

Nº 21 • JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992



AVGIA

REVISTA CIENTIFICA DEL ILUSTRE COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

- **PRENSA PROFESIONAL DE ENFERMERIA: SU HISTORIA**
- **CAMBIO PSICOLOGICO EN LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO**
- **EJERCICIOS Y MASAJES TRAS LA ACTIVIDAD DEPORTIVA**

SI SUMA BIEN LE DAMOS UN DIEZ.

CUENTA **6C**

Cuenta Corriente Continua

La nueva Cuenta 6C le ofrece hasta el 7% de interés anual T.A.E., desde la primera peseta, por un saldo medio mínimo mensual de Ptas. 200.000 (*).

Pero a medida que utilice Vd. más los productos y servicios del Banco, ese interés crece hasta alcanzar el 10% anual T.A.E. como se indica en el cuadro adjunto.

Así Vd. puede ganar un elevado interés con el mínimo saldo.

Cuenta 6C. Sumando... sumando...

Ejemplos de T.A.E.:

Importe.	(*) Para el tipo único base.	(**) Utilizando todos los productos y servicios reflejados.
200.000 ptas.	6,37%	9,34%
1.000.000 ptas.	6,88%	9,87%
5.000.000 ptas.	6,98%	9,98%
20.000.000 ptas.	7,00%	10,00%

Saldos medios mensuales inferiores a 200.000 ptas. sin remunerar.

- Tipo único base, hasta el	6,10 % T.A.E.
- Con domiciliación nómina	0,65 % «
- Con domiciliación 3 recibos	0,65 % «
- Con Tarjeta de crédito	0,65 % «
- Con Planes, Fondos o Seguros	0,65 % «
- Con cualquier otra operación de Activo o Pasivo	0,65 % «
- Con depósito de valores	0,65 % «
	10,00 % T.A.E.

R.B.E. n.º 436/91

Llámenos gratuitamente al 900 125 125



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

DESBLOQUEAR LA ATENCION PRIMARIA

Con el inicio del otoño, no puede decirse que el espectro sanitario esté, precisamente, huérfano de asuntos candentes. Se pueden enumerar los más importantes y en cada uno de los «salientes» existe motivo para la honda preocupación: privatización de urgencias, reivindicaciones estrictamente profesionales de Enfermería, incógnita sobre el cacareado aumento salarial (del que en otro momento hablaremos) y así hasta un largo etcétera.

Sin embargo, no vamos a incidir en ninguno de esos apartados sino que el presente Editorial quiere convertirse en una llamada de alerta sobre algo tan delicado y actual como es la Atención Primaria. Ahí es nada: ciento y cientos de profesionales involucrados, enormes recursos económicos en liza y todo para delimitar un panorama preocupante, por no decir desalentador, acerca de una parcela sanitaria (la A.P.), que lejos de consolidarse parece estar encallada, anquilosada, más propicia al enquistamiento que a dar la respuesta que esperan todos: usuarios y profesionales.

No hace mucho (Junio de este mismo año) un artículo en un Diario de ámbito nacional, firmado por Enrique Costas Lombardía, y titulado «El dogma de los Centros de Salud» encendió una polémica tan furibunda que, cuando menos, sirvió para conocer el pulso de que disfruta la A.P. en nuestro país. El economista Costa Lombardía (recuérdese: Vicepresidente del célebre «Informe Abril») sostuvo una serie de razonamientos especialmente ácidos para la A.P. en España. Venía a decir que «Mal concebidos, los Centros de Salud funcionan mal y están condenados a funcionar mal. El balance de ocho años es muy desfavorable». Y se extendía en cifras, datos y diagnósticos que ponían claramente en entredicho la existencia de unos Centros de Salud incapaces, por lo que se ve, de dar la respuesta que busca el ciudadano y ya confundidos con los añejos Ambulatorios.

Pero, junto a semejante varapalo del tecnócrata Costas, existe una distinta lectura que nosotros, modestamente, también queremos arrojar desde esta Revista Hygia. Y se basa en preguntar, ¿hasta cuando va a durar la actual política de estancamiento que padece la A.P.?; ¿hasta dónde va a permanecer el límite de recortes presupuestarios de apertura de nuevos Centros por toda España y, principalmente, por nuestra Andalucía; hasta qué punto la Administración Sanitaria va a persistir en su actual postura de no remover unas aguas que, por estancadas, corren peligro de adulterarse... y hasta qué cotas se va a prolongar la política de no potenciación?

¿No será que, de seguir por el actual camino, va a tener toda la razón el «padre técnico» (que no político) del «Informe Abril» cuando escribe que «Los Centros de Salud carecen todavía de respaldo científico y no pasan de ser el producto arbitrario de una doctrina partidista».

En Andalucía, región pionera en el inicio de la A.P., estamos especialmente obligados a reclamar un giro copernicano para la primera oferta al ciudadano en materia de Salud. Si los Hospitales padecen colapso y listas de espera se debe, entre otras razones, a que el usuario decidió «pasar» de los Centros de Salud y esa es la mejor -y la peor- de las constataciones. Por todo, urge que el Poder emprenda de inmediato la reforma de la A.P. para evitar el estado por el que ahora discurre: atonía, degradación en la imagen que recibe el ciudadano, desconfianza profesional...

Por descontado, ante las dos posturas, críticas y defensores de la actual A.P., nosotros queremos, desde esta Tribuna profesional, lanzar un S.O.S. para que algo tan costoso -en recursos humanos y crematísticos- salga del tremendo «impasse» en que se encuentra. La Atención Primaria en Andalucía es algo sencillamente tan vital como para que la Administración Autónoma no se conceda un minuto más de pasividad. Y no reclamamos nada imposible. Ni siquiera la adopción de modelos «tropicales» ya archivados. Queremos, por el bien general, que se definan las líneas futuras de la A.P. Hay mucho en juego como para no exigir la llegada de medidas que la desbloqueen. Y aquí está, al menos nuestra voz.



HYGIA

EDITA:

Ilte. Colegio Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios
y Diplomados en Enfermería
de Sevilla

DIRECTOR:

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Miguel Angel Alcántara González
M^º Dolores Ruiz Fernández

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

Carmelo Gallardo Moraleda

Juan Vicente Romero Lluch

Amelia Lerma Soriano

Antonio Hernández Díaz

Alejandro A. García Nieto

Alfonso Alvarez González

M^º Carmen Fernández Zamudio

Hipólito Gallardo Reyes

IMPRIME:

DIRECTGRAF, S.L. (Sevilla)



Tirada: 8.200 ejemplares
D.L.: SE-470-1987

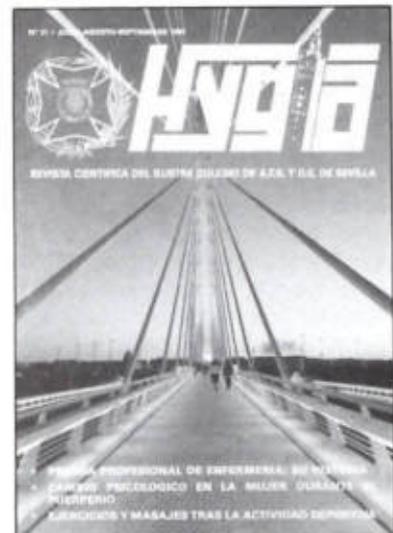
FOTOCOMPOSICION
FOTOTEC, S.L. (Sevilla)

Publicación autorizada por el
Ministerio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

Sumario

JULIO
AGOSTO
SEPTIEMBRE **21**

— EDITORIAL.....	3
— SUMARIO.....	4
— TRASTORNO ESQUIZOFRENICO.....	5
— PREMIO NOBEL.....	10
— HIPERTENSION.....	11
— EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS.....	15
— CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 21.....	20
— MASAJES.....	22
— PUERPERIO.....	24
— HISTORIA PRENSA PROFESIONAL.....	30
— MANIPULADORES.....	35
— GRANDES ENFERMERIA.....	40
— NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS.....	42



Autor: *Juan Carlos Palomo Lara*
Título: «Acaba la Exposición, pero queda la esperanza»

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos exclusiva de quienes los escriben

EL ABORDAJE DEL TRASTORNO ESQUIZOFRENICO CRONICO DESDE LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SALUD MENTAL «VIRGEN DEL ROCIO»

Autores: **D. Carlos Cuevas Yust**
Coordinador U.R.A. «Virgen del Rocío»,
D.E. y Psicólogo
D. Salvador Perona Garcelán
Psicólogo U.R.A. «Virgen del Rocío».
D. José Arevalo Cobo
A.T.S. U.R.A. «Virgen del Rocío».

INTRODUCCION

Tradicionalmente, en la comprensión del *trastorno esquizofrénico* se han formulado múltiples teorías o modelos. Todos ellos se han caracterizado por enfocar la etiología desde un punto de vista unidimensional; esto es, modelos que exclusivamente se han centrado bien en factores de tipo biológico, psicológico o social. Últimamente, en el abordaje de los problemas esquizofrénicos, existe un mayor consenso entre los profesionales que trabajan en salud mental, acerca de la necesidad de considerar las interacciones entre los tres tipos de factores citados. Prueba de ello, es el *modelo de Vulnerabilidad-Estrés*, formulado originalmente por Zubin y Spring en 1977.

MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRES

El modelo de Vulnerabilidad-Estrés permite una mejor comprensión del principio, curso de trastorno y funcionamiento psicosocial de las personas con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia; y ello como resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, sociales y conductuales.

Vulnerabilidad se entiende como aquellos factores de carácter permanente que determinan una mayor predisposición a padecer el trastorno. Entre estos factores, se señalan los ligados claramente al plano biológico-



Momento de una entrevista individual.

alteraciones de tipo neurofisiológico- y al plano de «lo adquirido» -historia de aprendizaje de un repertorio comportamental deficitario, dificultades en el procesamiento de la información y posibles lesiones de carácter somático-.

El **Estrés** es el otro elemento fundamental del modelo. Es un concepto que se refiere a todos aquellos acontecimientos de la vida que pueden suponer un fuerte impacto emocional. La mayoría de los autores distinguen dos tipos de acontecimientos vitales estresantes: a) acontecimientos agudos, es decir, sucesos puntuales en el tiempo como por ejemplo, la muerte de un familiar, la pérdida del trabajo, la

realización del servicio militar, un divorcio, etc; y b) acontecimientos crónicos, que se refieren a unos niveles de estrés mantenidos durante un tiempo prolongado, como por ejemplo, un clima familiar hostil, unas condiciones socio-laborales precarias, etc.

La relación entre la vulnerabilidad y el estrés no es directa, sino que está medida por una serie de factores. Son las **Variables Protectoras**, y su función consiste en amortiguar el impacto del estrés en la persona con discapacidad psiquiátrica. Estas variables son las habilidades de afrontamiento del estrés y de autocontrol emocional del sujeto, la medicación neuroléptica, las redes de apoyo socio-familiar, etc.



El entrenamiento en habilidades sociales es fundamental en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Desde esta posición se puede plantear la hipótesis de que una persona «psicobiológicamente vulnerable a la esquizofrenia» podría sufrir un episodio psicótico ante acontecimientos vitales estresantes, tensiones familiares y/o tensiones socio-laborales, siempre y cuando careciese de las precisas habilidades personales y unas redes de apoyo social adecuadas. Igualmente, también podemos hipotetizar que potenciando dichas habilidades de afrontamiento y autocontrol emocional, y el desarrollo de unas redes de apoyo social estables, se reducirá la probabilidad de que una persona «vulnerable» sufra una recaída y se evitará la insaturación o intensificación de un deterioro en su funcionamiento psicosocial.

Por tanto, el interés de este modelo consiste en su carácter esencialmente pragmático, pues nos permite determinar que variables debemos evaluar, y como consecuencia de ello, nos facilita el diseño de estrategias de intervención dirigidas a reducir o eliminar los síntomas y a posibilitar un funcionamiento psico-social lo más normalizado posible.

REHABILITACION PSICOSOCIAL

La Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos esquizofrénicos crónicos, es un tipo de intervención encuadrada en el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés y en el Modelo de Competencia (Albee, 1980). Su

objetivo es fomentar y enseñar a personas con discapacidades psiquiátricas, las habilidades que necesita para vivir de forma satisfactoria en su entorno social inmediato, además de proporcionarles aquellos recursos y apoyos sociales que faciliten dicha integración (Perona y Cuevas, 1991). Por lo tanto, no se trata exclusivamente, de reducir o eliminar síntomas positivos de la esquizofrenia, tales como alucinaciones o ideas delirantes, los cuales son objetivo de las intervenciones clínico-terapéuticas, sino de potenciar y desarrollar el funcionamiento psicosocial del sujeto en su medio.



Revisión de casos, una tarea en equipo.

LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SALUD MENTAL «VIRGEN DEL ROCIO»

De forma muy resumida mencionaremos que en Andalucía la salud mental es abordada a través de una red de dispositivos comunitarios organizados en función del nivel de especialización de los mismos.

En el primer nivel se encuentran los Equipos Básicos de Atención Primaria (E.B.A.P.) que actúan como puerta de entrada para cualquier ciudadano con problemas relacionados con la salud mental y dónde se lleva a cabo una primera evaluación y tratamiento. En el caso de que el problema sobrepase los niveles de especialización de los profesionales de estos equipos, los usuarios son derivados a los Equipos de Salud Mental de Distrito (E.S.M.D.).

Los E.S.M.D. se encuentran en el segundo nivel y son el primer dispositivo especializado en evaluación y tratamiento de los problemas de salud mental. Es a partir de estos dispositivos desde donde se puede acceder al tercer nivel o dispositivos de máxima especialización, que son:

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (U.S.M.I.), Unidades de Salud Mental de Hospital General (U.S.M.-H.G.), Comunidad Terapéutica (C.T.) y Unidades de Rehabilitación de Área (U.R.A.). (IASAM, 1988).

Las URAs son pues unidades de tercer nivel, especializadas en la rehabilitación psicosocial de personas con diagnóstico de psicosis, asumiendo

directamente la evaluación e intervención del proceso de rehabilitación de aquellos usuarios que debido a su importante nivel de deterioro psicosocial y a la atención específica que requieren, rebasan las posibilidades de atención de los E.S.M.D.

El trabajo que la URA «Virgen del Rocío» desarrolla con la población psicótica que le corresponde, se organiza en torno al *Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)*. El PIR es el eje central de nuestro trabajo, y en él se va especificando el proceso de rehabilitación de los usuarios. El PIR es pues un proceso que comprende todas aquellas actividades, de evaluación y de intervención, dirigidas a que las personas psiquiátricamente discapacitadas alcancen el mejor nivel posible de funcionamiento psicosocial, de integración social en su medio natural y de calidad de vida (Cuevas y Perona, 1991; Rivas y Rodríguez, 1991). Este proceso consta de cuatro pasos:

1) Evaluación: consiste en obtener la información suficiente para poder valorar el funcionamiento de una persona en las distintas áreas de su vida (autonomía personal, redes sociales, habilidades sociales, niveles de actividad ocupacional-laboral, relaciones familiares, funcionamiento cognitivo, conductas instrumentales, habilidades de control emocional y de resolución de problemas, recursos materiales, recursos sociales, etc.). Una vez detectadas las áreas deficitarias o de mayor dificultad, se exploran cuales son las conductas-problema específicas que impiden o interfieren en una adecuada adaptación del individuo al entorno social en el que vive. Posteriormente, y tras la identificación de las conductas-problema, se realiza su análisis funcional, para así, establecer cuáles son las variables que tienen que ver con su mantenimiento; al tiempo, se valora cuáles serían las conductas más adecuadas y facilitadoras de una óptima adaptación al medio social.

2) Formulación de Hipótesis: la evaluación culmina con el establecimiento de una hipótesis de trabajo que permita comprender la situación actual del usuario y que facilite el establecimiento de una serie de objetivos específicos de intervención.

3) Intervención: la intervención se lleva a cabo mediante programas y actividades grupales y/o individuales con nuestros usuarios y sus familiares.



La actividad artística, instrumento para mejorar variables cognitivas y psicomotricidad fina.

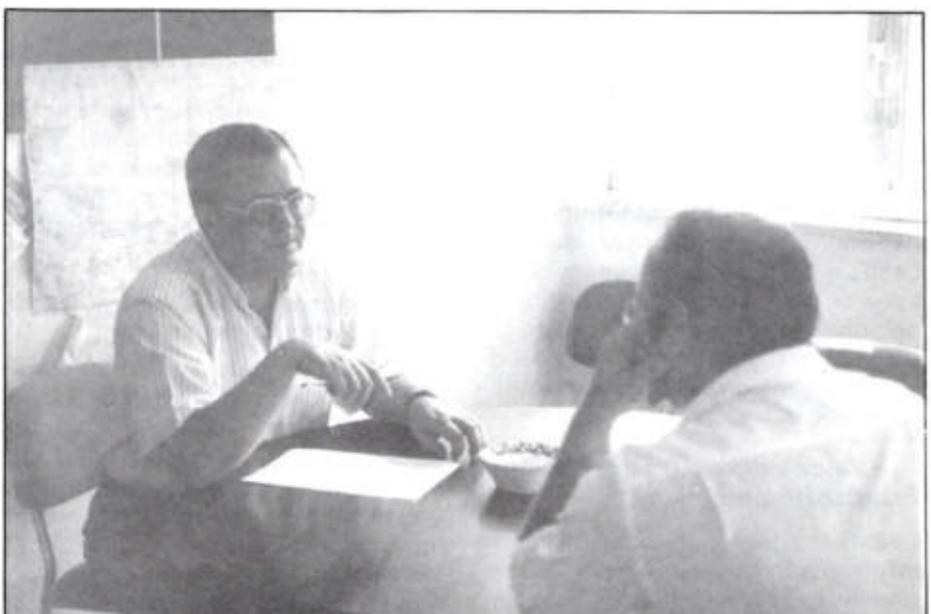
Los programas de intervención se desarrollan en la URA y en el entorno natural del sujeto. La rehabilitación se trata de un proceso continuo y dinámico, así, una vez alcanzados los objetivos marcados, nos plantearíamos conjuntamente con el usuario y su familia la posibilidad de otros más ambiciosos.

4) Seguimiento: en esta fase, la última, el objetivo básico es el mantenimiento de los éxitos alcanzados y la prevención de factores de riesgo de incapacitación. En caso de no alcanzarse los objetivos, tendría lugar

una reevaluación del proceso para detectar y modificar las posibles causas de tal eventualidad (Cuevas y Perona, 1991).

LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION DE LA URA

Es preciso dejar claro que rehabilitación psicosocial no es igual a aplicación de programas. La rehabilitación es un proceso dirigido a ayudar a los individuos a alcanzar el mejor nivel de funcionamiento personal que posibilite su integración social. En dicho



Es indispensable ofrecer al enfermo, una información clara y sencilla del trastorno que padece.

proceso se ponen en marcha muchas y diferentes intervenciones y actividades, una de las cuales, y sólo una, lo son los programas de rehabilitación psicosocial. Los programas son fundamentalmente instrumentos de trabajo, intervenciones sistemáticas, caracterizadas por la especificación de objetivos a alcanzar, por la determinación de actividades a realizar para alcanzarlos y por la evaluación de sus resultados. Los programas no deben de constituir intervenciones estandarizadas para cualquier persona, ni tampoco pueden establecerse «a priori» cuáles son los que hay que poner en marcha en un dispositivo. Los programas son intervenciones cuya necesidad de diseño e implementación surge, tras la evaluación de la población objeto de la asistencia sanitaria, y si bien se pueden desarrollar dentro de un formato grupal, se ajustan a las necesidades específicas de cada usuario, los cuales tendrán siempre unos objetivos particulares dentro del programa, que no necesariamente serán idénticos al del resto de participantes en dicha actividad. En el mismo sentido, tampoco todos los sujetos tienen que pasar por todos los programas; así, los programas en los que un paciente es recomendable que participe, es algo que derivará de su Plan Individual de Rehabilitación. A continuación, y teniendo presentes las reflexiones recién efectuadas, vamos a comentar a modo de ejemplo, algunos de los programas que actualmente se llevan a cabo en la Unidad de Rehabilitación del Área «Virgen del Rocío»:

- Programas de Desarrollo de la Autonomía Personal:

Este programa trata de conseguir que los usuarios puedan vivir en la comunidad de forma autónoma e independiente, de modo que sean capaces de satisfacer sus necesidades básicas, como por ejemplo, la higiene personal, el cuidado de su hogar, habilidades para cocinar, manejo del dinero, realización de gestiones y utilización de transportes.

- Psico-educación del Paciente Esquizofrénico:

Este programa pretende ofrecer la información necesaria para la comprensión del trastorno que padecen: información sobre los síntomas esquizofrénicos, características del

tratamiento neuroléptico y su importancia como variable protectora, sus efectos secundarios y estrategias de afrontamiento de los mismos, adherencia al tratamiento y manejo de la medicación. También se informa sobre la importancia de un estilo de vida saludable, y eliminación de hábitos nocivos como el consumo de alcohol y drogas. A través de este programa se potencia la asistencia regular a las revisiones psiquiátricas y se entrenan las habilidades de comunicación del usuario en las entrevistas con su especialista, de modo que transmita adecuadamente cual es su estado clínico actual y posibles problemas relativos a la medicación.

- Psicoeducación Familiar:

Se trata de actividades dirigidas a proporcionar a los familiares y/o allegados una información detallada sobre el trastorno esquizofrénico: etiología, síntomas, importancia de los factores ambientales, incidiendo sobre el clima familiar, y los distintos tipos de tratamientos; así como mejorar sus habilidades de comunicación y resolución de problemas familiares.

Con estas intervenciones, se pretende aportar conocimientos, variar las actitudes de la familia con respecto al paciente, eliminar posibles ansiedades relacionadas con el problema, desculpabilizar y lograr una actitud de colaboración, una «buena relación» con el equipo que facilite el proceso de rehabilitación.

- Manejo del Estrés:

Consiste en dotar a los individuos de un conjunto de estrategias comportamentales que les faciliten disminuir o eliminar el estrés y por ello, la probabilidad de recaídas, y además, que le permitan tener una mayor capacidad de afrontamiento y autoeficacia personal.

- Programa de Desarrollo de Actividades Cotidianas:

Una de las características de las personas diagnosticadas de esquizofrenia es la gran cantidad de tiempo en el que están inactivos y desocupados. El objetivo de este programa sería una utilización más rica y productiva de su tiempo diario en función del incremento de actividades cotidianas, que faciliten la recuperación de los diferentes roles sociales perdidos a lo largo de la historia del trastorno.

- Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Consisten en enseñar al usuario aquellas habilidades necesarias para una adecuada integración social y para aumentar las redes de apoyo social. El entrenamiento abarca las habilidades de observación de elementos relevantes de las situaciones sociales, las habilidades de atención y escucha, habilidades conversacionales, comportamientos asertivos y resolución de problemas sociales.

- Programas Laborales:

Pretende desarrollar aquellas conductas y habilidades que permitan la integración del individuo en el ámbito laboral, partiendo de su nivel de funcionamiento actual. Se distinguen habilidades de búsqueda de trabajo y de mantenimiento del trabajo.

- Programas de Psicomotricidad:

Son actividades que ayuda a mejorar la motilidad corporal que pueda estar disminuida como consecuencia de largos periodos de inactividad o de algunos efectos secundarios de los neurolépticos.

- Programas de Intervención Cognitiva:

Los objetivos de este programa se dirigen a mejorar aquellas variables cognitivas, tales como la atención y memoria que puedan estar alteradas y dificulten la aprehensión de la realidad.

EL EQUIPO PROFESIONAL DE LA UNIDAD DE REHABILITACION «VIRGEN DEL ROCIO»

Una de las características de nuestra Unidad es que desarrolla una labor comunitaria, empleando una metodología de trabajo en equipo. Los «casos» que requieren de nuestra asistencia no se adscriben a un único profesional, sino que son «casos» del equipo, de un equipo multidisciplinar e interdisciplinar que evalúa e interviene en los procesos de rehabilitación de la población psicótica, aportando cada profesional los conocimientos procedentes de sus respectivas disciplinas. Así, las reuniones del equipo para diseñar el trabajo con los usuarios son básicas. Participar en un tra-

bajo en equipo, supone que debe de existir una cierta flexibilidad profesional, pero debe también de quedar claro que cada profesional tiene un curriculum particular que debe de definir en buena medida su papel en el dispositivo. No obstante es interesante señalar que en dispositivos como el nuestro—La URA «Virgen del Rocío» se inauguró en mayo de 1989—, es decir, dispositivos nuevos, no sólo en Andalucía, sino en España, se encuentran algunas áreas de trabajo en rehabilitación relativamente inéditas, en las que no existe una previa «definición de funciones» para todos los profesionales, siendo a partir de la experiencia y de la respuesta que hay que ofrecer a las necesidades de los usuarios que ésta se va produciendo.

La plantilla de la Unidad de Rehabilitación «Virgen del Rocío» la constituyen los siguientes profesionales: 2 Psicólogos—uno de ellos es el Coordinador de la Unidad—, 1 ATS/DUE, 1 Trabajador Social, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Monitores, 4 Auxiliares de Clínica y 1 Auxiliar Administrativo.

EL ATS/DUE EN LA UNIDAD: ACTIVIDADES

Las actividades de un ATS/DUE en una Unidad de Rehabilitación, van a estar en función de la metodología de trabajo, y del modelo teórico explicativo del comportamiento humano en

que dicha Unidad base su labor. De ahí que las actividades que el ATS/DUE de nuestro dispositivo realiza no se puedan generalizar, sin más, a las que llevaría a cabo en cualquiera de las Unidades de Rehabilitación existentes en nuestro país. Así, el trabajo que el ATS/DUE realiza en nuestro centro se concreta en los siguientes niveles:

1) Nivel asistencial: participación en los Programas de Psicoeducación de los Pacientes, Programas de Educación para la Salud, Psicoeducación Familiar, Programas de Relajación, Programa de Revisión de Pacientes y Programa de Visitas Domiciliarias.

2) Nivel de coordinación: participación en todas las actividades de equipo de nuestro centro y en actividades de coordinación con otros dispositivos, fundamentalmente con los Equipos de Salud Mental de Distrito.

3) Nivel formativo: participación en actividades formativas internas y/o externas a nuestro dispositivo, como docente y/o discente; supervisión de los estudiantes DUE que rotan por nuestra Unidad.

4) Nivel investigación: participación en las investigaciones puestas en marcha en el dispositivo.

Queremos subrayar que estas son las actividades *actuales*, sobre todo en el nivel asistencial, debido a la idea de que en salud mental comunitaria, debemos de estar adaptándonos conti-

nuamente a las necesidades de la población. No es la población la que se debe «adaptarse» a los servicios de salud, sino al contrario.

RESUMEN

En el presente artículo presentamos la filosofía de trabajo en que se basa la función asistencial de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental «Virgen del Rocío». Esto es, el modelo de Vulnerabilidad-Estrés y el concepto de rehabilitación psicosocial, y todo ello en el marco del modelo andaluz de atención a la salud mental. Así mismo, se describen la metodología y fases que se contemplan en el proceso de rehabilitación de una persona—Plan Individualizado de Rehabilitación—y los programas de intervención más usuales. Por último, exponemos la filosofía de trabajo interdisciplinar de nuestro dispositivo y las actividades realizadas por el ATS/DUE.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia. Rehabilitación Psicosocial. Psicosis.

RESUMEN BIBLIOGRAFICAS

- ALBEE, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J. Sigal (eds.), págs. 213-238.
- CUEVAS YUST, C. y PERONA GARCELAN, S. (1991). La función asistencial de la Unidad de Rehabilitación de Area «Virgen del Rocío» de Sevilla. *Comunicación presentada en las X Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Segovia.
- PERONA GARCELAN, S. y CUEVAS YUST, C. (1991). El papel del entrenamiento en habilidades en rehabilitación psicosocial. *Comunicación presentada en las XVI Jornadas Andaluzas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. Granada.
- RIVAS, C. y RODRIGUEZ, R. (1991). Una aproximación teórica a la rehabilitación psiquiátrica. *Revista de Humanidades*, No. 2, págs. 201-213. UNED, Centro Asociado Sevilla.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). Vulnerability: a new review of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 86, No. 2, págs. 103-126.



El programa pretende conseguir que la persona pueda vivir de una forma autónoma e independiente.

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1919

JULES BORDET



El Premio Nobel de Medicina y Fisiología de 1919, el primero que se atribuye tras la conclusión del conflicto bélico iniciado en 1914, es concedido a Jules Bordet por sus descubrimientos sobre el problema biológico de la inmunidad, tema por el que fueron galardonados con tan alta distinción científico en 1900 Emil von Behring y en 1908 Elie Metchnikoff y Paul Ehrlich. Nació Jules Jean Baptiste Vincent Bordet en Soignies, Bélgica, el 13 de junio de 1870; los estudios universitarios los hizo en Bruselas, obteniendo en 1892 el título de doctor en Medicina; dos años más tarde se encuentra en París, donde trabaja en el Instituto Pasteur, con Metchnikoff, hasta 1901; en esta fecha retorna a Bélgica y en Bruselas funda un Instituto Pasteur del que fue director; su actividad docente, cumplida como profesor de Bacteriología en la Universidad de Bruselas, se extiende

desde 1907 hasta 1935; en la capital belga muere Bordet el 6 de abril de 1961. En 1916 fue nombrado miembro de la Royal Society.

La labor científica de Jules Bordet, continuada e importante, incluye como su capítulo más importante el estudio de las reacciones de inmunidad. Uno de sus primeros trabajos, dado a conocer en 1892, en los *Anales* del Instituto Pasteur, estudia el «vibrio metchnikovi», aislado y descrito por Nikolai Gamaleia; en 1895, en los *Anales* de la Sociedad de Ciencias Médicas y Naturales de Bruselas (4: 455-530), publica el trabajo «Contribution a l'étude du sérum chez les animaux vaccinés», texto fundamental para el entendimiento de las propiedades del suero de animales inmunizados. La hemolisis bacteriana, otra decisiva contribución de Bordet, es descrita por este autor en el estudio «Sur l'agglutination et la dissolution

des globules rouges par le sérum d'animaux injectés de sang défibriné» (*Annales de l'institut Pasteur* 1898-1899; 12: 688-95; 13: 225-50); el tema torna a ser objeto de su consideración en un trabajo, también publicado en los *Annales de l'institut Pasteur* (1900-1901; 14: 257-96; 15: 303-18), titulado «Les sérums hémolytiques, leurs antitoxines et les théories des sérums cytolytiques». En colaboración con Octave Gengou, Bordet explica en los años iniciales del siglo la que va a denominarse «fijación del complemento» («Sur l'existence de substances sensibilisatrices dans la plupart des sérums antimicrobiens»; *Annales de l'institut Pasteur*; 1901; 15: 289-302); la desviación del complemento fue descubierta por Neisser y Wechsberg y descrita por estos autores en un artículo aparecido en 1901 en el *München med. Wochenschrift*.

La aportación del Bordet-Gengou sirvió de punto de partida para el establecimiento de diversas técnicas de laboratorio de inestimable utilidad clínica, entre otras, por ejemplo, la de Wassermann para el diagnóstico de la sífilis. Otros estudios de Jules Bordet abordan temas de tanta significación en el panorama del saber biológico de su tiempo como el problema de la coagulación (1904-12), el de la hemolisis (1912) y el de la anafilaxia (1913). En 1906 descubre, con Gengou, el bacilo «haemophilus pertussis», también denominado con los nombres de sus descriptores («Le microbe de la coqueluche»; *Annales de l'institut Pasteur*; 1906-1907; 20: 731-41; 21: 720-26). El *Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses*, publicado por Bordet en 1920, es hoy considerado un texto clásico.

Históricamente, la contribución de Jules Bordet constituye un valioso intento de dar respuesta al problema biológico de la inmunidad, suscitado por Behring, ofreciendo una interpretación del mismo más sencilla e inmediata, menos ambiciosa también, que la defendida por Paul Ehrlich.

CALIDAD DE VIDA EN EL HIPERTENSO

Autores: **D^a M^a Luisa Lucena Vera, D.E.**
D. Juan Luis Pizarro Núñez, D.E.
D^a Concepción Baras Japón, D.E.
 Unidad de Hipertensión e Hiperlipemia.
 H.U. Virgen Macarena (Sevilla)

CALIDAD DE VIDA

Existen diversos criterios para definir la calidad de vida; una opinión sería: «Estado de bienestar interno del paciente».

Hay quienes opinan que una combinación de factores subjetivos y objetivos se ajustan mejor a la definición, incluyendo ésta los siguientes aspectos:

- * Bienestar subjetivo.
- * Salud física y mental.
- * Situación vital externa.
- * El bienestar se valora mediante pruebas psicométricas; debe considerarse:

- El grado de energía del individuo.
- La relajación.
- El nivel de satisfacción.

* La salud física y mental es valorable por los síntomas, los tests psicométricos y las entrevistas.

* La situación vital externa, depende de la situación económica, alojamiento y actividad social.

La calidad de vida es percibida de forma distinta por el médico, el paciente o los familiares.

Está aceptado que se debe prestar especial importancia a la opinión del propio paciente.

¿COMO SE PUEDE MEDIR LA CALIDAD DE VIDA?

Los tres métodos más usados para evaluar la calidad de vida son:

* *La comunicación espontánea* mediante la cual el paciente manifiesta los síntomas que cree relacionados con la H.T.A., o su tratamiento. Tiene el inconveniente que el enfermo puede subestimar síntomas debidos a efectos secundarios.

* *Interrogación.* El interrogatorio debe ser dirigido, lo ideal es compaginar la comunicación espontánea y el interrogatorio, para evitar obtener solamente los «síntomas esperables».

* *Pruebas psicométricas.* Los resultados de estas pruebas pueden verse influidas por factores externos, el momento en que se realiza, el nivel de presión arterial y la terapia utilizada. Entre los métodos más utilizados están:

- La escala de Likert.
- La escala analógica-visual.

CONSIDERACIONES

Tenemos que tener en cuenta que la escala de valores varía de un paciente a otro, para un paciente la presentación de un ligero dolor de cabeza o sequedad de boca en el curso de un tratamiento, puede ser un gran inconveniente; mientras que para otro el

TABLA I
PROTOCOLO DE EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA
 Adaptado de SQUIB

1. Juego un papel útil en la vida	(V/F):
2. Me siento agobiado y en tensión	(V/F):
3. Puedo superar mis dificultades	(V/F):
4. Me siento poco feliz y deprimido	(V/F):
5. Me tomo las cosas demasiado a pecho	(V/F):
6. Vivo la vida sin esperanzas	(V/F):
7. Me irrito con facilidad	(V/F):
8. Me arreglo para mantenerme ocupado y activo	(V/F):
9. Siento calor y afecto por los que me rodean	(V/F):
10. Me relaciono normalmente con los demás	(V/F):
11. Me preocupa mucho mi salud	(V/F):
12. Me canso enseguida	(V/F):
13. Me cuesta recordar cosas recientemente	(V/F):
14. Me resulta fácil concentrarme en las tareas habituales	(V/F):
15. A menudo me duele la cabeza	(V/F):
16. Siento mareos y me cuesta andar con seguridad	(V/F):
17. Tengo interés en cuestiones relativas al sexo	(V/F):
18. Duermo menos de lo normal a mi edad por la noche	(V/F):
19. Durante el día me siento con sueño	(V/F):
20. Debo levantarme varias veces a orinar por la noche	(V/F):
21. Tengo un apetito normal	(V/F):
22. He adelgazado recientemente	(V/F):
23. Tengo problemas de digestión: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento	(V/F):
24. A menudo me siento enfermo	(V/F):
25. Los medicamentos me causan molestias	(V/F):



La entrevista debe ser dirigida, compaginando la comunicación espontánea con el interrogatorio.

mismo tratamiento puede poner de manifiesto distintos síntomas.

Se ha demostrado que el sólo hecho de ser diagnosticado de H.T.A. tiene una gran importancia para el paciente, reflejada en las estadísticas de absentismo laboral en las que se demuestra que durante el año siguiente es cinco veces superior al año precedente.

La H.T.A. es un factor de riesgo importante para las enfermedades vasculares, al menos que presente complicaciones, la H.T.A. no provoca una sintomatología aparatosa ni limita las actividades normales del individuo, por esta razón el paciente hipertenso al ser sometido a un tratamiento específico le hacemos consciente de su enfermedad, presentado a veces síntomas atribuibles a la terapia antihipertensiva que les reducen la calidad de vida. En la actualidad se tiende a un tratamiento individualizado de la H.T.A. según la fisiopatología y otros factores de riesgo asociados (diabetes, hiperlipemia, obesidad, etc.). Es en los casos de H.T.A. leve donde la calidad de vida tiene un especial relieve ya que en aquellas hipertensiones severas o graves el tratamiento instaurado, no se cuestiona, pues siempre reportará al paciente más beneficios que inconvenientes al ser evidente la disminución de la complicaciones cerebrovasculares, cardíacas y renales, a medio y largo plazo. En la actualidad existen numerosos medicamentos antihipertensivos pertenecientes a di-

versos grupos farmacológicos, que a veces para obtener efectos beneficiosos sobre la morbimortalidad de la hipertensión requieren un tratamiento combinado, es por lo tanto imprescindible valorar el equilibrio entre los efectos negativos secundarios y las acciones positivas de la medicación.

EFFECTOS NEGATIVOS DE ALGUNOS GRUPOS DE FARMACOS

* **DIURETICOS:** Son empleados como fármacos de primera línea.

Existen tres grupos de fármacos: las tiazidas, los diuréticos de asa y los ahorradores de potasio.

El mecanismo de acción para conseguir el efecto hipotensor se cree que es la depleción del volumen circulante al eliminar sodio y agua en la orina. A largo plazo reducen las resistencias periféricas al disminuir el contenido de sodio de la pared vascular.

Los efectos negativos más destacados son:

- Hipopotasemia.
- Hiperuricemia secundaria a una mayor reabsorción renal del ácido úrico.
- Hiperglucemia posiblemente por inhibición de la secreción de insulina por el páncreas y a un bloqueo de la utilización de la glucosa.
- Hipercalcemia.
- Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.
- Otros efectos secundarios: sordera transitoria, rash cutáneo, alteraciones gastrointestinales, mareos, calambres, ginecomastia, trastornos menstruales e impotencia. Por el gran número de efectos secundarios en la actualidad se recomienda su uso a dosis bajas.

* **BETABLOQUEANTES:** Existen varias teorías sobre el mecanismo de acción de los betabloqueantes: disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, inhibición de la excreción de renina, inhibición de la noradrelina.



Por la comunicación espontánea, el paciente manifiesta los síntomas de su H.T.A.



El tratamiento de la H.T.A. debe ser individualizado para cada persona.

Los efectos secundarios los puede ejercer a nivel cardíaco; se puede producir insuficiencia cardíaca al disminuir la frecuencia y la fuerza de contracción. A nivel respiratorio, los β no cardioselectivos pueden producir broncoespasmo. A nivel del sistema nervioso central, se ha descrito alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas), fatiga, depresión y alucinaciones. Otros efectos secundarios pueden afectar el bienestar del paciente: son el fenómeno de Reynaud y la disnea. En los pacientes diabéticos tratados con insulina, pueden favorecer la aparición de hipoglucemias.

* **ALFABETABLOQUEANTES:** Actúan sobre los receptores alfa adrenérgicos, ejercen su mecanismo de acción al disminuir las resistencias periféricas. Los efectos secundarios más importantes son mareos, cansancio, hipotensión postural, disnea, depresión y trastornos gástricos.

* **ANTAGONISTAS DEL CALCIO:** Existen tres grupos de fármacos dentro de esta familia: los derivados de la Papaverina (verapamil), los derivados de la Dihidropiridina (el más conocido es la nifedipina), los derivados de la benzodiazepina (diltiazem). Los antagonistas del calcio actúan al inhibir la entrada del calcio en la célula a través de los canales lentos, produciendo una reducción del tono de la musculatura lisa y de las resistencias periféricas.



Medición correcta de la T.A.

Estos fármacos no parece que afecten la sensación de bienestar de los pacientes tratados a largo plazo, aunque al inicio del tratamiento se pueden presentar sofocos, edemas pretibiales, palpitaciones y estreñimiento.

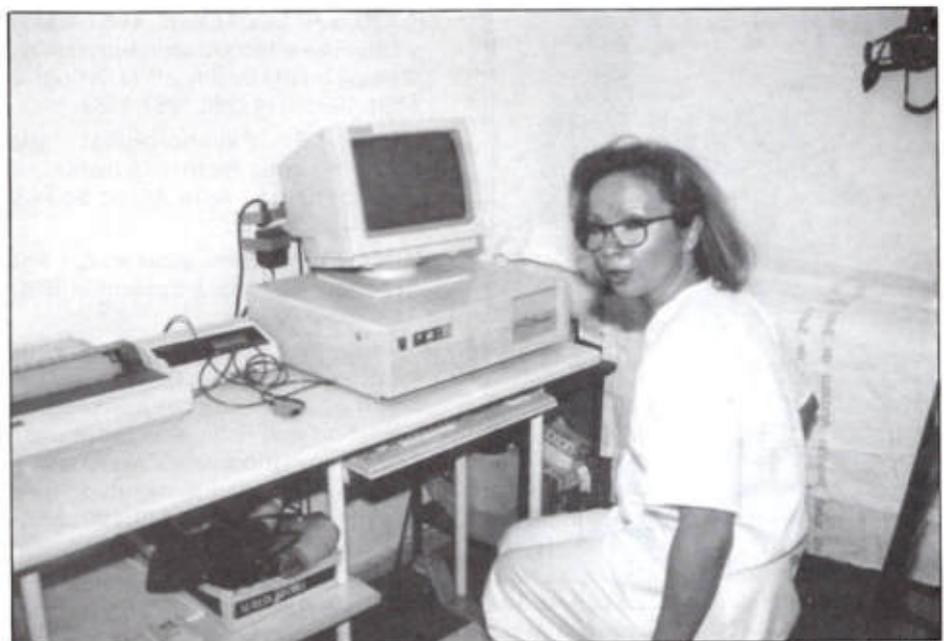
* **INHIBIDORES DE LA ECA:** Actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona, inhibiendo el paso de angiotensina I a angiotensina II que es un potente vasoconstrictor.

Los inhibidores de la ECA presentan pocos efectos secundarios, se han descrito como más importantes la tos y trastornos del gusto.

CONCLUSIONES

De los estudios realizados: Perfil de Salud de Nottingham, Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Sickness Impact Profile), el estudio de Bulpitt (1990) y el último más reciente de Fletcher y cols., se deduce lo siguiente:

Pequeños cambios numéricos en los índices y escalas de bienestar general tienen grandes repercusiones sociales que pueden incluso traducirse en despidos del trabajo o en precisar los servicios de salud mental.



La calidad de vida es percibida de forma distinta por el personal sanitario, paciente o familiares.

Se demuestra que los diferentes medicamentos antihipertensivos con similares efectos terapéuticos pueden influir sobre diversos aspectos de la calidad de vida, pudiéndose evaluar por medicaciones psicosociales.

En la clínica, los aspectos de calidad de vida deben valorarse como factor importante de la eficacia del tratamiento.

Parece fuera de duda que ciertos fármacos provocan notables alteraciones de la calidad de vida por los efectos secundarios, tanto físicos como psíquicos, resultando a veces difíciles de detectar.

Es necesario valorar de cada fármaco tanto la actividad como los efectos secundarios, acercarse al paciente y a su entorno y dirigir la actitud terapéutica no sólo a curar la hipertensión, sino a mejorar su nivel global de salud modificando el conjunto de hábitos y relaciones con su entorno (aumento de concentración en el trabajo, relaciones personales y familiares, sensación de bienestar físico y mental), todo ello ayudará además a reducir la alta tasa de abandonos del tratamiento.



La salud física y mental de la persona son factores indispensables para medir el grado de calidad de vida del paciente.



Edificio donde está ubicada la consulta de HTA e hiperlipemia.

BIBLIOGRAFIA

- DAWBEN, T.H.R. The Framingham Study. A Commonwealth Fund Book. Mas. Harvard University Press, Cambridge 1980.
- MACMAHON, S.W. CUTLER, J.D., FINBERG, C.D. PAYNE, G.H. The effects of drug treatment for hypertension on morbidity and mortality from cardiovascular disease: A review of randomized trials. *Prog. Cardio. Dis.* 1986; 29 (Suppl. 1): 99-118.
- CROOG, S.H., SOL LEVINE, TESTA, M.A. y cols. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl. J. Med.* 1986; 314 (26): 1657-1664.
- JERN, S. Psychological and hemodynamic factors in borderline hypertension. *Acta Med. Scand.* (suppl. 662) 1982.
- MONK, M. Psychological status and hypertension. *Am. J. Epidemiol* 1980. 112: 200-208.
- Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. Five year findings of The Hypertension Detection and Follow-up Program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. *JAMA* 1979; 242: 2562-2571.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248: 1465-1477.
- MANNA, A.H. Hypertension: psychological aspects and diagnostic impact in a clinical trial. *Psychol. Med. Monogr.* 1984 (suppl. 5); 5: 1-35.
- LINDGREN, B. The economic impact of illness. En: *Costs of illness and benefit of drug treatment.* Clinical Pharmacology, 4, W. Zuckschwerdt Verlag. München 1990.
- JACHUCK, S.J., BRIERLY, H., JACHUCK, S., WILCOX, P.M. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. *J.R. Coll. Gen. Pract.* 1982; 32: 103-105.
- WENGER, N.K., MATTSON, M.E., FURBERG, C.D., ELISON, J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapy. *Am J. Cardiol.* 1984; 54: 908-913.
- Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mmHg. *JAMA* 1967; 202: 1028-1034.
- BUSH, J.W., CHEN, M.M., PATRICK, D.L. Health status index in cost-effectiveness: analysis of a PKU program. In *Health Status Indexes*, edited by Berg R.L. Chicago: Hospital Research and Educational Trust, 1973.
- SOLOMON, S., HOTCHKISS, E., SARAVAY, S.M., BAYER, C., RAMSEY, P., BLUM, R.S. Impairment of memory function by antihypertensive medication. *Arch. Gen. Psychiat* 1983; 40: 1109-1112.

EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS

Autores: **D. José Miguel Parejo Muñoz, D.E.**
D. Emilio Rodríguez Rodríguez, D.E.
D. Manuel León Gea, D.E.
 Unidad de Grandes Quemados del H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

1. INTRODUCCION

Una vez descritos la atención de enfermería en la fase aguda, los problemas de enfermería durante el curso hospitalario del gran quemado, su evolución y complicaciones más frecuentes, debemos conocer su incidencia en nuestro medio. Para ello hemos realizado un estudio estadístico en la Unidad de Grandes Quemados del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, donde se analizaron 777 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre un mes y ochenta y cinco años, con el fin de estudiar comparativamente a estos enfermos atendidos en nuestra Unidad, tanto los pacientes ingresados, como aquellos que no lo necesitaron y fueron tratados ambulatoriamente. Con los datos obtenidos hemos elaborado un programa de prevención lo más adaptable posible a la sociedad en la que vivimos. Para ello, hemos formado dos grupos de estudio:

- **GRUPO A:** Comprende un período desde el día 1 de enero al 30 de septiembre del año 1990, con un total de 203 pacientes ingresados.

- **GRUPO B:** Volumen de quemaduras llegadas a nuestro Servicio de Urgencias que no necesitaron hospitalización. En un período comprendido entre el 1 de marzo al 30 de septiembre de 1990.

2. MATERIAL Y METODO

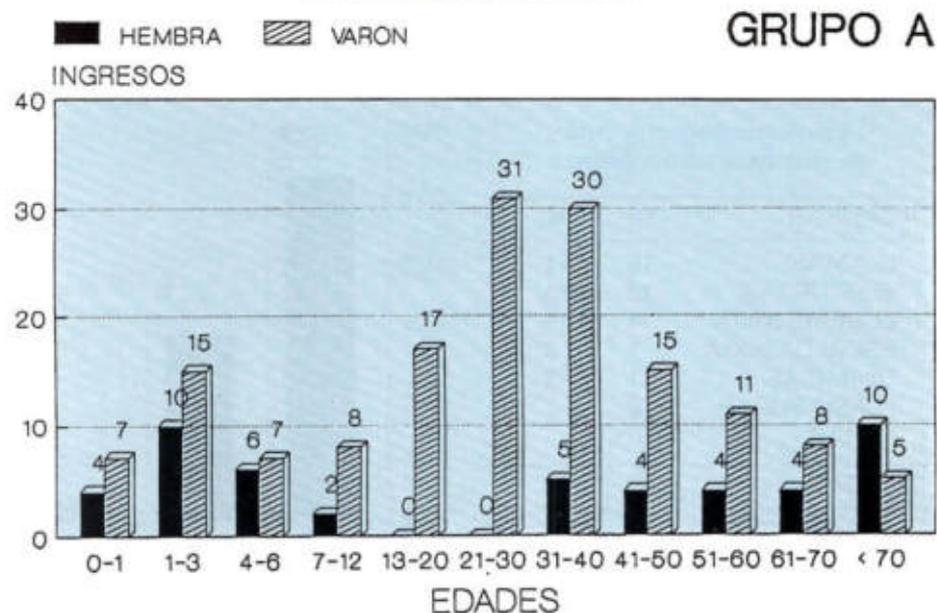
Los datos del GRUPO A fueron recogidos de la ficha, que de cada enfermo ingresado va elaborando día a día el departamento de Medicina Preventiva de este hospital.

Para los datos del GRUPO B elaboramos una tabla en la que por anamnesis individual se recogían los parámetros necesarios para la confección de este trabajo.



Los accidentes laborales son la causa del aumento de este grupo (explosión en una mina).

GRAFICO 1 INGRESOS / EDADES



El GRUPO A está compuesto por 203 casos y el GRUPO B lo formaron 574 pacientes.

Tanto uno como otro grupo se han clasificado en cuadros y gráficos de incidencias, atendiendo a parámetros tales como extensión corporal quemada, edad, etiología y lugar donde se produjeron estas quemaduras.

3.1. RESULTADOS GRUPO A

El número de ingresos como ya he dicho, en este período de enero a septiembre fue de 203, de los cuales corresponden el 76% a varones y el 24% a hembras.

3.2. CLASIFICACION GRUPO A

Cuadro I.
Clasificación por edades

EDADES	Nº	%	
0-1	11	5,5	
1-3	25	12,0	
4-6	13	6,5	
7-12	10	5,0	
13-20	17	8,5	HEMBRAS 49
21-30	31	15,0	
31-40	35	17,0	VARONES 154
41-50	19	9,5	
51-60	15	7,5	
61-70	12	6,0	
> 70	15	7,5	
TOTAL	203	100	

Se observa en el gráfico que el grupo más afectado es el de adultos con edades comprendidas entre los 31 y 40 años, en el que además hay mayoría de varones con un 86% aproximadamente.

GRUPO DE 31 A 40 AÑOS

Etiología/lugar donde se produce el accidente

CAUSAS	Nº	%
LLAMAS	19	54
ELECTRICAS	10	28,5
LUMBRE BAJA	4	11,5
ESCALDADURA	1	3
QUIMICAS	1	3
FLASH-SOLAR	0	
OTRAS	0	

LUGAR	Nº	%
ACCIDENTE L.	18	51,5
DOMICILIO	12	34
OTROS	5	14,5

Destacan en importancia dentro de este grupo, las quemaduras producidas por llama con un 54%, seguidas de las eléctricas con un 28,5%. Es muy importante subrayar que en este grupo de estudio el 51,5% de las quemaduras son producidas por *accidente laboral*.

Las siguen en importancia otros dos grupos: de 21 a 30 años, donde continúan dominando las quemaduras por llamas, con un 81% y las escaldaduras en niños de 1 a 3 años con una incidencia del 76%.

Cuadro II
Clasificación etiológica

ETIOLOGIA	Nº	%
LLAMAS	108	53
ESCALDADURAS	59	29
ELECTRICAS	22	11
LUMBRE BAJA	7	3,5
QUIMICAS	3	1,5
FLASH-SOLAR	1	0,5
OTRAS	3	1,5
TOTAL	203	100

Así pues, observamos que las causas más frecuentes de quemaduras en enfermos ingresados fueron principalmente dos:

- Las producidas por llamas con un 53%

- Las escaldaduras con un 29%.

En tercer lugar, aunque con menor incidencia, las quemaduras eléctricas con un 11%.

Es importante que destaquemos la disminución paulatina de las quemaduras por lumbre baja (brasero), que en nuestra comunidad, y comparativamente con estadísticas desde el año 1980 hasta hoy, fueron disminuyendo desde un 13% en ese año, hasta el 3% estimativo para el año 1990, estabilizándose en esa cifra desde el año 1987.

Cuadro III
Clasificación por % de S.C.Q.

% S.C.Q.	Nº	%
0-2	3	1
3-6	34	17
7-10	45	22
11-20	65	32
21-30	22	11
31-40	10	5
41-50	11	5,5
51-60	5	2,5
61-70	1	0,5
71-80	6	3
> 80	1	0,5
TOTAL	203	100

Existe un gran grupo en el que se encuentran la gran mayoría de los casos, y es aquel con superficie corporal efectuada entre un 3% y un 20%, que corresponde al 71% del volumen total.

Cuadro IV
Lugar donde se produce el accidente

LUGAR	Nº	%
DOMICILIO	124	61
ACC. LABOR.	40	20
OTRAS	39	20
TOTAL	203	100

GRAFICO 2

INGRESOS / ETIOLOGIA

GRUPO A

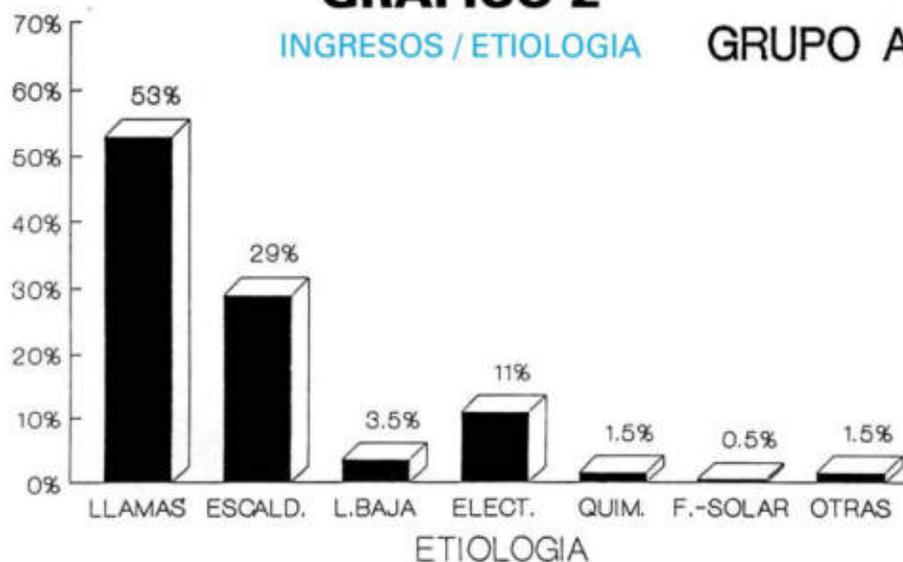


GRAFICO 3
INGRESOS / S.C.Q. %

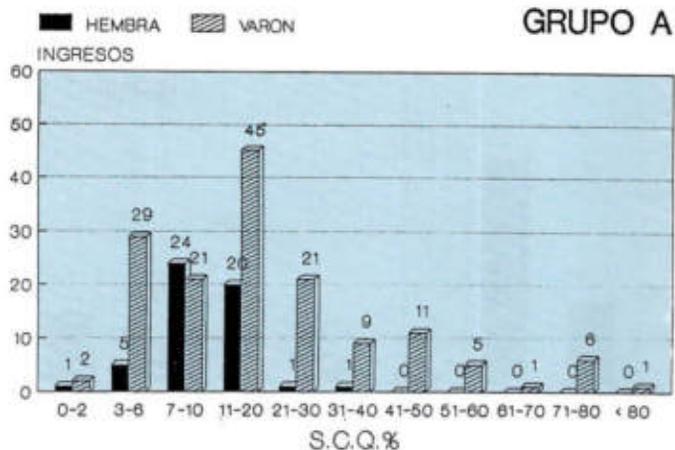
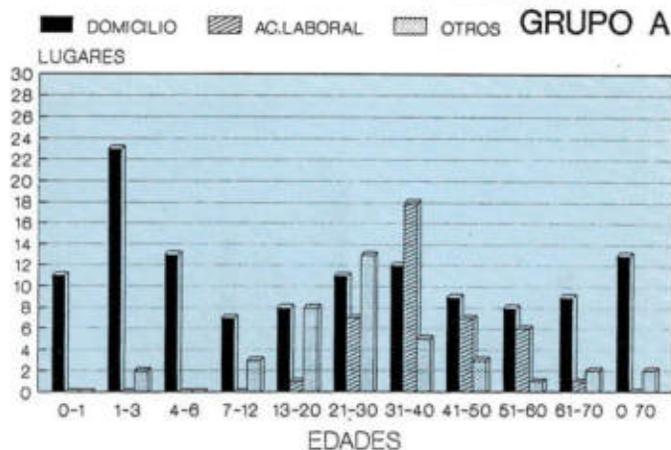


GRAFICO 4
INGRESOS / LUGAR ACCIDENTE



Así, que el 61% de las quemaduras ingresadas en nuestra Unidad han sido padecidas en los domicilios particulares de las víctimas. Y recordemos que el 51,5% de los pacientes ingresados con edades comprendidas entre 31 y 40 años, lo fueron por Accidente Laboral.

4.1. RESULTADOS GRUPO B

En este grupo se atendieron 574 casos en el servicio de Urgencias de nuestra Unidad entre los meses de marzo a septiembre del año 90, sin que necesitasen ser hospitalizados.

Con respecto al sexo, el 52,7% co-



Escaldadura producida por comida muy caliente.

responden a hembras y el 47,3% a varones.

4.2. CLASIFICACION GRUPO B

Cuadro V
Clasificación por edades

EADAES	Nº	%
0-1	17	3
1-3	72	12,5
4-6	38	6,5
7-12	34	6
13-20	84	14,5
21-30	124	21,5
31-40	75	13
41-50	73	13
51-60	33	6
61-70	16	3
> 70	8	1
TOTAL	574	100



Importante quemadura producida al caer en un barreño de agua hirviendo (para la matanza).

GRAFICO 5
URGENCIAS / EDADES

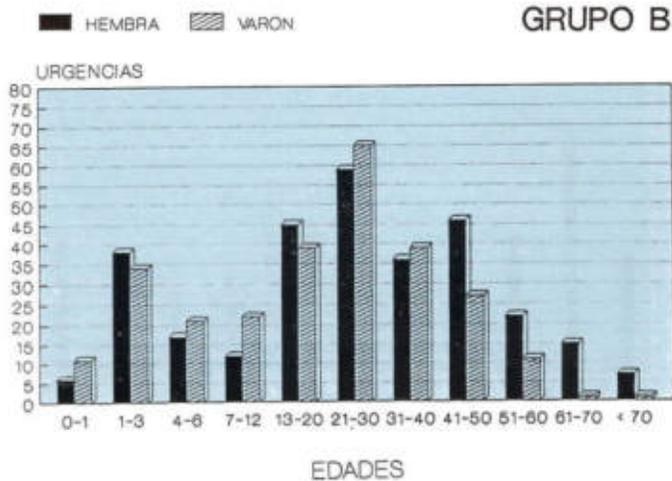
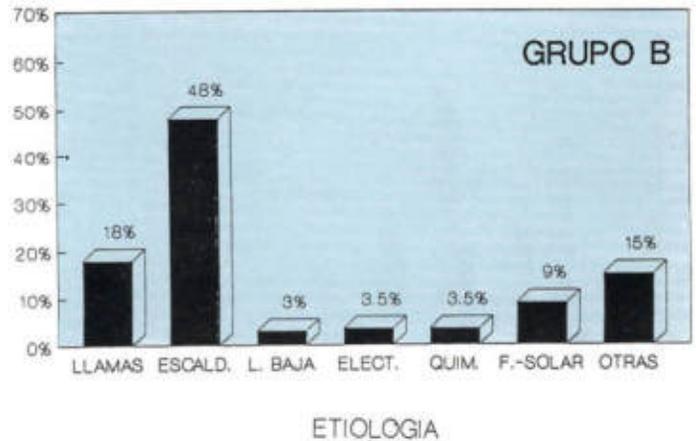


GRAFICO 6
URGENCIAS / ETIOLOGIA



En este gráfico, el mayor porcentaje corresponde al grupo de edad comprendida entre 21-30 años. Los afectados en este grupo son mayoría hembras y además, la quemadura se produjo en un número muy elevado en su domicilio.

Cuadro VI
Clasificación etiológica

CAUSAS	Nº	%
ESCALDADURAS	274	48
LLAMAS	102	18
ELECTRICAS	20	3,5
LUMBRE BAJA	17	3
FLASH-SOLAR	54	9
QUIMICAS	20	3,5
OTRAS	87	15
TOTAL	574	100

Podemos observar que las escaldaduras, con un 48%, son las causas más frecuentes de quemaduras en este grupo y que el 41% de éstas son padecidas en el domicilio por mujeres con edades comprendidas entre los 13 y 20 años.

De la misma manera que en el grupo de estudios de los pacientes ingresados, la incidencia de quemaduras por lumbre Baja ha descendido considerablemente.

Cuadro VII
Clasificación por % de S.C.Q.

% S.C.Q.	Nº	%
0-2	364	64
3-6	137	24
7-10	46	8
11-20	16	2,5
21-30	5	1
31-40	1	0,2
41-50	0	0
51-60	0	0
61-70	0	0
71-80	0	0
> 80	2	0,3
TOTAL	574	100

Observamos que la mayoría de las quemaduras atendidas por nuestro Servicio de Urgencias, un 64%, son lesiones leves con superficies afectadas inferior al 2%.

Cuadro VIII
Lugar donde se produce el accidente

LUGAR	Nº	%
DOMICILIO	358	62
ACC. LABOR.	42	7,5
OTROS	174	30,5

El 62% de las quemaduras sufridas en este grupo han sido padecidas en el domicilio particular de las víctimas.

En cuanto a los Accidentes Laborales atendidos corresponde a edades comprendidas entre los 21 y 50 años, existiendo una mayor incidencia de varones con el 83%.

5. DISCUSION

El grupo que con mayor % incidencia padece quemaduras, es el de edades comprendidas entre los 21 y 40 años, donde existen, como vimos en el primer grupo, un alto porcentaje de Accidentes Laborales (51,5%) y en el que, además, predominaba, con gran diferencia, el varón sobre la hembra.

Entre las causas más frecuentes de estos accidentes, cabe destacar una mayor incidencia de las quemaduras producidas por llamas en el grupo A, con un 53%, por tan solo un 18% en el grupo B. Por el contrario, son más frecuentes las escaldaduras en el 2º grupo, con un 48% que en el 1º, con un 29%. De todo esto se deduce que las quemaduras producidas por llamas provocan generalmente lesiones más extensas y profundas que las ocasionadas por líquidos calientes y, por tanto, necesitan ser internadas con mayor frecuencia para su tratamiento.

Es esperanzador como apuntábamos anteriormente el paulatino descenso que han sufrido las quemaduras por lumbre baja en nuestra comunidad. Muy relacionadas con el subdesarrollo económico y cultura de la zona.

Vienen disminuyendo desde el año 1980 con un 13%, hasta un 3% en 1987, manteniéndose en este 3% estimativo, porque al ir aumentando el nivel de vida, se van utilizando fuentes de calor más seguras.

Otro dato que nos llama la atención, es que el 64% de las quemaduras

GRAFICO 7

URGENCIAS / S.Q.C. %

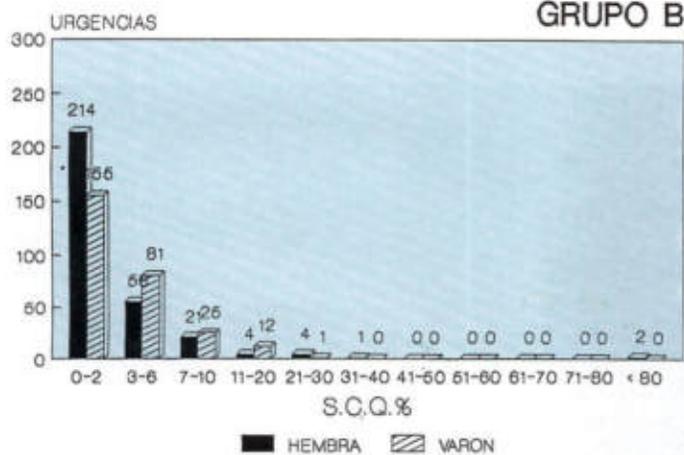
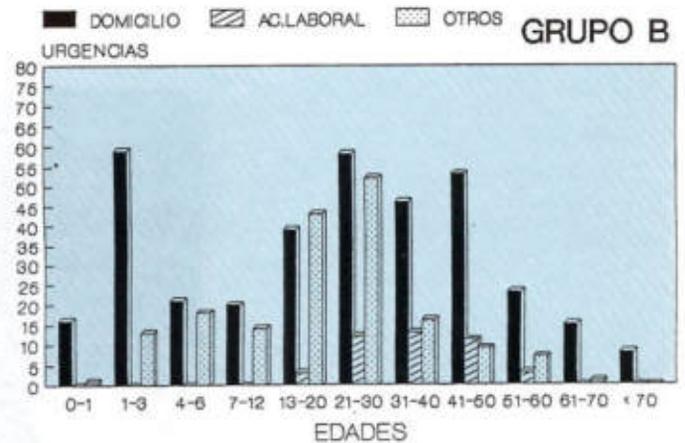


GRAFICO 8

URGENCIAS / S.Q.C. %



atendidas por nuestro servicio de urgencias, son lesiones leves con superficies afectadas inferiores al 2%, que hubieran podido ser tratadas en cualquier centro de atención primaria, sin necesidad de ser asistidas en una Unidad Regional.

Una gran mayoría de las quemaduras, el 62% son sufridas en los domicilios, lugar que generalmente consideramos más seguro, afectando principalmente a mujeres y niños. El lugar de la casa donde se producen con mayor frecuencia es en las cocinas, para las mujeres, y en el baño para los niños.

Por experiencia, durante el período de tiempo en que la Unidad de Quemados lleva funcionando, podemos asegurar que un alto porcentaje de todas estas quemaduras son fruto de negligencias, confianzas y falta de información. Se deduce por todo lo expuesto, la tremenda importancia que tiene el efectuar campañas de prevención que tiendan a informar de cómo se producen más frecuentemente estos accidentes y el modo de intentar evitarlos.

6.1. CONCLUSIONES GENERALES

A grandes rasgos podemos extraer dos conclusiones:

- 1) Un alto porcentaje de quemaduras se producen como consecuencia de imprudencias o falta de información.
- 2) Un 64% de las quemaduras atendidas en nuestro servicio de urgencias fueron diagnosticadas como

leves y eran susceptibles de ser atendidas en centros de atención primaria.

Así pues un sistema sanitario que quiera servir a la comunidad ha de afrontar con coherencia:

- Un programa de prevención de quemaduras que, basándose en los datos obtenidos, incida especialmente en las circunstancias epidemiológicas en que éstas se producen.

- Un programa de formación para profesionales que aclare y unifique criterios, para el correcto tratamiento de urgencia de las quemaduras.

6.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN

El diseño de una campaña de prevención es una tarea muy amplia y requiere una coordinación multidisciplinaria y especializada que escapa en sus detalles a cualquier estamentos profesional por separado.

Así pues, vamos a establecer unos principios generales sobre los que basar dicho programa.

Siendo el objetivo disminuir progresivamente la incidencia de las quemaduras en la población tributaria de nuestra Unidad, debemos actuar sobre:

- GRUPOS DE RIESGO YA DEFINIDO.
- ETIOLOGIAS MAS FRECUENTES TAMBIEN EXPUESTAS.
- ZONAS ASOCIADAS A ETIOLOGIAS CONCRETAS.

La campaña ha de tener como características el ser:

- PROGRESIVA
- PERMANENTE
- ADAPTABLE.

Los niveles de actuación han de ser:

- EDUCATIVO: familiar y escolar.
- LABORAL.
- LEGISLATIVO.

Y sus estructuras deberán constar de los siguientes apartados:

- MEDIOS DE COMUNICACION.
- RED SANITARIA.
- INSTITUCIONES: sindicatos, comités de empresa, escuelas, asociaciones de vecinos, etc.

6.3. PROGRAMA DE FORMACION

Objetivos:

- Actualizar los conocimientos básicos sobre la etiopatología y la fisiología de las quemaduras, entre los profesionales de Enfermería.

- Actualizar también entre estos profesionales de las técnicas básicas de los primeros cuidados en las quemaduras.

- Formarles para que sean capaces de llevar la evolución de aquellas quemaduras que no requieran asistencia especializada.

Las características son las mismas que en el programa de prevención:

- PROGRESIVA.
- PERMANENTE.
- ADAPTABLE.

Esta campaña de formación ha de estar estructurada, como mínimo en dos niveles:

- a) Escuelas de enfermería para formar a futuros profesionales.
- b) Reciclaje del personal que desarrolla su labor fundamentalmente en los servicios de urgencias.

CONCURSO Nº 21

PRIMER PREMIO

Autora: D^a Angeles Ubeda Toro
Colegiada Nº 10.457
Máquina: OLYMPUS AF-1 SUPER
Título: «Viajar en moto:
 "Toda una aventura"»



CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA 22

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: LOS BARCOS

4º TRIMESTRE AÑO 92 (OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 20 de noviembre de 1992.

BASES:

Premios: 1.^{er} Premio: 50.000 Ptas.
 2.^o Premio: 25.000 Ptas.
 3.^{er} Premio: 10.000 Ptas.

Formato: 18 x 24 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 m. de margen (22 x 28 con marco). Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo aunque se optará sólo a un único premio**. Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado irá el nombre y el

número de colegiado (imprescindible teléfono de contacto) y máquina con la que ha realizado la fotografía y **sin negativo**, figurando solamente en el exterior de éste el título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma. Los ganadores tendrán de plazo una semana para entregar los negativos. Tanto los negativos como todas las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio, que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma. El fallo del Jurado será inapelable.

La presentación a dicho concurso supone la aceptación de las presentes bases.



SEGUNDO PREMIO

Autor: D. Fco. Bautista Reviriego
Colegiado N° 9.502
Máquina: OLYMPUS
SUPER ZOOM 110
Título: Sombra, please.

TERCER PREMIO

Autora:
Dª. Mª Victoria Redondo Morales
Colegiada N° 9.429
Máquina: YASHICA FX-3
SUPER 2.00
Título: «Vaya par de turistas»



Jurado calificador del Concurso Fotográfico N° 21:

- D. José Luis Iglesias Gutiérrez (Colg. 7.027).
- Dª. Carmen Moreno Weiland (Admva. Colegio).
- D. José Luis Ramos Molino (Seguros Caudal).
- D. Gonzalo Giráldez Sousa (Banco Comercio).

EJERCICIOS Y MASAJES NECESARIOS PARA LA RECUPERACION DEL ORGANISMO AL FINALIZAR LA ACTIVIDAD DEPORTIVA

Autor: **D. Vicente Montiel Cortés**
Fisioterapeuta del Real Betis Balompié



Sacudida del miembro inferior.

Ejercicios de estiramiento y relajación. Masaje y Automasaje

Del mismo modo que una sesión de entrenamiento deportivo, para cualquier tipo de deporte, ha de ser progresiva, es decir, ha de ir de menos a más; la vuelta a la normalidad del organismo, después del esfuerzo, se consigue mediante una serie de condicionantes necesarios, o en su defecto, automasajes.

El músculo, protagonista del movimiento, sabemos que no puede pasar de la inactividad al trabajo intenso de forma explosiva, sin riesgo de lesiones. La fibra muscular, sorprendida por el ejercicio violento para la que no está preparada, protesta rompiéndose. Es necesario, por tanto, que la musculatura y todos los órganos,

fundamentalmente el corazón, vayan poco a poco intensificando su trabajo y preparándose para soportar el esfuerzo que le vamos a reclamar.

Por lo expuesto, es obvio comprender, que previamente al entrenamiento central o fundamental, propiamente dicho, hemos de someter al organismo a una serie de ejercicios progresivos en su intensidad: los llamados ejercicios de calentamiento. La duración y variedad de éstos dependerá, tanto del clima, como del tipo de entrenamiento a realizar. Como es natural, no voy a detenerme en ellos; en primer lugar, por no ser yo la persona cualificada; y en segundo lugar, por no ser éste el momento adecuado para su explicación.

La finalidad que perseguimos con este artículo va encaminada a dar a

conocer, especialmente al deportista, la necesidad de que, lo mismo que para hacer un entrenamiento fundamental, intenso y específico, ha de comenzarse con un calentamiento previo; al finalizar dicho entrenamiento, y antes de pasar a la ducha para el aseo, es obligado, si se quiere dejar a los músculos en óptimas condiciones y preparados para someterse a un próximo entrenamiento o prueba deportiva, realizar ejercicios de estiramiento y relajación; como por último, recibir una breve sesión de masaje de finalidad eliminadora.

Sabemos que el músculo, cuando trabaja, requiere un mayor aporte de sangre que le lleve, entre otros productos, una mayor cantidad de oxígeno, imprescindible para la combustión productora de energías. Este volumen de sangre, que no puede pasar a la concurción de retorno a la velocidad que es reclamada, hace que el músculo se vaya congestionando, perdiendo su condición de estiramiento y elasticidad. Los ejercicios mencionados, que devuelven al músculo su longitud primitiva, y los de relajación, especialmente los efectuados en posición declive, que permiten la descongestión muscular y facilitan la circulación venosa y linfática, ayudan a eliminar la mayor cantidad de productos de desecho acumulados en el músculo por la combustión durante el trabajo. Esta eliminación alejan la sensación de fatiga muscular, permitiendo, si fuera necesario, aproximar las sesiones de entrenamiento.

MASAJE Y AUTOMASAJE

A pesar de los ejercicios más arriba

indicados que cierran la sesión preparatoria, es inevitable que los productos de desecho antes mencionados quedan, en mayor o menor cantidad, depositados en el músculo, produciéndose un endurecimiento del mismo, es decir, una contractura, que a parte de producir dolor, hace perder la condición fundamental del tejido muscular: la elasticidad.

Si en estas condiciones sometemos a un nuevo trabajo, bien intenso, o bien prolongado, a los músculos afectados, no debe extrañarnos que durante la actividad, aparezca el temido por los deportistas «calambre» muscular o rigidez cadavérica del músculo, que limita al máximo la condición de elasticidad del mismo, hasta no ser reducido por medio de las maniobras oportunas.

Por todo ello, el masaje de drenaje o eliminador, recibido con el organismo todavía caliente, es decir, con una buena vaso-dilatación actual, facilita que los productos residuales sean eliminados, dejando el músculo «limpio» y preparado para una buena actividad deportiva próxima. Sin el masaje, la eliminación total, solamente con el reposo deportivo, se consigue entre las veinticuatro y cuarenta y ocho horas siguientes.

Como es de suponer que los practicantes deportivos, en general, carecerán de masajistas que les atiendan, salvo que se encuentren enrolados en Clubes de élite; y aún así, tendrían que esperar algún tiempo para poder ser atendidos, aunque sean dos los profesionales dedicados a ellos, por la imposibilidad de tratar a todos al mismo tiempo, es por lo que les aconsejo aprendan a completar esta parte de su preparación por medio del automasaje. Esta práctica, que se la pueden realizar aprovechando el momento del aseo, en la misma sala de duchas, y que no requerirá más allá de diez minutos, les dejará totalmente recuperados del esfuerzo.

Como sería prolijo, en este breve artículo, enumerar la forma de autoamarse todas las regiones del cuerpo, con explicación detallada de sus distintas maniobras, me remitiré a las que deben emplear, a título de ejemplo, en las piernas y muslos del tren inferior, por ser éste el que interviene siempre en cualquier tipo de deporte, naturalmente atlético y que requiera desplazamientos. La finalidad



Automasaje. Sacudida de las caras anterior-interna y externa del muslo.

de este tipo de masaje que será eliminador, de drenaje o depletivo, comportará maniobras lentas y medianamente profundas.

El vehículo de deslizamiento que utilicen, si están en la ducha o bañera, será la espuma resultante del producto que empleen para el aseo.

La posición será de recostado por la región dorsal contra la pared, o bien sobre un mueble que pueda servirle de

apoyo. Cuando trabaje el segmento de la pierna, tendrá el miembro flexionado por la rodilla y el pie apoyado, por medio de la mitad plantar del mismo, sobre la cara interna de su otra pierna, que se encontrará flexionada, pero recostada por medio de toda la parte externa del mismo sobre el suelo.

Para trabajar la cara posterior del muslo seguirá en la misma posición. Cuando trabaje las caras anterior, interna o externa, deberá extender el miembro, colocando debajo del hueco poplíteo el borde interno del pie del otro miembro, que se encontraba ya flexionado y recostado sobre el suelo.

Las maniobras, atendiendo la condición de la progresión en el masaje serán de frotación, fricción y amasado; terminando siempre con vibraciones o sacudidas relajantes.

A los lectores interesados, si quieren conocer las técnicas de las maniobras, la variedad de las mismas, los tipos de masajes aplicables, según la finalidad que se busque, etc..., les remito a mi obra, recientemente publicada, «Los masajes en el deporte».

Espero, con este breve artículo, despertar la inquietud del compañero interesado en el deporte, lo practique o no, por conocer la importancia de la correcta finalización de la actividad deportiva diaria, bien para su provecho, o bien para orientar a los practicantes que se le acerquen para consultarles.



Automasaje. Amasado serpenteante de la cara posterior del muslo.

CAMBIOS PSICOLOGICOS EN LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

Autora: **Dña. Encarnación Fdez. Zamudio**
Matrona de Z.B.S. Guillena (SEVILLA)



«El embarazo y el período postparto se consideran generalmente como crisis madurativas iguales en importancia a las de la adolescencia y la menopausia» Francis J. Kane, Jr. MD.

VALORACION DE LOS CAMBIOS DE CONDUCTAS NORMALES

Reva Rubin. Es uno de los autores que más ha estudiado el tema del comportamiento en el período postparto. Ha descrito tres fases del puerperio que contribuyen a que las matronas comprendan el comportamiento de las púerperas y elaboren el plan de cuidados que deban poner en marcha.

1) Fase de aceptación

Esta fase suele iniciarse con un sueño profundo, reparador, después del parto, al principio no se da cuenta de lo cansada que está, debido a la emoción producida por el parto, o la tensión emocional que le produce los sentimientos de anticlimax y vacío debidos a la separación del niño.

Se ha observado que la madre

puede tener mucha necesidad de dormir durante varios días, si se le interrumpe de este sueño inicial. Este punto se debe tener en cuenta al planear los cuidados de enfermería en el período del posparto inmediato.

Rubi, describe el comportamiento de la madre durante esta fase: como pasiva y dependiente, acepta lo que se le da y toma pocas decisiones e intenta seguir las instrucciones.

Durante la fase de aceptación, el sueño y la comida cobran gran importancia fisiológica y psicológicamente para la madre; manifiesta encontrarse hambrienta y sentirse preocupada por la alimentación de su hijo.

Aquí la figura del padre debe asumir la función de compañero y soporte de la familia.

Pero al mismo tiempo se puede sentir confuso y extenuado, debido al esfuerzo emocional del parto. Puede estar preocupado por la madre por su pasividad y dependencia.

2) Fase de afianzamiento

A medida que la madre va recupe-

rando sus fuerzas durante los primeros días postparto, comienza a mostrarse menos dependiente. Rubí, describe esta fase como la de *afianzamiento*, durante la cual expresa sus preocupaciones sobre el presente, especialmente recobrando el control sobre las funciones de su organismo. Puede sentirse ansiosa sobre su capacidad para cuidar a su hijo.

Durante la fase de afianzamiento empieza a preocuparse más por el niño, lo que facilita el desarrollo del sentimiento materno y el aprendizaje de las funciones de madre.

3) El período de transición

La mayor parte de este período transcurre en el hogar, de ahí la gran importancia que tienen las visitas puerperales o visitas domiciliarias, la madre se encuentra más abierta al aprendizaje.

No es extraño que en el período postparto, la madre sufra frecuentes cambios de humor y se sienta vulnerable.

A este desequilibrio contribuyen muchos factores, entre los que se incluyen muchos cambios hormonales del embarazo. La represión del ego provoca mayor dependencia, así, como molestias, fatiga y cansancio físico que siguen al parto. Además la madre puede sentirse desbordada por la responsabilidad que afronta al volver al hogar y la nueva situación. Durante este período la madre puede llorar sin motivo, mostrándose irritable, poco apetito o insomnio.

Esta «tristeza postparto» suele aparecer alrededor del tercer día del parto. La mujer puede sentirse culpable a causa de su extraño comportamiento, sobre todo por lo que no encuentra razón para justificarlo.

Durante esta fase en la que la madre va reasumiendo sus responsabilidades, su ansiedad puede aumentar, si el padre se encuentra, como señala ANDERSON Y OTROS. «Totalmente



absorbido por el bebé y no se fija, ni responde a los sentimientos y reacciones de la madre».

VALORACION DE LAS NECESIDADES DE LAS MADRES

Las necesidades y prioridades de las madres, detectadas por el personal sanitario, no suelen coincidir con las necesidades, preocupaciones y prioridades que tienen los padres.

En un estudio realizado para determinar las preocupaciones postparto;

Gruis: Halló que tanto las multiparas como las primíparas expresaban muchas necesidades en el primer mes postparto y en general se mostraban incapaces para satisfacerlas.

La preocupación más frecuente en ambos grupos era el poder adaptarse al cambio que había sufrido su figura, lo cual no es extraño teniendo en cuenta que la recuperación física es una de las tareas principales del período posparto, a la que suman el satisfacer las necesidades del niño, al crear relación con él y los cambios de vida y de relaciones para acomodar al nuevo miembro de la familia.

El período postparto es también una fase de molestias físicas: fatiga, stress emocional; esto puede deberse a las continuas exigencias del niño. Si la madre se siente poco capacitada para cuidar al niño, para amamantarlo, o incapaz de tranquilizarlo cuando llora, es muy probable que experi-

mente un sentimiento de fracaso en el papel de madre.

Las atenciones que requiere el niño pueden engendrar sentimientos de celos en el compañero. Los problemas maritales son frecuentes en este período.

En un estudio realizado por *MOSS* la mayor preocupación de las multiparas se centraban en las modificaciones que se producen en las relaciones familiares y en las necesidades de los miembros de la familia.

La mayoría de las señoras estudiadas hablaban de fatigas, tensión emocional, sensación de soledad y de sentirse atadas, falta de tiempo para sus necesidades e intereses personales.

Para desarrollar un plan de cuidados y acciones eficaces para la madre y sus familiares durante el puerperio, la matrona deberá tener en cuenta los aspectos señalados en los estudios que se han realizado, así como las necesidades identificadas por las puerperas.

En un estudio más reciente *LASSER Y KEANE*, los investigadores señalaron, tres necesidades físicas fundamentales expresadas por las madres:

- Sueño y descanso.
- Alivio del malestar.
- Cuidados personales.

También informaron *LASSER Y KEANE* de que las enfermeras en general reconocían todas las necesidades que las madres señalaban, aunque con distinto énfasis.

Muchas enfermeras creían que las madres tienen pocas necesidades de

cuidados físicos y que constituyen un grupo feliz e independiente. Las enfermeras asumían que su función principal consistía en enseñar a la madre a cuidarse de sí misma y de su hijo. Y raramente mencionaban las necesidades de la madre de un período de dependencia y no citaban su posible función para satisfacer estas necesidades.

TRASTORNOS PSIQUICOS DEL PUERPERIO

Podemos considerar el parto como un continuo stress. Además de la ansiedad y el esfuerzo físico que supone, la brusca transición producida y la necesidad de aceptar con todas sus condiciones el rol de la maternidad, van a poner a prueba la capacidad de adaptación de la madre.

Por tanto no puede extrañar que durante el puerperio exista una mayor vulnerabilidad para los trastornos mentales.

DEFINICION E HISTORIA

La literatura científica sobre los trastornos del postparto ha fluctuado desde la posición de que estos trastornos no son distintos de cualquier otra enfermedad emocional hasta la idea de que las especiales alteraciones asociadas con el embarazo tienen una función en la precipitación de la enfermedad. *ZILBOORG (1929)* señala que la segunda opinión fue expuesta por los médicos antiguos, como Hipócrates, Galeno y Celso, todos los



cuales dieron constancia de sus propias observaciones de la psicosis postparto.

En el siglo XIX Marcé (1858), en Francia, y Lloyd (1889) en Estados Unidos, afirmaron que la psicosis puerperal no era una entidad simple, sino un conjunto de tipos de enfermedad. Los estudios psicoanalíticos de Zilboorg a finales de la década de 1920 quitaron importancia a la teoría orgánica exclusiva. Los datos científicos disponibles en el presente no permiten una resolución de este debate, pero contribuciones científicas recientes han servido para agudizar el centro de las cuestiones que merecen investigación sobre esta área en el futuro.

Básicamente los trastornos mentales más habituales son:

Psicosis Puerperales:

El término de psicosis puerperal se refiere a cuadros delirantes alucinatorios en relación o no con un trastorno de conciencia. Actualmente no se admite que la psicosis puerperal constituya una entidad nosológica independiente, sino que abarca cuadros de origen afectivos, esquizofreniformes o somáticos.

La incidencia oscila entre el 0,1 y el 0,6% situándonos en 1 caso cada 200 nacimientos, en el 42% de las madres el inicio es durante la primera semana después del parto y en el 75% durante el primer mes.

Etiología: No se han hecho los estudios psicoendocrinos necesarios; la investigación se centra en los estudios sobre factores biológicos o psicosociales.

Estudios biológicos: La mayoría de las contribuciones en este área en la posible intercepción de la función tiroidea y suprarrenal en relación con el alto nivel de estrógenos y progesterona del embarazo y la terminación brusca de estos niveles altos de hormonas sexuales en el momento del parto. HAMILTON ha postulado que los trastornos del metabolismo suprarrenal están relacionados con los trastornos mentales del postparto, dada la similitud de los síndromes asociados, pero no existe ningún estudio que demuestre que los niveles de corticoides en la psicosis del postparto son mayores que en las otras. La mayoría de estos estudios están sin controlar.

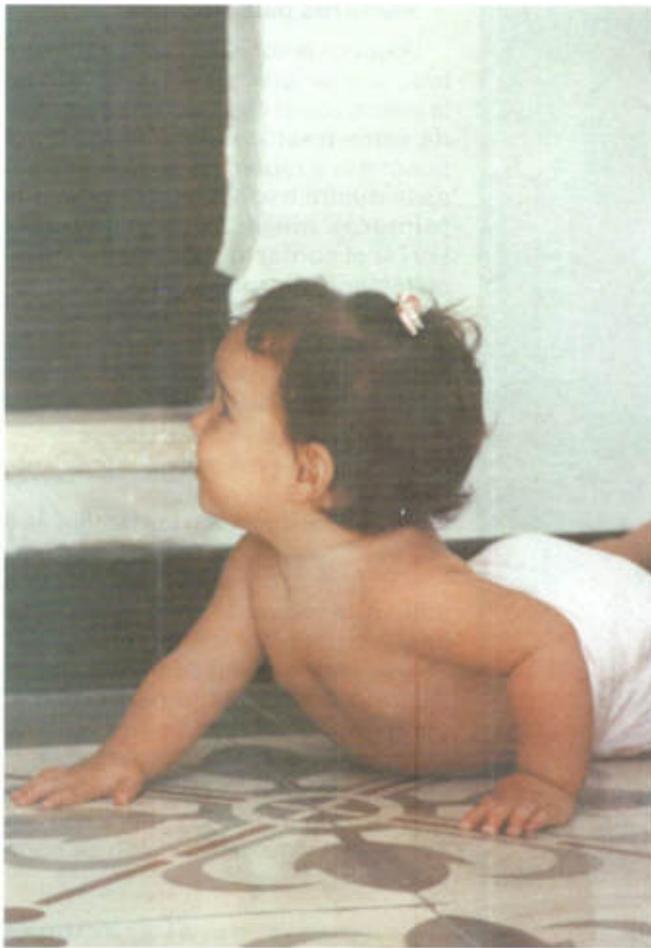


Factores psicosociales: Los estudios psicodinámicos de la enfermedad mental señalan los sentimientos conflictivos en las madres con respecto a sus actitudes hacia su experiencia maternal, su nuevo hijo, su marido, Zilboorg (1929) presentó un primer estudio sobre la psicótica postparto. Describió a la paciente como ambivalente, con un complejo de castración, fase edípica no resuelta en el desarrollo psicosexual. También observó que la mayoría de sus pacientes se habían casado, después de noviaz-

gos prolongados. La observación de la hostilidad durante el embarazo y después del parto ha sido señalada por muchos autores.

Se ha visto que los conflictos al asumir el papel de madre llevan a una mezcla o dilución en la identidad en estas mujeres.

Melges (1968) señala que el ser madre de un niño no comunicativo impide la autodefinición y que hay una falta de relativa retroacción interpersonal y menor distinción entre uno mismo y los demás al principio de la



Rasgos clínicos:

Un rasgo predominante en la literatura sobre la enfermedad mental en el puerperio tiene relación con el inicio de la enfermedad. La mayoría de los autores están de acuerdo en que los síntomas se notan antes del tercer día del postparto. Karnos y Hope (1937), y después Paffembarger (1961), informaron de la incidencia desde el primer día al séptimo día. Este período de latencia se considera como el período durante el cual tiene lugar algún tipo de desarrollo químico u hormonal relacionado con el proceso de amamantamiento, que lleva a la manifestación posterior de la enfermedad.

Los síntomas son e incluyen insomnio, incapacidad para descansar, sensación

de fatiga, ánimo depresivo, irritabilidad, dolor de cabeza, cambio de humor. De acuerdo con algunos estudios, el insomnio es el síntoma más penoso. Los síntomas posteriores son:

Susplicacia, signos de confusión o incoherencia, declaraciones irracionales, preocupación obsesiva por trivialidades y rechazo de la comida. Boyd (1942) subrayó la presencia de síntomas de delirio.

Según Melges la sintomatología clínica se centra en las relaciones de la paciente con el niño y el papel de madre. Las pacientes deprimidas pueden manifestar una preocupación excesiva por la salud y el bienestar del niño. Cuando hay una psicosis, el material delirante puede incluir la idea de que el niño está muerto o que le falta algo. Se puede negar el parto y se puede expresar ideas de no estar casada o de ser virgen, o ideas de persecución, de influencia o de sexualidad perversa. El infanticidio o el suicidio son poco frecuentes, pero según Melges y los estudios realizados, ocurren en ocasiones.

Curso y pronóstico:

Gordon y Colb. (1959) han señalado que varios autores atribuyen a tales enfermedades un pronóstico más grave del que en otros casos se aplicaría a dicha enfermedad, mientras otros consideran que el pronóstico no debe ser peor que para la enfermedad en cuestión.

Tratamiento: A parte de la terapéutica medicamentosa que se requiere después que el período de psicosis aguda ha pasado, en general en estas pacientes está indicada la psicoterapia.

Generalmente va dirigida a las áreas conflictivas, esto puede implicar ayuda a la paciente a aceptar el papel femenino, acentuado por la crianza del niño o los sentimientos de enfado y celos hacia el niño ocasionados por sus propias necesidades de dependencia tratadas en relación con su propia madre. Los cambios en los factores ambientales también pueden estar indicados. Un mayor apoyo por parte del marido y de otras personas que la rodean pueden ser útil para reducir las tensiones. Varios autores han hablado de ingresar conjuntamente a la madre y al niño para acelerar la curación de la madre. Un estudio de este tipo informa de un resultado satisfactorio de un 89% de sus casos.

Son necesarios más estudios antes de que puedan saberse si el pronóstico de estas enfermedades es diferente en lo que ocurre con la mujer no embarazada.

LAS DEPRESIONES DEL PUERPERIO

Se presentan en un 10% que parece ser válida tanto para culturas más occidentales como para culturas más primitivas.

La sintomatología es superponible a la de cualquier episodio depresivo, aunque puedan tener ciertas connotaciones específicas como: Actitudes de rechazo, falta de interés hacia el niño o abandono.

En depresiones severas es preciso valorar el riesgo de suicidio o infanticidio.

MATERNITY BLUES O DEPRESION DEL TERCER DIA

Constituye un cuadro muy frecuente que se presenta en el 50-66,7% de las madres. Suele aparecer hacia el

relación madre-hijo. Aunque estas mujeres eran plenamente responsables de la experiencia de ser madre, sus propias experiencias infantiles las llevaron a rechazar a sus propias madres como modelos de imitación e identificación. Sus sentimientos de identidad y capacidad se rompen en el hecho de que son madres en saber cómo actuar. Se les ha encargado la maternidad, pero el niño es incapaz de explicar las líneas para su cuidado, proporcionando poco reforzamiento positivo. Esto se acentúa cuando el ambiente ofrece escaso reforzamiento en sus actividades maternas, evidenciado por el de recompensa del marido, y consejos discrepantes por parte de los demás, y hay tensiones habituales, que dan como resultados, frustración y sentimientos de estar atrapadas.

Los estudios y las diversas teorías no pueden ser consideradas como definitivas, son necesarios más estudios para descubrir que otros factores pueden explicar que se produzca la enfermedad en ciertas mujeres y su ausencia en otras.



tercer o cuarto día del parto y tiene una duración de 1-2 días, únicamente en el 14% la duración supera los tres días.

Se caracteriza por: tristeza, llanto, intensa ansiedad y sensación subjetiva de deterioro cognoscitivo (falta de memoria, concentración, etc.).

Factores biológicos

Como modificaciones endocrinas, concaídas de los niveles de progesterona, modificaciones de las tasas de cortisol, o descenso de las concentraciones de triptófano libre en sangre, que generaría un déficit en la síntesis

de serotonina en el sistema nervioso central.

Antecedentes personales y familiares psiquiátricos

Un 53% de las mujeres con alteraciones mentales puerperales tienen antecedentes psiquiátricos familiares. Y un 44% han presentado trastornos psiquiátricos alguna vez. Así mismo, la presencia de trastornos mentales puerperales con anterioridad aumenta la posibilidad de aparición de estas alteraciones.

Factores psicológicos:

Algunos autores han postulado que todo aquello que retrase la reunión de la madre con el hijo facilita la aparición de estos trastornos mentales en el puerperio y repercute en la conducta de la madre hacia el hijo durante los primeros meses. Según Leboyer (1974) el contacto madre-hijo inmediatamente después del parto favorece que la madre se relaje y tranquilice, si bien esta hipótesis no ha sido comprobada. Otros factores psicológicos también han sido implicados:

- Las relaciones con el padre.
- El tipo y la calidad del apoyo que éste le brinda.
- Las relaciones con los familiares y amigos.
- El tipo y soporte social tiene una influencia relevante en la evolución y aparición de estos trastornos.
- La ausencia del padre durante el período que rodea al parto o en el puerperio, constituyen otro elemento con una clara repercusión negativa.

El nacimiento de un niño prematuro o con algún tipo de alteración aumenta el riesgo de aparición de complicaciones psiquiátricas.

Presencia de alteraciones psico-emocionales de cierta entidad durante el embarazo.

Resulta difícil delimitar una serie de medidas que permitan reducir la incidencia de trastornos mentales durante el puerperio. Para GORDON la única acción eficaz consiste en lograr que el padre preste un apoyo eficaz durante el embarazo, parto y puerperio, aceptando que él debe involucrarse en las responsabilidades de la maternidad.

Sin embargo, es posible delimitar a aquellas embarazadas que presenten un mayor riesgo de trastornos mentales durante el puerperio.

BRAVERMAN Y ROUX han ordenado en función de su relevancia los seis factores que tienen una mayor capacidad de predecir la aparición de trastornos mentales.

- 1) Sentimientos de indiferencia, rechazo o falta de cariño hacia el padre.
- 2) Embarazo no deseado.
- 3) Historia previa de depresión durante el puerperio.
- 4) Situaciones de aislamiento social.
- 5) Conflictos entre la pareja.
- 6) Embarazo no planeado.

La situación en general debe ir dirigida a prestar un apoyo psicológico, a potenciar los sentimientos maternales y a reducir la ansiedad que pudieran provocar las responsabilidades aludidas a la maternidad.

Tanto en las depresiones del puerperio como en la psicosis puerperal es necesario solicitar la intervención de los equipos de salud mental.

En el caso de la Maternity Blues, es imprescindible realizar un seguimiento minucioso hasta su remisión, evitando que sea confundida con un episodio depresivo que requiera una actuación más enérgica.

PSICOLOGIA DE LA EXPERIENCIA

En todos los tiempos y en todas las civilizaciones el hombre ha considerado el proceso de la reproducción con profundo respeto y veneración religiosa, porque cree que mediante los misterios de la concepción, embarazo y nacimiento se participa en el proceso creador del Universo.

FUNCION DEL PROFESIONAL

El equipo obstétrico goza de gran privilegio de presenciar y participar diariamente en el drama y milagro que supone la gestación y el nacimiento humano. En el ambiente de las abarrotadas salas de espera y de las prisas en las salas de maternidad, es fácil olvidar lo que significan el parto y sus meses precedentes.

El bienestar físico y mental están estrechamente relacionados. Esto significa que una matrona tiene que vigilar el estado mental de la madre con tanta atención como auscultar el corazón del feto, y al mismo tiempo averiguar la situación de la madre en el seno de la familia, con tanto cuidado como trata de determinar la posición del feto en el útero.

En consecuencia, es importante que las enfermeras, matronas y médicos no sólo observan el curso del embarazo en cuanto a la posibilidad de complicaciones, sino también que traten de comprender y animar a la embarazada y a su familia.

Por tanto una matrona debe constatar a las siguientes preguntas:

(1) ¿Cuáles son, probablemente las sensaciones y la forma de pensar de una mujer sana durante el embarazo y el parto?

(2) ¿Cómo es probable que reaccionen su marido y sus hijos?

(3) ¿Cuáles deben ser las funciones del personal médico y de enfermería y como es posible que reaccione?

(4) ¿Cuándo empiezan a ir mal las cosas desde el punto de vista psicológico?

REACCIONES DE LA MADRE

Dado que la personalidad y los antecedentes de cada mujer son peculiares, también su reacción ante el embarazo y el parto es algo individual; incluso en una misma mujer un embarazo es distinto a otro. Después de todo, cada vez está dando vida a un ser diferente y en distintas circunstancias. Desde luego las reacciones de los padres varían de una manera similar, según cada individuo y según el embarazo. Sin embargo, los investigadores que se han ocupado de esta cuestión han observado que existen ciertos tipos de reacciones que son hasta cierto punto previsible en los distintos puntos o períodos del embarazo, tanto para el padre como en la madre.

Desde el comienzo de la gestación convendrá que el equipo obstétrico estimule a los futuros padres para que manifiesten sus reacciones al personal sanitario que lo atiende. Los padres sienten sucesivamente frustración, alegría, preocupación o emoción intensa, y necesitan hablar con alguien. En general, sienten la impaciencia de que se les diga que estos cambios de ánimos constituyen un fenómeno normal y no un signo de desequilibrio mental.

Comenzaremos, pues, por considerar las reacciones que tienen las puerperas y las embarazadas, si bien tendremos en cuenta que están íntimamente relacionadas con las de la familia, amigos y personal sanitario.

ASISTENCIA PROFESIONAL AL PADRE

Una de las funciones más urgente del equipo obstétrico debería ser: ayudar adecuadamente a los padres de los niños que nacen diariamente en los hospitales. Esta medida sería muy beneficiosa para la sociedad y para la familia. Una excelente innovación sería prestar tanta atención al padre como a la madre, si es posible. Esto

permitiría su compleja participación en todo el proceso de la maternidad. Por desgracia, tal y como están las cosas, en la actualidad, por muchas razones, el tocólogo y otros miembros del personal hospitalario suelen ser los que más se oponen a esta participación activa del padre.

Es importante tener en cuenta que las primiparas más motivadas y con mayor información hablan más de estos cambios psicológicos durante el puerperio, -10- puerperas se les dio más información en Educación Maternal, que se han dado cuenta más consciente de estos cambios, (esto lo hicimos como prueba) los han identificado mejor y les han dado menos importancia.

El % de mujeres que han reconocido estos cambios han sido el 69,1%.

En la encuesta y entrevista que se le han hecho para matizar más en los sentimientos, tiene mucha importancia como dato significativo el nivel cultural, económico y el número de hijos.

En el caso que más nos preocupa por la sintomatología y las repercusiones sociales son la psicosis puerperal que en más de 200 embarazadas se nos han dado 3 casos que todos los podemos considerar graves por las repercusiones sociales y familiares. Dos de ellas tenían antecedentes familiares de depresiones puerperales, todas tratadas en los equipos de Salud Mental.

Todos estos cambios en el comportamiento, hemos tenido en cuenta el que sea o no embarazadas deseados.

BIBLIOGRAFIA

- Asistencia Materno-Infantil. Elisabet Dickason, E.J. Edit.: Salvat.
- Enfermería Ginecología y Ostetricia. Hawkins Higgins. Edit.: Harla.
- Enfermería Materno-Infantil. Mary Ann Miller. Dorothy A. Brooten. Edit. Interamericana.
- Enfermería Materno-Infantil. Olds. S.B. Edit. Interamericana.
- Enfermería Materno-Infantil. Bleier I.J. Edit. Interamericana.
- Enfermería Psiquiátrica. Hyes Hoflinos. Edit. Interamericana.
- Funciones de la matrona en A.P.S. Ministerio de Sanidad y Consumo.

CRONICA PARA LA HISTORIA DE LA PRENSA PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN ESPAÑA (1900-1929)

Autores: **D. Carmelo Gallardo Moraleda**
A.T.S./D.E.
D^a Africa Gil-Martín Yuste
A.T.S./D.E.
D^a Elena Jaldón García
A.T.S./D.E.

«Llama la atención y es motivo de honda preocupación y reflexión, la poca Prensa Profesional que se ha conservado a través del tiempo.»

(Dr. J. Lasarte Calderay. Autor primera Tesis Doctoral sobre la materia).

La Enfermería, como actividad sanitaria reglamentada profesionalmente, nace en España cuando se crean, de modo oficial, las primeras carreras Auxiliares Médicas. Si bien las Profesiones Sanitarias ya gozaban para entonces de ciertas reglamentaciones de tipo legal y académico, sería a partir del «Informe sobre los estudios», encargado por Carlos III a Gregorio Mayans y el consiguiente «PLAN DE OLAVIDE» (1767-1768), cuando surge un movimiento renovador, especialmente intenso en Sevilla, que trata de modificar sustancialmente la enseñanza en nuestro país.

Pero no sería hasta pasados muchos años (1843) cuando se crean los «AUXILIARES DE MEDICINA Y CIRUGIA» (también llamados «Prácticos en el arte de curar») y posteriormente, como consecuencia del Plan de Estudios



La historia ha conservado esta impresionante escena de una cesárea, actualmente en la Biblioteca Nacional de París.

de 1845 (o plan Pidal), los «MINISTRANTES» (Según Real Orden de 29 de junio de 1846).

Ambas figuras van a ser sustituidas definitivamente, por los «PRACTICANTES», nacidos a la luz del Artículo 40 de la Real Orden del 9 de septiembre de 1857 (LEY MOYANO), y por exigencias de la Ley Orgánica de Sanidad de 28 noviembre 1855, cuyo título será expedido por las Facultades de Medicina tras dos años de estudios y prácticas Hospitalarias.

Desde el mismo instante en que estos profesionales deciden unirse, formando Asociaciones o Colegios (1900), manifiestan en todos sus actos la *necesidad vital* que tienen de contar con medios de difusión (Prensa) propios, ya que los dos únicos periódicos profesionales que existen («El Practicante Español» y «La Cirugía Menor») tienen carácter de negocio privado.

Así, tras celebrar diversas Asambleas Nacionales (1903-1904-1905-1907), aparece, el 15 de noviembre de 1907, el PRIMER NUMERO del «BOLETIN DE PRACTICANTES», publicado por el Colegio Matritense, que ejerce de Junta Central de Colegios de Practicantes de España, y subvencionado por la mayoría de esos Colegios Provinciales, a cuyos asociados se les envía gratis.

Dicho Periódico se va a convertir en el único medio «oficial» de expresión de estos «Enfermeros» y traerá como consecuencia su desaparición, por falta de rentabilidad económica de los anteriormente mencionados. Sus páginas recogen las esperanzas y frustraciones, ilusiones y sueños rotos, amores y desamores de estos pioneros en su relación con los poderes públicos y las restantes clases sanitarias.

Mayor carácter reivindicativo va a llevar en sus páginas «EL PRACTICANTE ARAGONES», Boletín del Colegio de Zaragoza, y Decano de la Prensa profesional colegial, que se publica desde el año 1904 y que mantendrá durante años un permanente enfrentamiento con el Boletín de la Junta debido a sus pretensiones, cifradas en que los Practicantes se afiliaran a la Central Sindical Socialista U.G.T. En 1912 el Colegio de Cádiz publica «EL PRACTICANTE MODERNO», del que saldrán tan sólo algunos números puesto que desapareció ese mismo año.

La aprobación oficial, el 15 de mayo de 1915, de las llamadas «Enfermeras del Dr. Rubio» va a provocar el desánimo y desunión entre la «Clase de Practicantes» y la inmediata dejación por la Junta Central de sus funciones,

AÑO I 2.ª ÉPOCA SEVILLA, SEPTIEMBRE 1923 N.º 1

EL PRACTICANTE SEVILLANO

Revista Mensual

Organo oficial del Colegio de Auxiliares de Medicina y Cirugía de Sevilla y su provincia Director y Vice-presidente del Colegio JOAQUÍN GUTIÉRREZ

Administrador y Bibliotecario; Manuel Martínez de Pinillos Redacción y Administración; Pósito de Esquivel, 9 pral desde se dirige toda la correspondencia

LA MATRONA HISPALENSE

REVISTA CIENTIFICO-PROFESIONAL LITERARIA

ORGANO DEL COLEGIO DE MATRONAS DE SEVILLA Y SU PROVINCIA

Dirección y Administración: ROSALÍA ROBLES CERDÁN

Secretaría: J. L. RIVAS

ESCUELAS PIAS, 12-14 - Teléfono 23787 - SEVILLA

AÑO I SEVILLA, DICIEMBRE 1929 N.º 9

Año I Cádiz, Diciembre 1916 N.º 2

EL PRACTICANTE GADITANO

ÓRGANO OFICIAL DEL COLEGIO DE MEDICINA Y CIRUGIA EN LA PROVINCIA Y DEPENDIENDO DE LA CLASE EN GENERAL

Precios de Suscripción 6 Pesetas al año.	De los trabajos que se publiquen responderán sus autores, cuyos originales no se devolverán.	ANUNCIOS Precios convencionales. Los pagos adelantados.
---	--	--

AÑO I SALAMANCA, Enero, 1926 - N.º 1

El Practicante Salmantino

ÓRGANO OFICIAL DEL COLEGIO DE PRACTICANTES Y MATRONAS

PUBLICACIÓN MENSUAL

DIRECTOR: D. Ángel Serrano Villafaña. ADMINISTRADOR: D. Román de Calvo. Afueras de Sánchez Ruano. Pérez Pujol, 3.

COLABORADORES: Todos los compañeros.

aunque el Boletín siguiera publicándose conjuntamente con el Colegio de la Corte. Ello hizo que cada Colegio dedicara mayor atención a su problemática concreta, dentro de su ámbito local o regional, potenciando sus actividades particulares, sobre todo en lo referente a crear sus propios Boletines, aunque la gran mayoría no cuenta con medios necesarios para llevarlos a cabo.

En ese estado de cosas, hace su aparición, en noviembre de 1916, «EL PRACTICANTE GADITANO» que se va a convertir, a través del tiempo, en el periódico profesional más importante y de mayor prestigio, gracias a la labor de su auténtico artífice (aún cuando permaneciera en la sombra) D. Fernando Ceballos y Cerezo, uno de los «padres» de la profesión en nuestra Andalucía. Sus páginas se convierten en un clamor para conseguir formar una Federación Andaluza de Practicantes y en un ataque continuo a los responsables del Colegio central por la apatía que vienen manifestando, hasta que, finalmente, consigue los frutos apetecidos.

Curiosa y enigmática resulta la cabecera de sus catorce primeros números, en la que aparece como «Órgano Oficial del Colegio de Medicina y Cirugía en la Provincia».

La esperanza de que el «aislamiento» en que vivían profesionales y Colegios podría finalizar a finales de 1919 con su integración en la Federación Nacional de Clases Sanitarias de España, junto a médicos, farmacéuticos, veterinarios y odontólogos, merced al apoyo de su Presidente, el Médico sevillano Dr. Jesús Centeno, infunde nuevos ánimos que se transforman en un renacer de los Colegios por el aumento de nuevos asociados, quienes le proporcionan los medios económicos y humanos para conseguir dotarse de sus órganos de Prensa.

Entre los meses de junio y agosto de ese mismo año, editan sus Boletines Logroño («El Practicante Riojano»), León («El Practicante Leonés») y Jerez («El Auxiliar del Médico»).

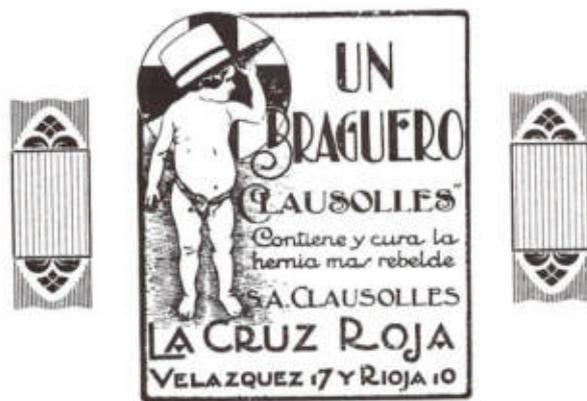
Lo mismo había ocurrido meses antes, entre enero y febrero, con Almería que volvía a poner en circulación «El Practicante Almeriense» que ya había conocido varios números en los primeros meses del año anterior, y Sevilla con «El Practicante Sevillano», el cual se mantuvo hasta finales del 1920, para reaparecer a partir de 1923. La misma fecha en que aparece «El Practicante Cordobés» manteniéndose con ese nombre hasta el año 1925 en que cambia su cabecera por «El Auxiliar del Médico». No obstante, Sevilla ya había conocido «EL GENUINO», («publicación quincenal, dirigida por Antonio Díaz y que escondía el Boletín del Colegio de Practicantes y Sangradores de esa Ciudad en 1865»).

Este resurgir trajo como consecuencia la reactivación de la unión de los Practicantes a nivel nacional con la creación de la Federación Nacional (mayo 1921) que comenzará a publicar «La Gaceta Oficial de la Federación Nacional de Practicantes», independientemente del Colegio de Madrid que creará «El Auxiliar Médico», hasta enero de 1923, fecha en la que vuelven a editar conjuntamente «El Boletín Oficial de Practicantes».

Estos logros infundieron nuevos ánimos a esos «Enfermeros Titulados», que llegaron a duplicar en un año el número de inscritos en los registros de sus respectivos Colegios que ya no podrán seguir teniendo excusas para no tener su propio Periódico; y así nace, en 1920, «El Practicante Navarro», y en 1921 «El Auxiliar de Medicina y



Especialidad en batas
confeccionadas para
Médicos y Practicantes



La publicidad siempre fue uno de los soportes a la hora de afrontar la edición de la Prensa profesional.

Cirugía de Barcelona», «El Practicante Galaico» (Ferrol), «El Practicante Toledano», «El Boletín del Colegio de Practicantes de Santander» y «El Boletín del Colegio de Practicantes de Valencia» que desaparece poco después y establece una «Sección» dentro de la Revista «Unión Sanitaria» de su provincia, como sucedería con los Colegios de Badajoz, Teruel, Jaén y La Coruña.

Los Colegios de Cáceres y Castellón harán lo propio en 1922 y hasta el colegio de Lorca conseguiría tener su propia Revista («El Practicante Lorquino»).

En 1927 nos encontramos con catorce publicaciones de Colegios Federados, entre ellas «El Practicante en Africa» (Melilla), «El Practicante Alicantino», «El Practicante Malagueño», y «El Boletín de la Federación Vasco-Navarra» que ha vuelto a publicar el Colegio de Bilbao tras haber conocido un paréntesis después de su nacimiento en 1923.

Entre el año siguiente y los primeros meses del 1929, otros Colegios se suman a esta relación: Valladolid y el «El Practicante Castellano»; Jaén y su «Boletín Oficial de Practicantes»; Granada con el «Colegio de Practicantes de Granada» y Santiago de Compostela con su «Boletín Oficial del Colegio».

En Murcia coexisten dos publicaciones paralelas, la del Colegio («Boletín Oficial de los Practicantes de la Provincia de Murcia») y la que mantiene la incipiente Asociación de Practicantes Titulares («El Practicante Titular de España»). En Salamanca, mientras tanto, Practicantes y Matronas han creado un Colegio común y publican, a partir de enero de 1926, «El Practicante Salmantino: Organó Oficial del Colegio de Practicantes y Matronas».

Burgos es la provincia encargada de llevar a cabo la publicación del último titular, dentro del periodo que abarca nuestro estudio: «Divulgación Sanitaria», cuya fecha de comienzo se centra en mayo de 1929.

Junto a todos los anteriores, existe una Sección Específica para Practicantes dentro de la Revista que publica la Federación Nacional de Uniones Sanitarias, desde 1918: «Federación Sanitaria: Revista de Medicina y Sociología, Organó Nacional de las Federaciones Sanitarias».

Algunos Colegios de Matronas cuentan también, con sus propias revistas, aunque en la mayoría de las provincias tienen libre acceso a las páginas de los Practicantes: Madrid («El Boletín de Matronas», órgano de la Federación Nacional de Matronas), Barcelona («El defensor de la Matrona», 1921) y Sevilla («La Matrona Hispalense»: abril, 1929).

En Almería llegó a publicarse «La Comadrona», pero tan sólo encontramos una referencia aislada sobre ella, desconociéndose cualquier otro dato adicional.

A partir del 29 de diciembre de 1929, fecha en la que se publica en «La Gaceta de Madrid», la Orden por la que se establecía la Colegiación Obligatoria de todos los Practicantes y Matronas, el panorama anteriormente descrito comenzó a variar. Pero esta es, por supuesto, otra historia que en su momento intentaremos clarificar desde la perspectiva de recuperar para la Profesión de Enfermería los primeros vestigios de su propia Prensa, elemento imprescindible si queremos, a la altura de 1992, llegar mínimamente a conocer cual ha sido el devenir histórico de nuestra actividad.

ANOTACIONES SOBRE ORGANIZACION Y CONTENIDOS EN LA PRENSA PROFESIONAL

Aunque todas ellas no guardan un determinado orden en la distribución de sus páginas, en lo que se refiere a las distintas secciones, podemos determinar las siguientes:

CABECERA:

- Tras el título aparece como «Organó Oficial del Colegio».
- En algunos casos se amplía con otras características: «Defensora de la Clase»; «Sin orientación política».
- Otros datos informativos: Precio, domicilio social,...

SECCION CRITICO-REIVINDICATIVA:

- Se le dedica el mayor número de páginas.
- Denuncias de hechos puntuales.
- Duras críticas a la Administración y a quien se oponga a sus «justas» pretensiones o simplemente no apoye o colabore.

– Son líneas normalmente impregnadas de una tremenda «amargura» ante la impotencia para conseguir mejoras, aunque en ocasiones, y casos muy concretos, resumen estados de euforia.

SECCION LITERARIA-CIENTIFICO-CULTURAL:

– Poesías (de amor o crítica social).
– Obras teatrales o novelas, por entregas.
– Artículos científicos de algún Médico afamado de la Provincia o Practicante.

SECCION DE NOTICIAS:

– Ecos de Sociedad, Necrológicas o de cualquier otra índole relacionada con la Clase Sanitaria.

SECCION OFICIAL:

– Disposiciones Oficiales que les afectan. Siempre con un comentario adicional sobre las mismas.
– Puestos de trabajo vacantes.
– Convocatoria de oposiciones y temarios de las mismas.

SECCION COLEGIAL:

– Crónicas de Actos Sociales.
– Actas o acuerdos de Asambleas o Juntas Directivas.
– Convocatorias.
– Estados de cuentas colegiales y de la revista.
– Noticias de otros Colegios, Federación de Practicantes o de la Unión, o de los Colegios de otros Colectivos (Médicos, Farmacéuticos...)
– En algunos casos, todo lo relacionado con «Enfermeros» de países Iberoamericanos».

ANUNCIOS:

– Los admiten de cualquier actividad.



Curiosa forma publicitaria.

– Sobresalen los relacionados con los negocios o industrias Ortopédica. Farmacéutica y Sanitaria en General.
– Gran número de Consultas de Médicos de Ciudad y Provincia.
– Hay que hacer constar que el anuncio en «Plana» completa cubría aproximadamente el coste de 30-40 ejemplares, con lo que puede decirse que, en la mayoría de los casos, el Boletín se subvencionaba con estos anuncios y la venta a los no asociados.

INSCRIPCIONES:

– La suscripción anual rondaba, aproximadamente, entre el 0,20% y el 0,30% del Sueldo Medio anual de un Practicante en un puesto oficial.
– Se envía gratis a todos los Colegiados al corriente en el pago de sus cuotas colegiales.
– Se intercambiaba con las de otros Colegios, Asociaciones o Colectivos y con Prensa en general.

DIRECCION:

– Está en manos del Presidente del Colegio.
Excepcionalmente, y sobre todo en los primeros números, puede depender del Vicepresidente u otros miembros de la Junta Directiva.

RESPONSABLE DE REDACCION:

– Responsabilidad de un miembros de la Junta con dotes literarias reconocidas, que normalmente unían a su título de Practicante el de Maestro o era ejerciente en el campo periodístico.

ADMINISTRACION:

– Separada de la Tesorería del Colegio.
– Tenía preferencia para llevarla quien tuviese algún título, estudios o conocimientos de Economía.
– El Colegio –su Junta Directiva– podía controlarla a través de interventores llamados «Contadores».

COMISION DE PUBLICIDAD:

– Formada por un grupo de voluntarios entre los Colegiados.

“Manual del Practicante”

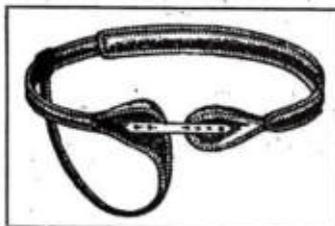
OBRA DE TEXTO Y CONSULTA DEL

Dr. Sáenz de Cenzano

Todo Practicante que desee tener conocimiento completo de los temas que se exigen en las diversas oposiciones de Practicantes Militares, Armada y Beneficencia, así como los alumnos de todas las materias de la Enseñanza, deben adquirir esta importante e instructiva obra. Consta de cuatro tomos, al precio de quince pesetas cada uno de los primeros, veinte el tercero y diez el Apéndice. Los tres primeros tomos, cuarenta pesetas, y la obra completa, cincuenta pesetas. Encuadernación en tela, aumenta dos pesetas cada tomo.

DE VENTA EN LOS COLEGIOS DE PRACTICANTES Y PRINCIPALES LIBRERIAS :: A PLAZOS, EN CASA DEL AUTOR, PASEO DE SAGASTA, 11, ZARAGOZA

GABINETE TÉCNICO ORTOPÉDICO



**PEDRO
JIMÉNEZ**

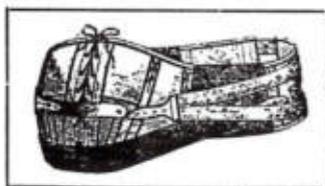
Alvarez Quintero, 58. - SEVILLA

APARATOS PARA CORREGIR LOS
DEFECTOS DEL CUERPO HUMANO
BRAGUEROS, FAJAS, PIERNAS
ARTIFICIALES, ETC.



CASA EXCLUSIVA

EN ESTE RAMO



DENTALIA ROJA del INSTITUTO ESPAÑOL

De perfume exquisito y poderosa acción antiséptica.
Su empleo diario evita las enfermedades de la boca y las infecciones del tubo digestivo, debidas en su mayor parte al abandono de la higiene de dicha cavidad.

Para pedidos dirigirse al

INSTITUTO ESPAÑOL

FEDERICO SÁNCHEZ BEDOYA, 23

SEVILLA

- En las gestiones especiales, la «Comisión visitadora» era encabezada por el Presidente del Colegio.

COLOFON:

- La revista o Boletín dependía de la propia Junta Directiva, directamente o a través de los mecanismos de control que se establecían. En todo caso la última palabra siempre la tenía la Junta General o Asamblea de Colegiados.

BIBLIOGRAFIA:

- El Colegio y su Historia. Capítulos I al XX. (Boletín del Colegio de Enfermería de Sevilla).
- Notas para la Historia de la Enfermería Gaditana. (Escuela Universitaria de Enfermería. Univ. de Cádiz, 1983).
- Medicina e Historia. (Publicaciones Uriach. 3ª época nº: 2, 12, 16, 20, 22, 32).
- Legislación Sanitaria. (Formulario Enciclopédico. Barcelona, 1892).

- Actas Juntas Directivas. (1908-1918). (Colegio Enfermería de Sevilla).
- Semblanza Asambleas Generales. (Federación Nacional de Colegios de Practicantes. Madrid 1928).
- «El Plan de Estudios de Cándido Mª TRINGUEROS» (1768).
- URIACH, Hoy - 150 años de investigación y futuro. (Fundación Uriach - 1988).
- Historia de la Prensa Andaluza (Antonio Checa Godoy).
- Boletines de los Colegios Oficiales de Sevilla, Cádiz, Salamanca, Zaragoza y Almería. (De 1916 a 1929).
- La matrona hispalense (1929/30).
- Noticias Hispano Americanas en la Prensa Andaluza de los Auxiliares Sanitarios (1916-1936) II Jornada de la Hª de la Medicina Hispanoamericana. Cádiz: Diciembre 1991.
- La Medicina en la Historia, Ediciones PFIZER, S.A., SALVAT. Barcelona 1984 (2ª edición).

*¿Quiere Vd. que sus
productos sean cono-
cidos por todo el
Mundo?*

*Anúnciese en la
revista mensual,*

EL PRACTICANTE SEVILLANO

*que se envia a todas
las capitales de Espa-
ña y del Extranjero.*

MANIPULADORES DE ALIMENTOS: AGENTES BASICOS DE SALUD

Autores: **D^a Paloma Torrego Fraile, D.E.**
D^a Reyes Escudero Fombuena. Farmacéutica.
D. Manuel Madrazo. Médico
Delegación de Salud del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

INTRODUCCION

La Delegación de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla puso en marcha en el curso 84-85 por primera vez, el Programa de Salud Escolar. Este Programa se desarrolla actualmente a través de varios subprogramas:

- Educación para la Salud.
- Vigilancia del Medio Ambiente del colegio y su entorno.
- Programa de Apoyo al Plan de vacunas de la Junta de Andalucía.

Dentro de los subprogramas de Medio Ambiente y Educación para la Salud se encuadra esta experiencia que engloba objetivos de los dos subprogramas.

El Objetivo General es la mejora de la calidad de vida de los escolares sevillanos.

Para conseguir este objetivo hay que incidir en todos los puntos de re-

lación del niño con la escuela, empezando por conocer el estado de éstos puntos para valorar las necesidades y así poder establecer las prestaciones adecuadas.

Uno de los puntos críticos es la utilización de los servicios de comedor, ya que supone para los niños el inicio de la adquisición de hábitos sanos en la alimentación y por ser identificado como un factor de riesgo en toxiinfecciones alimentarias. Elevar el nivel de este servicio es el objetivo que se pretende alcanzar mediante el estudio y control de cocinas, comedores, alimentos, dietas y manipuladores.

Este trabajo se centra en la labor realizada con los responsables de los comedores escolares, y más concretamente, con los manipuladores de alimentos. Detallaremos el trabajo realizado en Educación para la Salud y Control microbiológico de manipula-

OBJETIVOS

Los objetivos inmediatos son:

- Conocer el nivel actual de formación e información de los manipuladores para poder actuar sobre aspectos específicos.
- Facilitar la participación de estos profesionales en los programas de prevención y educación.
- Detectar la posible presencia de portadores.

Los objetivos a largo plazo son:

- Aumentar el nivel de conocimientos.
- Promover actitudes higiénicas sanas.
- Motivar el sentido de responsabilidad profesional, de los manipuladores.

MATERIAL Y METODO

En cuanto a material contamos con:

- Recursos humanos: una enfermera, una farmacéutica, un médico, dos veterinarias, un biólogo, un químico.

- Recursos técnicos: documentación bibliográfica.

- Recursos materiales:

a) Material microbiológico: • medios de cultivo (Selenito, Hajna, SS, Hektoen, XLD, Kligler, Baird-Parker).

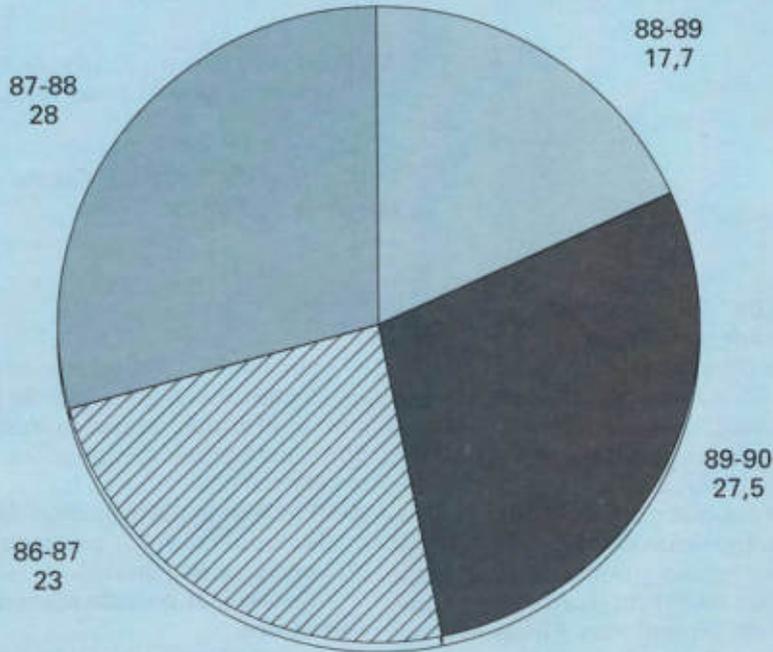
• sistemas de identificación: galeñas de pruebas bioquímicas API-20 y test de Estafilasa.

b) Material para las charlas a manipuladores: proyector de diapositivas, diapositivas preparadas ya sobre temas de alimentación y manipulación, calendarios de bolsillo fabricados por nosotros con los consejos básicos en manipulación para repartir entre los manipuladores, documentación bibliográfica.



Lavado de manos, antes y después de cada manipulación.

**CONTROL MICROBIOLÓGICO
GRUPO DE ESTUDIO: MAN IPULADORES**



PORTADORES ESTAFILOCOCOS

METODO

El método que se está aplicando tiene un desarrollo secuencial lento. Se tendrá que aplicar a lo largo de los cursos escolares, en intervenciones puntuales, desarrollándose hasta el momento de la siguiente forma:

Primero, hacer una prospección del problema y la demanda que existe, de los profesores encargados de comedor y de los manipuladores de alimentos; en segundo lugar, cotejar dichos problemas y demandas con los criterios técnicos para poder programar actividades de estudio y control y en tercer lugar, establecer las acciones necesarias encaminadas a mejorar la calidad y seguridad de este servicio cuya importancia y necesidad social va en aumento.

En el primer curso se desarrolló el trabajo de prospección con responsables de los comedores y manipuladores, así como el inicio del estudio microbiológico de los manipuladores.

En el curso siguiente, una vez identificadas las demandas de estos grupos y el nivel de formación de am-

bos, se diseñaron las actividades a desarrollar que consistía en:

1º- Mantener una amplia cobertura en el control microbiológico de los manipuladores.

2º- Realizar una labor continuada de adiestramiento y/o reciclaje de los manipuladores en las visitas realizadas por los inspectores de consumo.

3º- Reuniones educativas con grupos reducidos de manipuladores, en las que una selección de contenidos básicos sencillos de comprender y realizar promuevan la adquisición de hábitos sanos de este colectivo.

Habiéndose realizado en los cursos siguientes el control microbiológico exclusivamente debido a las razones que se exponen más adelante.

Desarrollo del método:

El primer paso consistió en realizar unas actividades con objetivos y técnicas comunes, primero con los profesores encargados de comedor y un mes más tarde con los manipuladores de alimentos.

Los objetivos eran:

- Reflexionar sobre los brotes de toxiinfección alimentaria en los comedores colectivos.

- Conocer las posibles demandas de Servicios de Salud a los comedores escolares, encaminadas a prevenir dichos brotes.

Además de comentar entre todos un caso real de un brote de toxiinfección alimentaria extraído de un boletín epidemiológico, se utilizó, para la consecución de los objetivos, la técnica de discusión en grupo con moderador, partiendo de las siguientes preguntas:

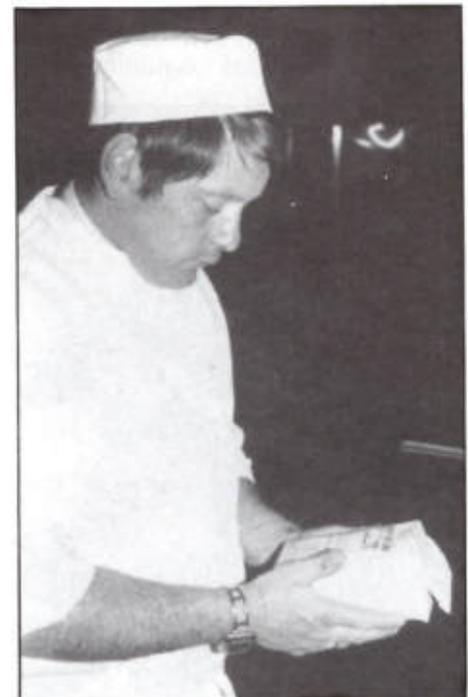
- ¿Cuáles son desde su punto de vista los aspectos que presentan más riesgos en el funcionamiento del comedor escolar?

Para los profesores fueron:

- 1º- Los manipuladores.
- 2º- Los apartados de conservación de los alimentos.
- 3º- El excesivo número de escolares en algunos comedores.
- 4º- El mantenimiento de las instalaciones.

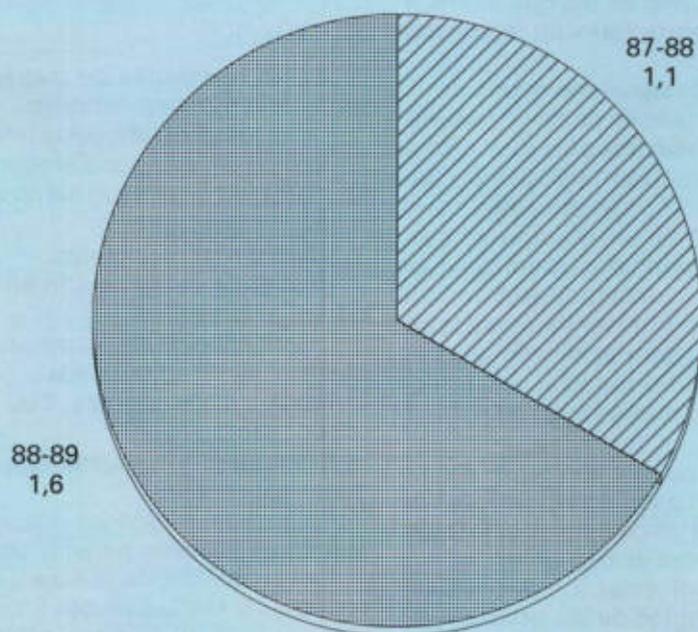
Para los manipuladores:

- 1º- Los alimentos en estado de materia prima.
- 2º- El estado de conservación de las instalaciones.
- 3º- La escasez de algunos medios de trabajo.
- 4º- La presencia, en régimen de



Etiquetaje correcto en el almacenamiento.

**CONTROL MICROBIOLÓGICO
GRUPO DE ESTUDIO: MANIPULADORES**



PORTADORES SALMONELLA

criterios técnicos preventivos, se programaron actividades encaminadas a cubrir la demanda explicitada.

La relación de actividades programadas es la siguiente:

- revisión de las instalaciones de cocina y comedor
- comprobación del origen de los alimentos y su conservación
- observación «in situ» de las prácticas de manipulación para detectar las erróneas
- control bacteriológico de los manipuladores.

Nosotros vamos a detenernos en este último punto dónde trabajamos más directamente. En este nivel la prevención se basa en el diagnóstico precoz de los problemas de salud.

CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LOS MANIPULADORES

Se pretende controlar el mayor número de manipuladores en los comedores de los colegios de Sevilla para detectar la posible presencia de portadores de Salmonella en heces y de Estafilococos patógenos en secreción nasal.

La propuesta de desarrollo se hace en base a que el personal manipulador

colaboración, de profesores y alumnos que realizan tareas de «office».

— ¿Sobre cuáles de los aspectos que intervienen en el funcionamiento de un comedor escolar, cree que los servicios sanitarios públicos pueden influenciar más para el control de los riesgos?

Para los profesores fueron:

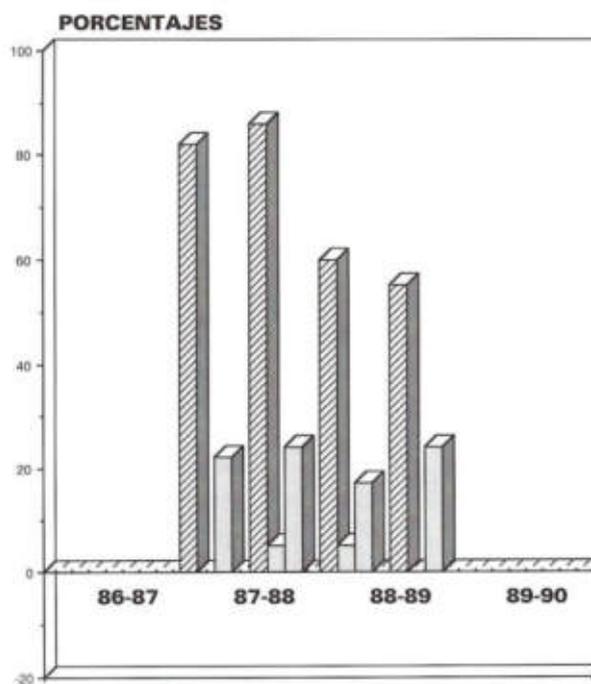
- 1º- En el control de los productos en el mercado.
- 2º- En la supervisión de la limpieza e higiene de los locales.
- 3º- En la revisión, mejora y puesta al día de las instalaciones.
- 4º- En la divulgación de una normativa clara sobre comedores.

Para los manipuladores:

- 1º- En el control sanitario de los alimentos, tanto en el principio como al final de la cadena de producción.
- 2º- En el control sanitario de los manipuladores, ya que el tiempo que transcurre entre los controles es excesivo (en teoría 4 años).
- 3º- En el adecuado mantenimiento de las instalaciones.

En base a estos resultados, y una vez cotejadas las conclusiones con los

**CONTROL MICROBIOLÓGICO
GRUPO DE ESTUDIO: MANIPULADORES**



CURSOS ACADÉMICOS

de alimentos es uno de los principales elementos de riesgo en el funcionamiento de un comedor escolar y en base a que es una necesidad sentida por el personal docente encargado de los comedores escolares, considerando éstos que el plazo que transcurre entre los controles rutinarios es excesivamente largo.

Toma de muestras:

- La toma de muestras de secreción nasal se hace en el Laboratorio Municipal.

- Las muestras de heces se recogen en botes estériles que son entregados a los manipuladores, adiestrándoles para una correcta utilización.

Se estudian las muestras nasales y fecales mediante técnicas microbiológicas utilizadas rutinariamente en la investigación de los agentes etiológicos mencionados anteriormente.

Material utilizado:

Para las muestras de secreción nasal: Baird-Parker, test de Estafilasa, catalasa y ADNasa.

Para las muestras de heces: Selenito, Hajna, Salmonella-Shigella,

XLD, BGA, Hektoen, Kligler y API 20E, Antisueros específicos.

Se realizó una única toma de muestras repitiéndose exclusivamente un segundo control en los que aparecerían como portadores en la primera toma.

En el curso siguiente, mantuvimos el mismo desarrollo pero con una ampliación. Tomábamos las muestras el mismo personal que realizábamos luego dicho control, así conseguimos un acercamiento a los manipuladores, nos informábamos de las condiciones de trabajo y le dábamos en forma de calendario las normas básicas a tener en cuenta por los manipuladores y que están resumidas del Real Decreto de 1986 sobre Manipuladores de Alimentos.

También en este año organizamos unas charlas a los manipuladores de alimentos en los colegios, por la tarde, fuera de la hora de trabajo, en las que intentamos informar con diapositivas y con fotocopias de los puntos más interesantes, aclarar dudas y, en definitiva realizar una Educación Sanitaria.

En los años siguientes, al desmembrarse el equipo por tener diferentes

responsabilidades cada miembro, solamente se ha continuado con la labor de control bacteriológico de manipuladores y de alimentos.

RESULTADOS

De las reuniones de trabajo con profesores y manipuladores:

La valoración de resultados en Educación Sanitaria es siempre difícil, en este caso se utilizan como indicadores:

- Número de asistentes.
- Nivel de participación en la discusión en grupo.
- Contestación de un cuestionario sobre la actividad realizada.

Profesores asistentes: 74% de los convocados.

Manipuladores asistentes: 18,5% de los convocados.

En ambos grupos las discusiones resultaron bastante participativas.

En la contestación del cuestionario el 100% de los asistentes afirmaron creer útiles este tipo de actividades, mostrándose el grupo de los profesores más críticos en cuanto al desarrollo de las mismas y el grupo de los manipuladores en tanto a las dotaciones necesarias para el desempeño diario de su trabajo.

Para los profesores resultó ser factor de riesgo la falta de formación de los manipuladores, esta bajo nivel de conocimientos hace que algunos miembros de este colectivo profesional desconozcan los riesgos específicos condicionados por su tipo de trabajo.

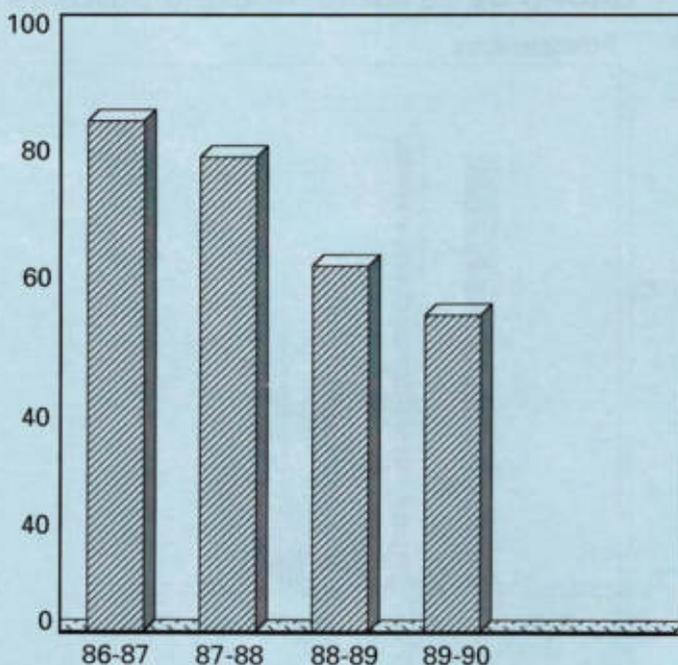
Del estudio microbiológico:

Nos remitimos al cuadro de resultados del control microbiológico.

A todos los manipuladores que resultaron ser portadores fue recomendado tratamiento médico y fueron citados una vez cumplidos los plazos terapéuticos para comprobar el resultado del tratamiento.

De todos los portadores citados vuelven a un segundo control menos de la mitad de ellos, pero de los que realizan este segundo control casi el 100% se negativiza tras tratamiento.

**CONTROL MICROBIOLÓGICO
GRUPO DE ESTUDIO: COLEGIOS**



CURSOS ACADÉMICOS

CONTROL MICROBIOLÓGICO

Curso escolar	86-87	87-88	88-89	89-90
Colegios	86,2	75,0	56,6	46,6
Manipuladores	83,8	86,0	60,7	55,2
Port Salmonella	0,0	1,1	1,6	0,0
Port Estafiloc.	23,0	28,0	17,7	27,5
Datos en porcentajes				

DISCUSION

– En cuanto al nivel de conocimientos de los manipuladores se ha evidenciado que éste es bajo a través del desarrollo del programa, durante las reuniones y las entrevistas así como en las visitas de inspección a los centros realizadas por los inspectores de Consumo y Medio Ambiente. Observamos también una escasa motivación a la vista de la participación.

– Al ser el método empleado de desarrollo secuencial lento tiene su principal dificultad en la aceptación por la población a la que va dirigida en sus períodos iniciales o de adaptación, pero ya se ha abierto un cauce de participación de estos profesionales siendo esto uno de los objetivos inmediatos.

– El trabajo realizado en Educación para la Salud anteriormente disminuye el riesgo en toxiinfecciones alimentarias al aumentar los conocimientos y promover hábitos sanos, lo que constituyen actitudes positivas.

– Se han detectado portadores nasales entre los manipuladores, consideramos que la incidencia de los mismos está dentro de la normalidad en nuestro medio. El control y seguimiento de los manipuladores portadores creemos que ayuda a disminuir el riesgo.

La valoración de los puntos expuestos anteriormente es positiva por considerar que se han alcanzado los Objetivos Inmediatos propuestos. En lo referente a la consecución de los Objetivos a Largo Plazo, se propone seguir con el control microbiológico de los manipuladores siempre que haya una labor continuada de enseñanza o reciclaje de dichos manipuladores por medio de reuniones educativas donde se resalten los puntos básicos de Educación Sanitaria para promover hábitos sanos en este colectivo.

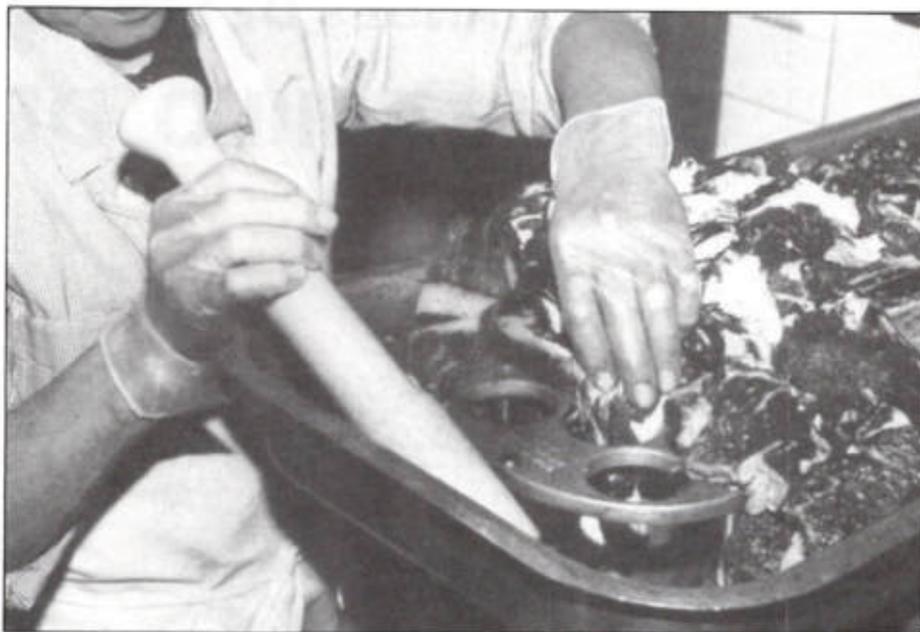
La evaluación de estas actividades se llevarán a cabo en base a:

– El nivel de participación de los manipuladores.

– Las modificaciones observadas «in situ» en sus pautas de comportamiento.

– Datos objetivos que se generen en los programas de control bacteriológico de alimentos y manipuladores.

Esperamos que con este trabajo ayudemos a PROMOCIONAR LA SALUD ESCOLAR.



Proteger las manos, en manipulaciones diversas.

CONCLUSIONES

Toda esta experiencia nos ha preparado para eventos de gran envergadura como este que tenemos ahora en Sevilla de EXPO'92, porque hemos podido colaborar junto con otros organismos para realizar el control sanitario del gran número de manipuladores de alimentos que hay en el recinto de la Exposición y en la ciudad de Sevilla de cara a hacer prevención y promoción de salud.

En primer lugar y ante todo realizando Educación Sanitaria en cursos, dándoles folletos explicativos y concienciándolos de su responsabilidad en la salud de miles de personas. Luego, ya en casos accidentales de producirse una toxiinfección alimentaria realizando un control microbiológico de los manipuladores implicados en dicha toxiinfección concretando la investigación en portadores nasales de *Staphylococcus aureus* productores de estafilotoxina y en el aislamiento en heces de *Salmonella*, *Shigella* y *Campylobacter* fundamentalmente para si es así, alejar del contacto con alimentos a dichos portadores hasta la negativización de los resultados según el Reglamento de Manipuladores vigente y evitar así la propagación del germen probable causa de la toxiinfección correspondiente.

Hay que tener en cuenta que es sólo un estudio más a seguir para encontrar la causa en la producción de una

T.I.A., hay que seguir el estudio del alimento relacionado y ver todos los factores implicados (cadena de frío, utensilios, superficies...) y no responsabilizar sólo al manipulador de la causa que lo produce, pero si lo convencemos de su importancia, de su responsabilidad y de que un manejo adecuado del alimento o buenas prácticas en el trabajo va en beneficio de todos porque la salud es lo más importante habremos dado un paso adelante.

BIBLIOGRAFIA

- «La metodología de l'Educazione Sanitaria: Una proposta de inter-vento». Prof. Anna Ferrari. 1982.
- «Nuevos métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud». OMS Serie de Informes Técnicos. Ginebra, 1983.
- «Medicina Preventiva y Salud Pública». 8º edic. Piédrola Gil, G. y Otros. SALVAT, 1989.
- «Salud Pública». Antó, Banús y Portella. U.N.E.D. 1983.
- Report on two working groups. Reykiavik, 14-18 July 1975. «The Definition of Parameters of Efficiency Primary Health Care». OMS/EURO.
- Revista de Sanidad e Higiene Pública. Núm. 51, 1977.
- Boletines de Vigilancia Epidemiológica, núm. 1726-27, 1756, 1958-59.
- «Microbiología y Parasitología Médica». A. Pumarola y Otros. SALVAT, 1987.
- «Diagnóstico Microbiológico». Elmer Koneman y col. Panamericana, 1987.

SAN CAMILO DE LELIS

Autor: **D. Gregorio Martínez Morán, D.E.**
Hospital Universitario
«Virgen Macarena» de Sevilla



«Todo el movimiento de la Historia resulta de la diferencia entre lo que el hombre es, y el uso que se hace del hombre».

Leon Blum

Instalados dichosos y miserables en el surco del tiempo rinascita, llega la plenitud del Vivat Rey Carolus (1519) sin que la realidad se venga de la teoría porque a pesar del esplendor y la efusión, no hay liberación de los tabúes ideológicos y la vida humana está coaccionada por el afán de dar formas viejas a lo nuevo, la violencia, la hambruna, la epidemia, el miedo, la reforma, la contrarreforma, la ritualización, la revolución científica, el

mercantilismo y el alza de los precios. Todo ello en el contexto de lo sanitario significó erudición, hospitales militares, dispersión de recursos, instituciones asistenciales, órdenes hospitalarias enfermeras, disección de cadáveres y aportaciones evolucionadoras de Philippus A.T. Bombastus Von Hohenheim llamado «Paracelso», San Juan de Dios, Nicolás Monardes, Ambroise Paré, Miguel Servet, Andrés Vesalio, Bernardino Alvarez Herrera, Agustín Salumbrino, William Harvey y Santa Rosa de Lima entre otros próceres.

Sin embargo y a pesar de la «docta piedad», ese período también expresó individuos abandonados a su suerte y denuncias sanitarias, ejemplo son las narraciones de Sancio Cicateli en Vita

monoscrita: «¿Cuántos pobres moribundos, que no habían terminado de morir, eran arrancados rápidamente de los lechos y, medio vivos llevados entre los muertos, por aquellos jóvenes mercenarios poco prácticos para ser sepultados vivos?»; Bernardino Cirilo en Informe del Hospital Santo Espíritu: «Cuando uno de estos gaudules se presenta a un enfermo para suministrarle el caldo, y se encuentra con que el pobre está afligido, desanimado, postrado y tan débil que apenas le sostiene la cama, él será capaz de decirle ¡bebe, ojalá pudiera estrangularte...! y llegará incluso a darle con la escudilla en la cabeza». Y Fratre Paolo en Diálogo de la Peste, Milán 1576: «La manera como los médicos cumplían con sus deberes, o creían cumplirlos, era curiosa: daban la vuelta alrededor del lazareto asomándose por cada ventana, mientras una persona, cerca de cada enfermo, iba informando al médico sobre su estado, según las preguntas de aquel... No es sorprendente que, con tales médicos la peste se extendiera más». Aún así, la «alegría del vivir» interrumpía las labores cotidianas, sublimada por villanescas, motetes, madrigales, rondós y romances.

Un 25 de mayo de 1550, iniciado ya en España el centenario productivo de la música de mayor significado de Europa, en un establo de Buchianico di Chieti, Abruzzos, nace Camilo, hijo de la honrosa Camila y Juan, un capitán infante mercenario vinculado a Carlos Quinto, veterano de la batalla de Pavía y del Saco de Roma. A los trece años, con una niñez irregular, sin madre y con bulimia de lo diferente se adentra en el devastador medio de la chillona trivialidad, el bullicio ensordecedor y el pantanoso juego de azar, donde su progenitor era empedernido, hasta que en 1568 siguiendo la tradición familiar ingresa en el abigarrado oficio de los hechos de armas, alistándose

dos años después junto a su anciano padre en la expedición de la Liga Santa para la reconquista de Nicosia, en manos otomanas; en el camino el capitán Juan de Lelis fallece en la ciudad de los Estados Pontificios de Ancona, su hijo, deja la soldada afecto de fiebres terciarias y llagado de una pierna; según describe Sancio Cicuteli «la cantidad de humor acuoso que supuraba la llaga alcanzaba a ser, al menos, de una libra al día; eso sí, pensando las vendas empapadas».

Camilo es acogido el 7 de marzo de 1571 en el Ospedale Beati Jacóbi Insanabilis de Roma para someter la curación de su úlcera, siendo despedido a finales de año por su turbulencia. Con 22 años, ávido de experiencia, se enrola en el ejército de fortuna y en la sinuosa disipación, llegando a los 25 años de edad a ser un perdedor desprotegido y humillado. Tras un viaje a la enarenada Manfredonia es admitido a la vestición de fraile de San Francisco, bajo el nombre de «fray humilde»; expulsado al poco tiempo y con la llaga abierta, muestra gran interés por la gramática y la aritmética, logrando en 1579 ser designado maestro de casa del Ospedale Beati Jacóbi Insanabilis, ocupación de responsabilidad por sus albañes en una institución unida al mal de las bubas, donde muchos enfermos, clérigos o laicos condenados o no por la Inquisición, permanecían días sin tomar alimento y sin el menor aseo y respeto elemental. Como dice Jean Guilton, la conciencia misma se objetiva y convierte la materia en sustancia propia; ante el inexorable curso del malhadado nosocomio se dedica a lo más conspicuo, a cultivarse para luchar sólo contra la deficiencia médica, la malnutrición, el hedor, la ineptitud de los enfermeros y la desidia generalizada, hasta que en 1582 ya tiene un pequeño grupo de voluntarios epígonos que le ayudan a considerar al enfermo con su patético derrumbe.

En la reconstruida basilica de San Giovanni in Laterano el día 26 de mayo de 1584 monseñor Goldwel ordena a Camilo de Lelis, que junto a su compañía de 12 individuos «Ministros de los enfermos», conocidos sarcásticamente por «Ministros de los infiernos» cuida en el viejo Ospedale de Santo Spirito, en una húmeda casona a orillas del Tiber y en los suburbios sin cobrar ni un escudo. El papa Sixto V a



Nave del ospedale del santo espirito

instancias del cardenal Lauro aprueba la congregación del símbolo de la cruz latina pectoral roja y Gregorio XIV en 1591 otorga la bula del «placet» creando la Orden regular de clérigos para el cuidado de los enfermos (servidores de los enfermos), una vez reconocido el comportamiento humanístico y sanitario en el tifus «castrensis» del virreinato español de Nápoles, la peste bubónica, el hambre y las fiebres malarias de Roma. Como si todo esto no fuera bastante y tomando posesión de manera inerte y sin la menor intuición de lo que se cree, la «asistencia Camiliana» se colmó en el desbordamiento del Tíber, peste del ducado de Saboya, peste bubónica de Nola, conflictos bélicos de Pastrago, Montaña Blanca, Custozza, Solferino, etc.

Si en 1612 Galileo Galilei construyó el primer microscopio, dos años después, cuando John Napier, barón de Merchiston, da a conocer en su *Mirifici logarithmorum canonis descriptio* el principio de los logaritmos, la muerte el 14 de julio sorprende en Roma al Camilo en edad de balance y fundador de los Ministros de los Enfermos, también denominados en España, donde llegaron en 1643, Padres Regulares de la Buena Muerte, precisamente en la presencia constante de la enfermedad, donde fruto de muchos años de fajarse con uno de los ciclones de la humanidad aportó a la ciencia de

la Enfermería: hombres y mujeres (a partir de 1892 como Hijas de San Camilo) con profesionalidad y vocación; «la vela» hospitalaria y domiciliar (hasta la década de 1980 habitual en la jerga enfermerística); anotaciones de observaciones e incidencias por turno; protocolización del ingreso hospitalario; cama por enfermo ya que era común dos y tres por colchón, desterrando los jergones de paja sucia; olvido de la imposición papal por la cual los enfermos no podían pasar los umbrales del hospital sin confesar y comulgar; organización de grupos voluntarios para situaciones alarmantes; preparación de enfermos; lucha contra la tortura terapéutica; establecimiento de regla para evitar que se entierren vivos a los enfermos y heridos, obligando a los enfermos a permanecer junto al agónico y a no dejar sólo y sin identificar el cadáver. Siendo el primero en usar las ambulancias militares, contemplándolas como hospitales móviles seguidoras de las tropas en sus avances o retrocesos.

El papa Benedicto XIV en 1746 otorga la canonización, León XIII en 1886 lo declara junto a San Juan de Dios patrón de los enfermos y hospitales y Pío XI en 1930 los nombró patronos de los enfermeros/as.

«El reposo del tiempo es aparente, relativo, ya que es creatividad imprevisible de la realidad». García Bacca.

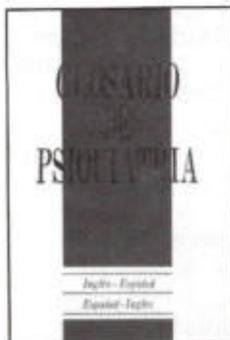
AGRADECIMIENTO:

A Dña. María del Rosario Navarro Molina, Don Alfonso Martínez Botello y Padre Camilo Ovidio García.

BIBLIOGRAFIA

- Goujard, Philippe: Entre cultura popular y cultura de élite en la edad del humanismo. Historia Universal. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1986, 5: 86.
- Frank, Charles Marie y Elizondo, Teresa: Desarrollo Histórico de la Enfermería. México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1981, 135, 141, 142.
- Bautista García, Mateo: Con el amor de una madre. Folletos Con El. Madrid, Conferencias Españolas de Religiosos y Religiosas, 62: 6, 9, 10, 11, 24.
- Memba, Javier: Disciplina. Madrid, Ediciones Libertarias, 1992.
- Guilton, Jean: Dios y la ciencia. Madrid, Editorial Debate, 1992.

Novedades bibliográficas



GLOSARIO DE PSIQUIATRÍA
316 págs.
PVP. 2.809 ptas.

El vocabulario usado en un campo científico experimenta cambio y refinamiento continuos. Especialmente en una ciencia clínica dinámica como la psiquiatría, las definiciones se modifican para tener en cuenta la nueva información sobre la enfermedad y los progresos recientes en investigación. Cuanto más se conoce el uso del lenguaje se convierte más preciso, como lo hace también la aplicación de los criterios diagnósticos.

Este glosario incorpora la nomenclatura revisada del nuevo *Diagnostic and Statistical Manual (DSM III-R)*, de la American Psychiatric Association. Los términos diagnósticos han sido ordenados y dispuestos en referencia cruzada, para permitir un uso fácil del glosario por parte de aquellos familiarizados con la nomenclatura más antigua.



EDUCACION PARA LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA
M^a Isabel Serrano González
222 págs.
PVP. 1.590 ptas.

¿Dónde se juega la Salud de las personas y las Comunidades? ¿Asumimos todos, profesionales de la salud y ciudadanos de a pie, la realidad social de la salud? ¿Qué es ser médico en medio de una ineludible interdisciplinariedad profesional y una corresponsabilidad ciudadana? La Comunidad ¿es sólo consumidora de servicios médicos? ¿seremos los ciudadanos meros pacientes de una mejor atención profesional?

«Educación para la Salud y Participación comunitaria», va dando respuestas

y abriendo nuevos interrogantes en este amplio espectro. Desde una larga experiencia de EDUCACION PARA LA SALUD en el corazón de la vida de un barrio de Segovia, y con el transcurso de un recorrido más extenso en la Atención Primaria de Salud, va resituando la salud allí donde de verdad se gana, se pierde, se construye o se convierte en producto exterior de consumo: en la vida cotidiana de personas y comunidades.

La nueva propuesta de Educación para la Salud: PARTICIPACION Y COMPROMISO, no es una construcción eidética más, sino el fruto de una experiencia comunitaria muy intensa. Un trabajo experimental que lleva a la atención primaria de la salud al espacio científico que le corresponde. Es una invitación a todos: a ser protagonistas de una nueva Salud, construida por todos allí donde se juega: la vida cotidiana.



EPIDEMIOLOGIA CLINICA: UNA CIENCIA BASICA PARA LA MEDICINA CLINICA

David L. Sackett,
R. Brian Haynes y
Peter Tugwell.
475 págs.
PVP. 4.770 ptas.

El libro está dividido en tres extensas secciones: Diagnóstico, que trata los principios epidemiológicos y sus aplicaciones al examen clínico, la interpretación de las pruebas diagnósticas, y el diagnóstico precoz; Tratamiento, que destaca los modos de escoger la mejor terapia y evaluar la respuesta del paciente al tratamiento; y Mantenerse al día, una guía única y extremadamente valiosa para estar bien informado y bien instruido, sobre los progresos e investigaciones importantes en su campo. Los autores, exploran también los modos cómo los hallazgos epidemiológicos y bioestadísticos en los estudios de grandes grupos, pueden ser aplicados al diagnóstico y tratamiento de los pacientes individuales.

EPIDEMIOLOGIA CLINICA, una discusión concluyente de las interrelaciones entre la epidemiología y la medicina clínica, así como un enfoque objetivo para mejorar la eficacia del clínico, y fundamentalmente la salud del

paciente, es una lectura importante para el médico en ejercicio, así como para el estudiante.



ANTROPOLOGIA DE UNA PROFESION

Cecilio Eseverri Chaverri
209 págs.
PVP. 1.590 ptas.

Hoy el profesional de Enfermería necesita, le es imprescindible, estar animado por principios empíricos y, también, en igualdad de valoración, por criterios filosóficos y antropológicos. ¿Porque resulta incomprensible una profesión universitaria carente de estos elementos fundamentales, universales!

Una profesión de servicios, de cuidados, sin elementos científicos-empíricos, sin historia, sin filosofía, sin antropología, no es una profesión universitaria. Este supuesto sería o resultaría otra cosa, pero nunca una profesión académica.



LOS MASAJES EN EL DEPORTE

Vicente Montiel
Ediciones TUTOR, S.A.
124 págs.
PVP. 1.500 ptas.

VICENTE MONTEL es Ayudante Técnico Sanitario, Diplomado en Fisioterapia y posee el título de entrenador de fútbol. Desde 1957 ejerce como practicante-masajista en el Real Betis Balompié. También ha sido masajista de la Selección Nacional Absoluta de Fútbol. Como docente ha impartido clases de Medicina Deportiva, Masoterapia y Traumatología.

En este libro se dan a conocer las distintas maniobras que componen una sesión de masaje, así como sus efectos sobre el organismo. También se intenta concienciar a cuantos se relacionan con el deporte, profesionales de la medicina, entrenadores, preparados físicos y deportistas en general, de la necesidad del masaje para adquirir y mantener una óptima forma física. El autor deja constancia de una larga experiencia en la curación de lesiones musculares a través del masaje, con resultados espectaculares.

Es muy útil para el deportista que no cuenta con masajista, el apartado dedicado al automasaje.

Ediciones DIAZ DE SANTOS, S.A.

c/. Juan Bravo, 3^o A
28006 Madrid

Telf.: (91) 431 24 82

Fax: (91) 575 55 63

**XX CONGRESO CUADRIENAL
DEL C. I. E.**



Unidad Para la Calidad

Organiza: Consejo General de Enfermería (ESPAÑA)

MADRID 20-25 JUNIO 1993

8.º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA "CIUDAD DE SEVILLA"

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería que cumplan las siguientes:

B A S E S

- 1.ª **Denominación:** Título: «Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 2.ª **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **Dotación:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6.ª **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª **Decisión del Jurado:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción Judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8.ª **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E. apartado de Correos nº 3.027, 41080-SEVILLA. Deberán indicar en el sobre: para el 8.º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. No llevará remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y «curriculum vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el «8.º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 10.ª **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del Trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 1992.
Los Premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1992.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERÍA
DE SEVILLA

Premios 1991:

- 1.º D. Jesús López Ortega (Jaén)
- 2.º D.ª Carmen Ollobarren Huarte (Navarra)
- 3.º D. Manuel Jesús García Martínez (Sevilla)



BANCO DEL COMERCIO