva, antioxidants. En begudes antioxidants i estimulants, a les lllaminadures colorants, patates fregides potenciador sabor i antioxidants i els menjars preparats colorants i conservants

CONCLUSIONS

La tasca del professional d'infermeria serà informar de la presència d'aquestes substàncies perilloses als preparats de l'alimentació infantil per evitar les possibles al·lèrgies i patologies que poden derivar de l'ingesta acumulada d'aquestes substàncies al llarg de la vida.

ALLETAMENT MATERN, S'ALLARGA MÉS EN EL 2N. FILL?

*Eulàlia Sigró Civit,
Montserrat Vallbona Cendrós,
M^a Teresa Guasch Vilà,
Anna Ribé Miró*

INTRODUCCIÓ

Al llarg de la història, les dones sempre han amantat els seus fills, de diferent manera, segons les diferents èpoques o situacions culturals.

Avui dia un gran nombre de mares coneixen els avantatges de la llet materna i estan prou motivades per amamentar als seus fills, tot i la incorporació de la dona al món laboral.

Fins al moment cap fòrmula artificial és igual que la humana. Els avantatges de la llet materna són nombroses i el benefici psicològic és important tan per la mare com pel nadó.

OBJECTIU

Saber si tot i que les mares tenen més feina en un 2n fill, donen més temps el pit al 2n que al 1r.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi descriptiu, retrospectiu i longitudinal centrat en els nadons nascuts l'any 2003 a la nostra ABS. I comparatiu, ja que es compara el temps d'alletament matern d'ells amb els seus germans més grans.

RESULTATS

Dels 127 nens nascuts al 2003, 53 (41,73%) tenen germans més grans.

Dels 53 nens amb germans més grans 31 (58,49%) han sigut amantats amb pit.

D'aquests un 22,58% han donat més pit al 1r que al 2n, un 48,38% li han donat més temps al 2n que al 1r i un 29,03% igual.

CONCLUSIONS

L'alletament matern s'allarga més en el 2n fill que en el 1r.

Les mares estan més motivades i satisfetes i no tenen tantes pors en els 2n fill. Coneixen millor els avantatges i compensacions de l'alletament matern.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MADRE CON DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

*Antonia Ramos,
Clara Castells,
R. Segura,
A. Cegarra,
A. Raya*

INTRODUCCIÓN

Texto: Madre de lactante de 5 días que acude a consulta para primera revisión. Alimentación materna. La madre refiere dolor a la succión. El niño queda insatisfecho por lo que inicia lactancia mixta con 60cc de biberón. La madre refiere angustia por los problemas generados debido a la lactancia materna. Le ilusiona seguir con ella.

Dx: Lactancia materna ineficaz relacionado con el déficit de conocimientos por falta de respuesta a las medidas de confort e incapacidad del lactante a cogerse al pecho correctamente.

NOC: 180001 Descripción de los beneficios de la lactancia materna...3

180005 Descripción de la técnica adecuada para amamantar a l bebé...2

180006 Descripción de la posición adecuada del lactante durante la lactancia...2

NIC: 5224 Asesoramiento en la lactancia.

5270 Apoyo emocional.

OBJETIVO

Aumentar la calidad de los cuidados enfermeros en la lactancia infantil.
Aumentar la satisfacción de la paciente/familia.

METODOLOGIA

Valoración de enfermería según el modelo de Virginia Henderson.
Elaboración del diagnóstico según NANDA.
Elección de los criterios de resultado enfermero (C.R.E=NOC)
Elección de los Indicadores de resultados adecuados.
Elección de las intervenciones enfermeras (C.I.E=NIC)
Evaluación de los resultados NOC según escala likert pasado un mes de la primera intervención.

RESULTADOS

NOC 180001 Anterior intervención 3- posterior 5
180005 Anterior intervención 2- posterior 5
180006 Anterior intervención 2- posterior 5

CONCLUSIONES

El uso de esta metodología permite evaluar la eficacia de los cuidados enfermeros dentro del ámbito de la lactancia materna.

Nos ayuda a concretar la intervención precisa en cada caso y seguir la consecución de los resultados, de la misma manera nos permite orientar el trabajo enfermero desde la perspectiva de la paciente.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ESCUELA. EDUCANDO EN LA IGUALDAD

*Amparo Albiñana Soler,
Francisca Soler Alberich,
Pilar Costa Ferrando.*

El desarrollo de la afectividad y la sexualidad de forma armónica, así como las actuaciones que favorecen la igualdad entre los sexos, no se pueden desligar del concepto de salud integral. Numerosos estudios hablan de la importancia de desarrollar la capacidad afectiva, la expresión de sentimientos, la autoestima, el conocimiento de uno/a mismo/a..., para llegar a conseguir un equilibrio personal. Por otra parte, la prevención de la violencia de género precisa una educación en valores por y para la igualdad. Pero la Educación afectivo sexual y para la igualdad es una necesidad no resuelta, a pesar de su gran trascendencia en todo proyecto de vida. Desde esta perspectiva, consideramos como una parte más de las actuaciones de promoción y prevención de la salud, plantear y ejecutar Programas en el ámbito escolar que aborden estos temas, ya que en la escuela el niño/a pasa gran parte de su tiempo, mientras crece e incorpora conocimientos para la vida. Es un espacio idóneo para transmitir valores de responsabilidad, respeto, solidaridad y honestidad, que además implica a profesores y padres como responsables de la educación.

El presente Programa comenzó en el curso escolar 1999-2000 y se dirige a alumnos/as de 1º y 2º de ESO de un colegio público de nuestra zona de salud. Está aprobado por el Consejo Escolar del colegio y para su desarrollo el profesorado cede horas de tutoría o de otras asignaturas. Inicialmente fue desarrollado por una matrona y dos enfermeras del Centro de Salud, en colaboración con

la sexóloga y la ginecóloga del Centro de Orientación Familiar de referencia. Desde el pasado curso, lo desarrollamos solo las citadas profesionales del C.S. La periodicidad de las sesiones en cada aula es quincenal, lo que supone impartir un total de unas 28 sesiones al año. Desde su inicio, han pasado por el Programa un total de 422 alumnos.

OBJETIVOS

Objetivo general: potenciar la adquisición de actitudes y conductas positivas, empáticas, igualitarias, solidarias y responsables. Se trata de ofrecer información como base fundamental para poder hacer una elección en libertad; estimular la capacidad crítica para discernir la manipulación y potenciar la adquisición de conductas responsables.

METODOLOGIA

Nos basamos en una metodología participativa y activa, en la que lo importante no es la exposición de contenidos, sino la construcción de conceptos propios que favorezcan la interiorización y adopción de conductas basadas en los valores citados.

EVALUACIÓN

Se realiza tras cada sesión mediante un cuestionario y al final del curso, tanto por parte de los alumnos/as como de las profesoras. Las evaluaciones de los alumnos indican que lo consideran muy útil, que piensan que debería desarrollarse en todos los colegios y que desearían que tuviera continuidad en los cursos posteriores. Por esta razón y a pesar del esfuerzo que supone, nuestra valoración del Programa es muy positiva y animamos a otros compañeros/as a desarrollar programas similares.

BULLYING.MALTRACTAMENT ENTRE ALUMNES. CONSELLS.

*Joana Pradas Abad,
Isabel Solè Mirabet,
Susana Agruña Fernandez,
M^a Pilar Giner Olea,
Pilar Castan Farrero,
Isard Llenas Pradas.*

INTRODUCCIO

El maltractament és perjudicial per a tothom i diu molt poc a favor de l'entorn que el silencia i el tolera. És una qüestió de drets fonamentals de la persona. (dret a estar segur a l'escola i a ser tractat amb dignitat); les escoles són responsables de la protecció dels seus alumnes i els pares han de col·laborar amb els centres en les accions que emprenen per la millora de la convivència.

El bullying (de l'anglès bull, brau) serveix per explicar un procés d'abús e intimidació sistemàtica a un alumne per part d'altres companys. La intimidació és una acció violenta diferent de les baralles o desafiaments entre estudiants, ja que s'exerceix per part d'un grup que té força i poder contra un alumne, és difícil que la víctima de la intimidació pugui defensar-se, donant lloc a la indefensió.

Hi ha varies formes de bullying: racista, sexual, homòfob i digital (missatges de text, e-mails, etc..)

OBJECTIU

Concienciar els professionals de la salut dels trastorns psíquics i físics de la violència a les aules i els seus principals símptomes. Alertant com les patologies

derivades d'una situació d'assetjament que freqüentment afecten a nivell psicològic, induint fins i tot al suïcidi, podent incidir amb més virulència a infants i adolescents en els que la personalitat està en procés de formació.

MATERIAL I METODE

Disseny del tríptic informatiu dirigit a pares, en el que se'ls orienta sobre els signes externs que poden detectar, què li està succeint el seu fill i suggereix possibles actuacions.

CONCLUSIONS

És primordial no confondre els símptomes amb altres patologies (fobia escolar, ansietat de separació, conflictes derivats del període adolescent ..)

Els equips de pediatria solen ser els primers en atendre aquests trastorns del comportament que poden ser el primer signe d'alerta sobre l'existència de bullying. La intervenció ha de ser multidisciplinària: professional de la salut i equip docent que, juntament amb els pares, han d'acompanyar els seus fills en tot el procés.

BIBLIOGRAFÍA

- Bullying: intimidación y maltrato entre el alumnado. Editorial:STEE-EILAS. Autor:José M^a Avilés.
- Guerra en las aulas. Editorial temas de hoy,2004. Autor:Nora Rodríguez
- Defensor del Pueblo (2000) Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria. Madrid: Publicaciones del Defensor del Pueblo.
- Departament d'Ensenyament i Departament d'interior de la Generalitat de Catalunya(2001)Joventut i seguretat a Catalunya.
- Pagina www.xtec.es/~jcolllell.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA EN LAS PEDANÍAS DE CASTELLAR-L'OLIVERAL I FORN D'ALCEDO (VALENCIA).

Pilar Maldonado Chiarri, enfermera.

Gloria Chumillas García, trabajadora social

PARAULES CLAU

Educación para la Salud (EpS). Zona Básica de Salud (ZBS). Sistema de Información Poblacional (SIP).

JUSTIFICACIÓN

Realizar la oferta de actividades ofertadas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, del Área 9, de la Conselleria de Sanidad.

Población Diana: Alumnos en edades comprendidas de los 3 a 16 años de la Zona Básica de Salud nº 16. Total de alumnos 854.

OBJETIVOS

Capacitar a los alumnos y sus familias para identificar los riesgos de salud y promover estilos de vida saludables.

METODOLOGÍA

Basándonos en una estrategia de intervención comunitaria hemos intentado crear unos vínculos entre los profesionales de salud, de la educación y las propias familias, que se concreta en diferentes tipos de técnicas de participación: reuniones de coordinación, charlas, asambleas, sesiones clínicas, boletines, talleres, clases, apoyo a profesorado, entorno a cuatro temas fundamentales: Higiene

personal, Prevención de accidentes, Alimentación saludable, Prevención de enfermedades.

RESULTADOS

La actividad está dirigida, según el contrato de gestión para un rango de edad, de 5 a 14 años, suponiendo para la ZBS 1262 habitantes (datos SIP junio 2004).

La actividad que hemos realizado ha sido sobre una población de alumnos matriculados en las pedanías de Castellar-l'Oliveral y Forn d'Alcedo, para actividades de EpS: 854 alumnos, lo que supone un 66,10% de la ZBS.

- Indicador de actividad: 69 intervenciones en aula, más 4 intervenciones con padres y 9 intervenciones con otras instituciones comunitarias: 82 intervenciones.

- Indicador de profesionales implicados con intervención directa en aula y/o otras actividades con la población de la ZBS: 19.

CONCLUSIONES

Los resultados de la EpS se valoran a largo plazo, es decir, en términos de aumento de salud o disminución de la enfermedad, de los niños y jóvenes de hoy. Evaluar el éxito de la intervención en educación para la salud entraña muchas dificultades, puesto que ésta es multifactorial y no depende solo de las actitudes y del comportamiento individual, sino que también es debida a situaciones estructurales, socio-económicas y culturales.

Pero no podemos escudarnos en futurología, y por ello valoramos positivo el trabajo realizado, porque pensamos que toda experiencia es fuente de conocimientos.

NO GRÀCIES!. UNA EXPERIÈNCIA VISCUDA DINS LES AULES.

*Montse Siurana,
Esther Granado,
Meritxell Pelegri,
Laura Santallusia,
Miquel Flores*

INTRODUCCIÓ

En les revisions del Programa del Nen Sà als 12 anys, pràcticament cap noi/a no havia consumit mai tabac ni alcohol, en canvi a la dels 14 anys molts ho havien provat. A partir d'aquesta observació, varem decidir dissenyar i aplicar un programa de prevenció de les drogues institucionalitzades en alumnes de 1r d'ESO en un col·legi de Lleida.

OBJECTIUS

Evitar l' inici d'hàbits nocius del tabac i alcohol en la pre adolescència.

Adquirir un coneixement general de les drogues legals del seu entorn.

Fomentar l'assertivitat en els joves i prendre consciència de la influència dels grups en les decisions de les persones en un 85%de la població d'estudi.

MATERIAL I MÈTODE

La metodologia va ser un estudi descriptiu longitudinal. El material que vam utilitzar per fer les xerrades va estar confeccionat per nosaltres. Amb l'ajuda del grup de teatre del col·legi, vam crear un vídeo, per fer-lo vam fer el guió, vam buscar els cartells, vam fer el muntatge.

En les xerrades vam donar uns dossiers amb informació clara i senzilla del tabac i l'alcohol, vam preparar un experiment per tal que es pugues veure els efectes del tabac en els nostres pulmons, vam buscar publicitat i la vam analitzar, i la visualització del vídeo. Abans de la nostra intervenció varem passar una pre enquesta per saber quins coneixements tenien i després, per avaluar-los una post enquesta.

RESULTATS

En analitzar les pre enquestes ens varem adonar que hi havia diferents opinions segons el sexe:

El 64% dels nois pensaven que el tabac i l'alcohol és una droga en front el 100% de les noies.

Un 29 % dels joves deia que no tenia informació sobre les drogues. Un 75% sabien que les drogues causaven danys . Un 21% desconeixia els efectes del tabac en l'organisme. En l'alcohol aquesta xifra augmenta fins el 54%. Un 7% creu que bevent es podien fer més amics.

Els resultats de la post enquesta van ser :

El 92% dels nois i el 100% de les noies consideren que el tabac és una droga. El 85% dels nois i el 100% de les noies consideren que l'alcohol és una droga. El 100% reconeix el concepte de fumador passiu. El 97% pensa el alcohol engreixa davant el 3% que pensa que alimenta. El 37% marca correctament tres substàncies perjudicials del tabac, el 43% dues. El 90% no es sent influenciat pels companys davant un 10% que es deixa influenciar. El 100% sabia dir NO davant l'oferiment per part dels iguals d'alguna cosa que sap que li és perjudicial. El 30% de la població diuen haver adquirit molts coneixements sobre les drogues, el 64% diu que bastant, el 3% pocs, i un altre 3% igual que abans de la intervenció. El 100% aconsellaria les xerrades a altres companys.

CONCLUSIONS

Els joves de 12- 13 anys tenen unes característiques psicològiques idònies pel que fa a la receptivitat i col·laboració en aquest tipus d'intervenció. Es denota un interès primordial pel tema ja sigui per curiositat o per influència dels mass media. Creiem necessària i útil la prevenció primordial en els nois d'aquestes edats. L'escola és el millor lloc d'influència en aquestes edats per la col·laboració dels professors i l'accessibilitat.

ACOGIDA DEL ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DE ADULTOS

C. González de la Rubia Román,

M:Delgà Aspero,

X. Camarena Pelegri,

M.C. Sabas Vivas,

I.Cercós Hawkins,

M. Barbany Martí.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que se adquiere la madurez psicofísica. Es una etapa de constantes cambios físicos, psicológicos, así como de su entorno social. Es una etapa de riesgos.

OBJETIVOS

Aumentar la cobertura del seguimiento de los problemas del adolescente que aumentan en las consultas de UCIAS/ ATENCIÓN CONTINUADA por motivos que en ocasiones no serán la causa principal de la demanda. Presentar una herramienta útil en las consultas. Llenar el vacío de nuestros programas. Conocer los riesgos específicos para promover hábitos saludables. Ser una ayuda para el conocimiento global del adolescente y facilitar diagnósticos. Hacer de interlocutor para resolver sus dudas o conflictos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Comparamos datos evolutivos de la atención al adolescente en nuestro centro durante el año 2000 (inicio de una propuesta de alta pediátrica) con las visitas

realizadas en el año 2004. Se propone un protocolo de seguimiento en Atención primaria del que presentamos datos preliminares (2005). Estudiamos la frecuentación en pediatría, medicina y atención continuada a diferentes edades: a los 6, 10, 14, 16 y 18 años. Comparamos el número de visitas en diferentes periodos 2000-2004 y primer trimestre 2005.

RESULTADOS

Comprobamos que la frecuentación es mayor y con mayor número de visitas programadas a los 6 años en relación con las visitas de adolescente. En este periodo observamos un descenso en las visitas programadas del 27% a los 14 años respecto a las de 6 años, y una pérdida aún mayor a los 16 años programadas en MG que disminuyen hasta un 76,6% en que mayoritariamente vienen de forma espontánea en consultas de 5 minutos. La realización de visitas programadas con el adolescente disponiendo de tiempo y valoración de cuestionarios y entrevista clínica creemos que es útil para detectar patologías y riesgos, y promover hábitos saludables. En la muestra recogida durante el primer trimestre de 2005 contrastamos que el 15% a los 14 años ha tenido experiencias con alcohol, 20% ha fumado, 10% ha probado alguna droga y el 100% aún no ha tenido experiencias sexuales... Nos planteamos la fiabilidad de los datos, comparados con otras encuestas y nuestra propia experiencia y llegamos a la conclusión de que el riesgo en esta edad es cuando se inicia y requiere un seguimiento.

CONCLUSIÓN

Proponemos una visita de Alta Pediátrica con visitas en seguimiento con enfermería a los 15, 16 y 18 años para realizar el programa del "nen sa". Elaboración de un protocolo de seguimiento para valorar patologías y/o riesgos con las oportunas derivaciones y a nivel de equipo se plantea la atención al adolescente aumentando el tiempo de asistencia para poder efectuar mayor número de actividades preventivas.

PARLEM DE SALUT A LES ESCOLES

*Glòria Carol,
Lídia Miro,
Míriam Raventos,
Antonia Sanchez-Pajares,
Cristina Soriano.
Infermeres*

INTRODUCCIÓ

Durant aquest curs escolar ens vam proposar de desplegar tots els nostres efectius per tal de potenciar la promoció i prevenció de la salut a la comunitat, concretament a les escoles de primària.

Vam confeccionar un programa (Programa de Xerrades a les Escoles de Primària: “Parlem de Salut” dirigit a tots els alumnes de primària, al col·lectiu de mestres i a les AMPA’s.

Es va oferir una sèrie de xerrades d’una hora de durada, 1 tema per curs sobre hàbits i estils de vida saludables.

OBJECTIUS

Conèixer el grau d’acceptació de l’oferta d’Intervencions a la Comunitat dirigides als centres educatius d’ensenyament de primària a les ABS del Baix Penedès i Calafell, durant el curs 2004-2005.

MATERIAL I MÈTODE

Disseny: Estudi descriptiu simple.

Mostra: 8 escoles de Primària que conformen el mapa escolar de les ABS de: Baix Penedès Interior i Calafell.

Mètode I Intervencions:

Es presenta a l'equip directiu l'oferta de xerrades hàbits i estils de vida saludables:

P3-P4-P5: Higiene Bucodental: Les dents cal cuidar-les!

1er: Alimentació equilibrada: Els nostres amics els aliments.

2on: Salut buco-dental: Ens cuidem bé les dents?

3er: Higiene: M'agrada anar net i polit!

4art: Activitat i descans: L'esport és salut!

5è: Dieta mediterrània: Mengem bé?

6è: Primers auxilis: M'he fet mal que faig?

S'entrega un dossier a tots els centres on hi ha una fitxa de cada tipus de xerrada on queda reflectit: la temàtica, el títol de la xerrada, els objectius, a qui va adreçada, la metodologia, la durada de l'exposició, el material, els ponents, el calendari de sol.licitut i la valoració.

En el dossier també s'adjunta una fitxa de sol.licitud de la xerrada i una fitxa de valoració per analitzar els continguts i el desenvolupament de les xerrades i poder fer posteriorment els canvis i/o millores oportunes.

Es valoren les fitxes de sol.licitud de xerrades (que són de confecció pròpia), on es demanen els temes d'interès, els cursos als que va dirigit, el nombre d'alumnes i les dates proposades per fer les xerrades.

RESULTATS

Han volgut participar en el cicle de xerrades el 100% dels centres. Tots els centres han demanat el 100% dels temes proposats.

CONCLUSIONS

Els centres educatius d'ensenyament primari tenen un grau d'acceptació molt elevat en l'oferta de xerrades sobre hàbits i estils de vida saludables que els hi hem ofert pel curs d'enguany.

La nostra experiència ens ha demostrat que aquest tipus d'activitat té molt bona acollida entre aquest col.lectiu de la Comunitat.

CONSUM DE CANNABIS A L'ADOLESCENCIA: QUI ELS INFORMA ¿QUIN MITJA ELS INFLUEIX MES?

*D. Sabaté Lissner,
A. Losilla Casanova,
A Pedraza Anguera,
M. P. Gonzalez Bodeguero,
L. Rosell Belmonte,
Celia Gutierrez Lamban.*

OBJECTIU

Conèixer quin mitjà té més influència sobre el consum de cannabis en els adolescents.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi observacional transversal mitjançant enquesta anònima autocumplimentada a 200 adolescents d'ESO. Es recullen hàbits de consum de cannabis i fonts d'informació sobre drogues que provenen dels amics, pares, familiars, professors, xarrades Institut, mitjans audiovisuals i internet.

RESULTATS

El 61% de la mostra són nens. Un 70% dels enquestats no han provat el cannabis.

La principal font d'informació pels nens/es són els pares en un 44% i 47% respectivament.

El 30% de la mostra, han provat el cannabis. La principal font d'informació pels nens són en un 18%, els pares, i en les nenes els mitjans audiovisuals en un 21%

El 17,5% consumeixen cannabis. Els nois/es representen el 6,5% i 11%. Els nois/es obtenen més informació dels pares, representant el 10%

CONCLUSIONS

- La font d'informació que més influeix als nois que han provat el cannabis prové dels pares amb un 18%, mentre que les noies tenen més informació del mitjans audiovisuals amb un 21%. Els pares són primordials en la prevenció de la drogadicció.

- Les noies consumeixen més cannabis que els nois amb la mostra.

- Molts del joves de la nostra mostra han marcat més de 3 fonts d'informació.

- S'ha d'incidir en la prevenció del consum de cannabis en Atenció Primària en Pediatria, desde l'inici de l'adolescència.

RENDIMENT ESCOLAR DELS ADOLESCENTS I RELACIÓ AMB EL CONSUM DE CANNABIS

*D. Sabaté Lissner,
A. Losilla Casanova,
A Pedraza Anguera,
M. P. Gonzalez Bodeguero,
L. Rosell Belmonte,
S. Larripa De la Natividad.*

OBJECTIU

Conèixer quin rendiment escolar tenen els adolescents de 11 a 16 anys, d'una Àrea Urbana de Reus i la seva relació amb el consum de drogues.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi observacional transversal mitjançant enquesta anònima autocumplimentada a 200 adolescents d'ESO. Es recullen hàbits de consum de cannabis així com la relació amb el rendiment escolar. Hem classificat el rendiment escolar en bó, regular i dolent.

RESULTATS

El 61% de la mostra són nens. El 17,5% consumeixen cannabis i els nois/es representen el 6,5% i 11%. Amb rendiment bó consumeixen el 21,43% de la mostra destacant els nois amb un 36% i les noies amb el 17,65%. Amb rendiment regular el 21% consumeixen dels quals el 36,36% son nens i 11,76% nenes.

Amb rendiment dolent consumeixen el 37,15%, amb un 11,43% nois i 25,72% les nenes.

CONCLUSIONS

- El 17,5% consumeixen cannabis.i els nois/es representen el 6,5% i 11%.
- Amb rendiment bó i regular hi ha més incidència de consum de cannabis amb els nois. Amb rendiment dolent hi ha més incidència de les noies.
- S'ha d'incidir en la prevenció en Atenció Primària en Pediatria del consum de cannabis desde l'inici de l'adolescència.

RESPUESTA ENFERMERA A DEMANDAS DEL PROFESORADO DE E.S.O.: UNA EXPERIENCIA

*M. Paz González Bodeguero,
Ana M. Pedraza Anguera,
Lola Lopez Izquierdo,
M. José Hernández Aguila,
Roser Pedret Llaberia,
Ana Losilla Casanova.*

PALABRAS CLAVE

Prevención, Tabaco, Adolescencia

INTRODUCCIÓN

A partir de la asistencia de enfermeras de nuestra ABS a Institutos de Educación Secundaria de la ciudad, se detectó la preocupación por parte de algunos profesores sobre la adicción al tabaco en los adolescentes.

OBJETIVOS

Iniciales:

Dar respuesta al interés manifestado por el equipo docente de un IES.

Ofrecer consejo de prevención tabáquica por parte de enfermería a los escolares de 1º de ESO, en la hora de tutoría y de forma grupal.

Posteriores:

Posible consolidación de la intervención en el mismo grupo (1 ESO) en los siguientes cursos.

Evaluación de la valoración expresada por los tutores ante la intervención.

METODOLOGÍA

Búsqueda de material idóneo adaptado a la edad de los escolares y preparación de la enfermera

Utilización de un vídeo, creado por la Generalitat de Catalunya de título “La festa”, de 30´ de duración.

Pregunta directa al tutor sobre la capacidad y metodología empleada por la enfermera.

Diseño de una encuesta de consumo para registrar este dato en el presente curso escolar.

RESULTADOS

Dar respuesta a los profesores: Se han hecho 12 intervenciones de educación grupal preventiva durante 3 cursos escolares .

Consolidación de la intervención: En este centro ha habido continuidad. Actualmente hay en marcha un programa oficial en Catalunya de intervención en la escuela respecto a los temas: salud mental, sexualidad , transtornos alimentarios y prevención de embarazos.

Valoración del profesorado: Muy buena (que ha hecho incrementar las demandas de intervención en otros varios temas de su interés)

CONCLUSIONES

Es posible realizar intervenciones preventivas en las escuelas por parte de enfermería.

Los tutores confían en la capacitación de este colectivo para medidas preventivas de salud.

La promoción y prevención implican una dedicación fuera del centro de salud y a veces fuera del horario habitual pero pueden ser gratificantes y deben ser reconocidas.

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN LA ESCUELA. UNA EXPERIENCIA MOTIVADORA

*Ana M. Pedraza Anguera,
M. Paz Gonzalez Bodeguero,
David Sabaté Lissner,
M. José Hernández Aguila,
Susana Dalmau Vidal,
Celia Gutierrez Lambán.*

INTRODUCCIÓN

En el tabaquismo, como en tantas otras adicciones y patologías o hábitos poco saludables la mejor actuación es aquella que retrasa o impide la aparición de las mismas..Enfermería es un colectivo que trabaja en la promoción de hábitos saludables y prevención primaria de manera destacada. Es un colectivo que inicia con ilusión un gran abanico de actuaciones cuya eficacia no siempre puede evaluar. En nuestra ABS se está realizando una actividad asistencial en centros de ESO a modo de prueba desde el curso 2001-2002 y se ha realizado la misma intervención grupal desde hace 3 años. Ahora es momento de saber si ha sido eficaz.

OBJETIVOS

Conocer la eficacia de la intervención (diferencias de consumo entre dos grupos de escolares de igual edad y situación socio-económica según si han recibido o no esa intervención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: pseudo- experimental. Duración del estudio: 3 años

Material preventivo utilizado: cinta de video creada a tal efecto de 30' de duración.

Metodología didáctica: 1sesión grupal, dirigida y participativa en 1º de ESO en su aula habitual.

Tamaño de la muestra: 419 chicos entre 15 y 16 años: Edad de resultados: 2ª ciclo de ESO

Variables del estudio: Sexo. Relación con el tabaco: (Nº de estudiantes que lo han probado y consumidores diarios)

Centro escolar /intervención (A es el grupo del estudio y B es el grupo control)

RESULTADOS

N= 419 (200 grupo casos "A" y 219 grupo control "B")

Sexo: Centro A: Chicas: 122 (61 %) y chicos: 78 (39%)

Centro B: Chicas: 109 (49,7%) y chicos: 110 (50,3%)

Han probado el tabaco

Centro A: 50,5%=101 alumnos.(el 48,3% de las chicas y el 53,8 % de los chicos de 2º ciclo)

Centro B: 54,8 %=120 alumnos (el 57,8% de las chicas y el 41,7% de los chicos de 2º ciclo)

Consumo diario

Centro A: 9% = 18 alumnos (el 9% de las chicas y el 8,9 5 de los chicos del 2º ciclo)

Centro B: 17,35%= 38 alumnos (el 23,8% de las chicas y el 10,9 % de los chicos del 2º ciclo)

CONCLUSIONES

Otros estudios sitúan el porcentaje de fumadores a esta edad entre el 22 y el 24 %. En nuestro estudio es inferior a la descrita en ambos centros pero la tendencia es clara: En el Centro A han probado algo menos el tabaco que en el B (50,5 frente al 54,8 %), pero el consumo diario baja del 17,35% al 9%. Para nosotros motivador. Respecto al sexo de los fumadores: en el centro B las chicas superan a los chicos en probar el tabaco y en su consumo diario (como en otros estudios).

LA COMUNIDAD DE VILA-SECA UNIDA FRENTE AL ALCOHOL

*Lucia Teruel Carrillo,
Gemma Illa Sagarra,
M^a José Subirats Soler.*

INTRODUCCIÓN

El ABS Vila-seca esta situada en la comarca del Tarragonés. Atiende a una población aproximada de 15.000 habitantes. Desde este centro se creó en el año 1996 un “ Cosell Participatiu de Salut” donde actualmente estan representadas las siguientes instituciones: AA de vecinos, AA culturales, Representante de CEIPS, AMPAS y Guarderías, Cruz Roja, AA de mujeres, Ayuntamiento, Regidor de Asuntos Sociales y reg. De Sanidad y por parte el Abs, médico, enfermera y trabajadora social. Desde el inicio este Consell se reune periodicamente para canalizar y promover la participación de la comunidad en actividades de promoción, protección y en especial educación para la salud. En el año 2004 se detectó como principal problema de salud en la comunidad el consumo de riesgo de alcohol.

OBJETIVOS

Conocer la realidad del problema en nuestra comunidad tanto en población adulta como en jóvenes.

Promover actuaciones encaminadas a la sensibilización de la población con la problemática relacionada con el tema del alcohol y canalizar y promover actuaciones para favorecer la prevención.

MATERIAL Y MÉTODO

Todo el personal del centro había recibido formación sobre el tema. Contábamos con un registro en la historia informatizada específico para la captación y posterior seguimiento del bebedor de riesgo. Desde el Consell se pidió a todas las instituciones que pensasen iniciativas que ellos podían llevar a cabo y entre todos se diseñó un folleto autoencuesta donde se podía calcular el consumo de alcohol y detectar si eres un bebedor de riesgo y se daban las recomendaciones necesarias. Este folleto lo repartió el ayuntamiento a todos los hogares a través del periódico local.

Para determinar la situación en jóvenes se pasó una encuesta validada sobre conocimientos, creencias y consumo de alcohol en los dos IES de Vila-Seca a los chicos de 15-16 años, un total de 150 alumnos.

Se evaluó la encuesta y se realizaron las siguientes actuaciones: se transmitió toda la información al Consell, a los profesores de los IES y a los padres a través de diferentes reuniones con cada uno de los colectivos, se les dió información sobre el alcohol y se realizó un análisis de estudio. Se recogieron demandas y posibles actuaciones.

RESULTADOS

Sobre las encuestas: el 90% de los jóvenes tienen conocimientos correctos sobre el alcohol. El consumo de alcohol en los jóvenes es alto: 50% son consumidores habituales de fin de semana. Se constató que no había conciencia de riesgo, el 70% de los chicos creían que emborracharse de vez en cuando no hace daño.

CONCLUSIONES

Aunque consideramos que todavía no es el momento de evaluar este proceso porque nos encontramos en pleno desarrollo del trabajo podríamos reseñar las siguientes conclusiones: El Consell nos ha servido de puerta de entrada a diferentes colectivos. Hemos podido abordar un problema de salud de una forma multidisciplinar, han surgido iniciativas y han colaborado activamente la mayoría de los participantes. La comunidad toma corresponsabilidad en temas de salud junto con el ABS. Hemos conseguido aplicar a otras entidades que no estaban representadas en el Consell. Hemos intercambiado experiencias con los profesores de los IES y estamos estudiando conjuntamente la posibilidad de parti-

cipar con ellos en la implantación de programas de prevención en IES y posibilidades de posterior evaluación de las intervenciones. Hemos iniciado relaciones con las AMPAS y conseguido organizar reuniones con los padres para canalizar sus demandas y propuestas. Trabajaremos con ellos en el proyecto “Escuela de padres”.

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador quiere expresar su más profundo agradecimiento a todas las personas que han contribuido a que este proyecto sea una realidad.

En primer lugar, agradecemos al Honorable Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana su participación en el Comité de Honor y el reconocimiento del Congreso como de interés científico-sanitario.

Mencionamos especialmente la labor del Comité Científico, sobre el que ha recaído la responsabilidad de que este Congreso tuviera la consideración, la entidad y el prestigio que merece, así como a los distinguidos profesionales que han intervenido como ponentes en el programa científico presentado.

Agradecer también la colaboración de todas las entidades privadas e instituciones públicas, que de una u otra forma han hecho posible esta IV Edición y en particular a nuestras respectivas direcciones de Área por el apoyo prestado.

Queremos transmitir nuestra satisfacción por la colaboración recibida del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), que ha hecho posible la divulgación del Congreso y la publicación de este libro monográfico.

Finalmente manifestar nuestra gratitud a la Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica (A.C.I.P.) por la confianza depositada en este Comité Organizador y sobretodo a los ASISTENTES a este Congreso.

Comité Organizador

