

XVII JORNADAS DE INTERRELACIÓN DE ENFERMERÍA

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
ADOLESCENTES, APUESTA DE FUTURO SALUDABLE**

LA ROMANA 18 y 19 de mayo de 2006

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA
Imprime: Gráficas Estilo, Alicante.
Distribuye: IMTEXMA, Alicante.
Dep. Legal: A-388-2006
ISBN: 84-689-8813-8

ÍNDICE

SALUDA CONSELLER DE SANIDAD	5
SALUDA ALCALDE DE LA ROMANA	7
SALUDA PRESIDENTE DEL CECOVA	9
SALUDA COMITÉ ORGANIZADOR	11
COMITÉ DE HONOR	13
COMITÉ ORGANIZADOR	15
COMITÉ CIENTÍFICO	17
OBJETIVOS	19
PROGRAMA	21
MESA I	25
COMUNICACIONES A LA MESA I	71
MESA II	105
PONENCIA I	137
COMUNICACIONES A LA PONENCIA I	147
MESA III	163
COMUNICACIONES A LA MESA III	199
POSTERS	223
COLABORADORES	240



Es para mí un motivo de satisfacción poder transmitir, a todos los profesionales que han intervenido en la organización de las XVII Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó, mi apoyo y mi admiración por la labor que vienen desarrollando, en los últimos años, en este campo de la Enfermería.

Con esta nueva edición de las Jornadas, este proyecto divulgativo, nacido hace más de tres lustros gracias de la inquietud de un grupo de profesionales alicantinos, continúa su proceso de consolidación como foro de encuentro y debate en el que el profesional de la Enfermería puede actualizar, revisar y mejorar sus habilidades y conocimientos clínicos.

En la edición de este año 2006, el comité organizador del encuentro ha decidido centrar su interés en el mundo de la adolescencia y en concreto en sus inquietudes, valores y metas.

En mi opinión, la elección de este tema debe ser valorada muy positivamente, pues no en vano la adolescencia es una época llena de indefiniciones, dudas y conflictos. Una época en la que, como bien indican los coordinadores de este trabajo, el adolescente necesita de todo nuestro apoyo para poder encauzar sus vidas por caminos de bienestar y solidaridad.

Además desde un punto de vista sanitario, la adolescencia es también una época importante en nuestras vidas, pues constituye el momento más adecuado para recibir pautas educativas en materia de salud y orientar nuestra sexualidad.

Pues bien, en esta labor orientativa, que tanto necesitan nuestros adolescentes, todos los estamentos públicos y privados que trabajamos habitualmente con ellos debemos involucrarnos de forma activa. Es un deber moral y ético por nuestra parte establecer cauces de comunicación que nos permitan acercarnos a su realidad diaria. Esos cauces van a constituir una apoyatura inestimable para lograr un desarrollo saludable de nuestro organismo.

En este sentido, he de destacar el esfuerzo divulgativo que han realizado, una vez más, los promotores de las Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó. Un esfuerzo que debe ser aplaudido pues no sólo denota el profundo conocimiento de nuestra realidad social, sino también el grado de compromiso que todos los profesionales de la Enfermería que intervienen en el encuentro están dispuestos a asumir con nuestros jóvenes.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanidad



Es para mí una gran satisfacción dirigirme a ustedes en la celebración de las “XVII Jornadas de Interrelación de Enfermería” y darles la bienvenida al pueblo de La Romana, agradeciéndoles que hayan elegido nuestro municipio para este evento tan importante que espero transcurra con pleno aprovechamiento para todos ustedes. Así mismo decirles que nos sentimos muy orgullosos de ser este año anfitriones de este evento tan importante, para todos los profesionales de la Enfermería.

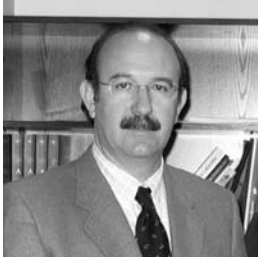
Con estas jornadas queremos acercar a toda nuestra población estos temas de gran interés, con sus problemas y su posible prevención, esperando que sirva para mejorar nuestros hábitos en materia de salud y con ello conseguir mejorar nuestra calidad de vida.

Aprovecho para invitarles a conocer más de cerca nuestro pueblo, sabiendo de antemano se llevarán un grato recuerdo de su paso por aquí.

No quiero dejar escapar la ocasión para resaltar la gran labor de la organización a cargo de la Dirección de Enfermería, que con su gran esfuerzo y preocupación ha logrado que este evento sea posible.

Muchas gracias, y que estas Jornadas, en las que con enorme placer colabora nuestro Ayuntamiento, resulten para todos un éxito, y que lo gratificante de su estancia entre nosotros vuelva a convertirles en el futuro en nuestros visitantes asiduos.

Manuel Hernández Riquelme
Alcalde del Exmo. Ayuntamiento de La Romana



Como ya viene siendo costumbre, me pide el Comité Organizador que dirija un breve saludo a los asistentes a las XVII Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó, y es para mí motivo de gran satisfacción hacerlo hacia todos los participantes en este consolidado evento profesional que se enriquece, en su parte social, con la ubicación itinerante de su sede por las diferentes localidades que conforman la comarca del ahora Departamento 18, y que este año se

celebran en La Romana bajo el lema, Atención de Enfermería en Adolescentes, apuesta de futuro saludable.

A finales del año pasado, en el mes de Diciembre, participe en la presentación del Plan de Salud del Adolescente de la Comunidad Valenciana que tuvo lugar en la Conselleria de Sanidad y en donde su titular, Vicente Rambla, informó del mismo a todos los medios de comunicación. El Conseller de Sanidad justificó esta novedosa iniciativa en el hecho de que en los adolescentes, a pesar de tener un nivel de salud satisfactorio, se detectan factores de riesgo relacionados con hábitos inadecuados que pueden ser modificados.

El Plan persigue intervenir precozmente en estos factores de riesgo y fomentar estilos de vida saludable recayendo en el personal de Enfermería de los centros de Atención Primaria la responsabilidad de la captación de jóvenes para autoayuda, asesoramiento y en su caso derivación a otros profesionales sanitarios. Enfermería, dentro de su ámbito de responsabilidad, está llamada a ser figura de referencia para los adolescentes.

En este sentido, el lema de las Jornadas no podía ser más adecuado para que entorno al mismo, se debata durante estos días y se perfile la actuación de la Enfermería de Primaria en esta nueva responsabilidad que se nos confía y en la que profesionalmente no podemos defraudar si queremos que la administración siga contando con nuestro colectivo para llevar a cabo nuevas iniciativas que enriquezcan la profesión.

Es por ello que deseo transmitir al Comité Científico mi más sincera enhorabuena por la elección del programa a desarrollar en las Jornadas cuyo contenido ha quedado plasmado en este libro de ponencias y comunicaciones que tienes en tus manos, y que ha sido publicado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) con mucho esfuerzo económico pero con más compromiso profesional y de apoyo hacia todas aquellas compañeras y compañeros que llevan a cabo actividades que hacen que la Enfermería progrese cada día más.

Con esta publicación también se pretende dejar constancia del esfuerzo realizado por el Comité Organizador para la puesta a punto de las Jornadas, y que es inherente a la preparación de este tipo de reuniones profesionales. Estoy convencido que todos estos meses de trabajo van a verse recompensados durante estos días y van a ser reconocidos por todos los participantes.

A todos los miembros de ambos comités el agradecimiento profesional del CECOVA y el mío propio, y para los asistentes el deseo de máximo aprovechamiento de estos días de debate.

José Antonio Ávila Olivares
Presidente del CECOVA

En la actualidad estamos asistiendo a una serie de complejos cambios sociales que, sin duda, están condicionando el comportamiento, las creencias y actitudes de nuestros jóvenes adolescentes. Según los expertos, los principales problemas que afectan a los adolescentes son la falta de valores, la falta de ideales, la falta de modelos a seguir, así como la incorporación de conductas y hábitos de vida no saludables.

En el proceso de desarrollo del adolescente aparecen personas en su entorno social que van a ser muy influyentes, contribuyendo directamente al desarrollo de su identidad y al concepto que el adolescente adquiere de sí mismo en relación con los demás; estas personas son la familia, los amigos, los profesores. Los medios de comunicación también juegan un papel clave a la hora de orientar la interpretación de determinados problemas de los adolescentes.

Los profesionales de Enfermería tenemos que ser capaces de incorporarnos a la red social del adolescente, implicándonos para la resolución de sus problemas, sus miedos y sus dudas. Para que podamos impulsar cambios en los comportamientos y actitudes no saludables que se pueden presentar en la adolescencia es necesario hablar del concepto de salud, hábitos de vida saludables, actitudes, valores... Los valores son fundamentales para conseguir una sociedad más justa y mejor.

En estas XVII Jornadas queremos analizar de forma global el mundo de los adolescentes, sus problemas de salud, el entorno en el que construyen sus valores, sus preocupaciones, y las oportunidades que ofrecen los profesionales de la salud para que su vida pueda encauzarse por caminos de independencia, solidaridad y bienestar, y conseguir así una generación más evolucionada y saludable.

COMITÉ ORGANIZADOR

COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilmo. Sr. D. Manuel Hernández Riquelme
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de La Romana

Ilma. Sra. Dña. Ana Jover Pérez
*Concejala de Servicios Sociales, Sanidad y Educación
Excmo. Ayuntamiento de La Romana*

Ilmo. Sr. D. Ernesto Armañanzas Villena
Director de Asistencia Sanitaria de Zona

Ilmo. Sr. D. José Joaquín Ripoll Serrano
Presidente de la Exma. Diputación Provincial de Alicante

Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig
Director General Salud Pública

Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez
Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Ilma. Sra. Dña. Loreto Maciá Soler
Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

Ilmo. Sr. D. Eugenio Luis Tejerina Botella
Director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Sr. D. José Vicente García García
Director Territorial de la Conselleria de Sanidad en Alicante

Sr. D. Joan Lloret Llinares
Gerente del Departamento 18 Elda

Sra. Dña. M^a. José Martínez Bernabé
Directora de Enfermería Departamento 18 Elda

Sr. D. Juan Antonio Ruiz Marhuenda
Director Médico Atención Primaria Departamento 18 Elda

Sra. Dña. M^a. del Remedio Yañez Motos
Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18 Elda

Sr. D. Juan Molina Navarro
Director Salud Pública Elda

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. M^a. José Martínez Bernabé
Directora de Enfermería Departamento 18 Elda

SECRETARIA

Dña. Elena Ferrer Hernández
*Supervisora de Docencia Dirección de Enfermería
Asistencia Especializada Departamento 18 Elda*

VOCALES

Dña. Remedios Carrasco Tortosa	<i>Centro Especialidades Elda</i>
D. Alejandro Cremades Bernabéu	<i>Centro Salud Pública Elda</i>
D. Rafael Cecilia Canales	<i>Urgencias Hospital General de Elda</i>
Dña. Silvia Delgado García	<i>Centro Salud Las Acacias</i>
Dña. Elisa Gómez Díaz	<i>Traumatología Hospital General de Elda</i>
D. Manuel Gómez Llopis	<i>Sindicato SATSE</i>
Dña. Ginesa Lagunas Navidad	<i>Ginecología Hospital General de Elda</i>
D. Pedro Luis López Lloréns	<i>Admisión Hospital General de Elda</i>
D. Pablo Martínez Cánovas	<i>Centro Salud Acacias</i>
D. Francisco Olcina Perales	<i>UCI Hospital General de Elda</i>
Dña. M ^a . Dolores Pastor Linares	<i>Centro Salud Novelda</i>
Dña. Francisca Pérez Sánchez	<i>Centro Salud Villena</i>
Dña. Pilar Ribera Montés	<i>Medicina Interna Hospital General de Elda</i>
D. Miguel Richart Pérez	<i>Centro Salud Monóvar</i>
Dña. M ^a . Luz Ruescas Rubio	<i>Urgencias Hospital General de Elda</i>
Dña. M ^a . Antonia Torres Rodríguez	<i>Centro Salud Villena</i>

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Dña. M^a. del Remedio Yáñez Motos
Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18 Elda

VOCALES

Dña. Ascensión Marroquí Rodríguez
*Enfermera Punto de Atención Sanitaria de Alicante
Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante*

Dña. Inmaculada Concepción Ferrando Grau
Enfermera Atención Primaria Centro Salud II

D. José Martínez Ribera
*Enfermero de la Unidad de Especialidades Quirúrgicas.
Hospital General de Elda.*

Dña. Pilar Fernández Sánchez
Profesora del Departamento de Enfermería E.U.E. Universidad de Alicante

D. Joseph Amilcar Albert Sabater
*Profesor Asociado Departamento de Enfermería Comunitaria Medicina Preventiva
Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante*

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los problemas físico-psíquicos y sociales que intervienen en la vida de los adolescentes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los problemas de salud de los adolescentes y las actuaciones desarrolladas por los profesionales de la salud.
- Conocer de que forma intervienen en el modelo de vida de los adolescentes los medios de comunicación, los programas elaborados por la Conselleria de Sanidad, la educación en los institutos.
- Identificar que valores predominan en los adolescentes y de que forma se traducen o no en una acción moral con ellos y en un proceso de convivencia en nuestra sociedad.
- Justificar la necesidad de promover hábitos de vida saludables en los adolescentes mediante la Educación para la Salud. Evidenciar la pertinencia de la Enfermería Escolar en los centros educativos. Dar a conocer los proyectos de Educación para la Salud que se están desarrollando desde el CECOVA.

PROGRAMA

Jueves 18 de Mayo de 2006

09:00 h. Entrega de documentación

09:30 h. Acto inaugural

10:00 h. 1ª MESA “PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES”

Ponentes:

D. Genaro Payá Juan.

Psicólogo Clínico. Pedagogo. Asesor Familiar del Instituto Municipal Servicios Sociales de Elda (IMSSE)

D. José Vidal Andreu.

Enfermero de Instituciones Penitenciarias

D. Francisco Barragán Navarro.

Enfermero del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante. SAMU San Vicente.

D. Arturo Bonet Blanco.

Enfermero Especialista Salud Mental. Unidad de Salud Mental Centro Salud Petrer I. Departamento de Salud 18. Elda

Moderador: D. Arnulfo González Sánchez. *Psicólogo Clínico.*

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Café

12:00 h. Comunicaciones a la 1ª MESA y comunicaciones libres

13:15 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. 2ª MESA “REPERCUSIONES DE LA SOCIEDAD EN EL MODELO DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES”

Ponentes:

Dña. Pepa Fernández Vallés.

Periodista. Directora y Presentadora del Programa “No es un día cualquiera” Radio 1 RNE. Profesora de la Universitat Ramon Llull. Barcelona

Dña. Ana Fullana Montoro.

Jefa de Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad.

D. Joaquín Laguna Blasco.

Director del I.E.S. Poeta Paco Mollá Petrel.

D. Vicente Poveda Poveda.

Presidente de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA). I.E.S. Poeta Paco Mollá Petrel.

Dña. Enoé Candela Maestre.

Alumna de 2º de Bachillerato. I.E.S. Poeta Paco Mollá Petrel.

Moderador: D. Alejandro Cremades Bernabeu. Enfermero. *Técnico Medio Unidad de Epidemiología del Centro Salud Pública de Elda.*

17:30 h. Coloquio

18:00 h. Pausa - Café

18:30 h. Comunicaciones a la 2ª MESA y comunicaciones libres.

19:15 h. Coloquio

19:30 h. Vino de Honor (Ofrecido por el Exmo. Ayuntamiento de La Romana)

20:30 h. CINEFORUM Thirteen 13

Viernes 19 de Mayo de 2006

09:30 h. Discusión de Pósters

Moderadora: Dña. Silvia Delgado García. *Enfermera Responsable SAIP Atención Primaria Departamento de Salud 18.*

10:00 h. 1ª PONENCIA “EDUCACIÓN EN VALORES”

Ponente:

Dña. Mª. Sol Álvarez Fernández.

Doctora en Psicología. Consultora y Formadora Especializada en Programas de Coaching para Directivos y Programas de desarrollo de Inteligencia Emocional en el Sector Hospitalario. Asfor Gestión.

Moderadora: Dña. Mª del Mar Ortiz Vela. *Enfermera Hospital General Universitario de Elche. Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Vicepresidenta de la Asociación de Enfermería “Educación y Salud” (ADEES)*

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Pausa Café

12:00 h. Comunicaciones a la PONENCIA y comunicaciones libres

13:15 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. 3ª MESA “EDUCACIÓN PARA LA SALUD”

Ponentes:

Dña. M^a. del Mar Ortiz Vela.

Enfermera Hospital General Universitario de Elche. Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Vicepresidenta de la Asociación de Enfermería “Educación y Salud” (ADEES)

D. Federico Juárez Granados.

Enfermero. Secretario de Estudios y Formación Sindicato de Enfermería de Alicante. Vocal de Docencia e Investigación de la Asociación de Enfermería “Educación y Salud” (ADEES).

D. Feliciano Motilla López.

Director de Enfermería de Atención Primaria Departamento de Salud 5.

Moderadora: Dña. M^a. Jesús Selles Gracia. *Enfermera Centro de Salud “Las Acacias” Atención Primaria Departamento de Salud 18.*

17:00 h. Coloquio

17:30 h. Pausa - Café

18:00 h. Comunicaciones a la 3ª MESA y Comunicaciones libres

19:15 h. Coloquio.

19:45 Entrega de premios

- Mejor Comunicación
- Mejor Póster
- Mejor Comunicación y Póster, otorga en Formación el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- X Premio Lucentum de Enfermería
- Premio Periodístico de Enfermería Departamento 18 (Otorga el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante)
- Premio de Fotografía "El mundo de los adolescentes"

20:00 h. Clausura de las Jornadas

PONENCIAS A LA 1ª MESA

**PROBLEMAS DE SALUD EN LOS
ADOLESCENTES**

“DIFICULTADES DE LA OPERACIÓN ADOLESCENTE”

Genaro Payá Juan
*Psicólogo Clínico. Pedagogo Asesor Familiar del
Instituto Municipal Servicios Sociales de Elda (IMSSE)*

Hay diferentes teorías para explicar la adolescencia, un momento de la vida que lógicamente, no supone un concepto clínico en sí mismo, aunque si se presentarán en esa categoría algunos de sus efectos colaterales. Ciertas teorías van a ser meramente psicológicas y van a homologar el proceso adolescente al de la evolución de la inteligencia; otras van a atender principalmente a la fisiología, para considerar que sólo se trata de las consecuencias de la pubertad. Las hay que incluyen en su formulación referentes antropológicos, históricos y hasta geográficos; no obstante, el referente del cual no van a prescindir la mayoría de teóricos es el de lo social. La psicología va a acotar la adolescencia como un periodo de la vida para el establecimiento y el cumplimiento del yo, como un empuje adaptativo para el desempeño de la vida adulta. Pero si eso supone precisamente contrastar la subjetividad infantil, constituida en el seno de la seguridad familiar, con la sociedad que está ahí afuera, con todas las pruebas y ensayos necesarios, dentro del marco social en que esté inmerso el individuo, nos encontraremos con que la calidad de este marco va a poder ofrecer determinantes de la mayor importancia, por encima incluso, de determinantes previos, como los de las figuras parentales.

Así pues, a la hora de abordar la problemática del adolescente, habremos de hacerlo desde una disciplina mixta que se nutra de la psicología y de la sociología, señalando además que este maridaje también estará presente ante otros objetos de estudio, que la psicología comparte a su vez con otros campos del saber, como pudieran ser la orientación escolar o las demencias de la vejez, objetos propios de la pedagogía y de la geriatría. No haría falta ir más allá de un concepto sociológico tan básico como el del cambio social, para ver enseguida que su actual aceleración afecta gravemente tanto al proceso adolescente como al del envejecimiento o al de la escolarización.

Esta noción sociológica del cambio social acelerado nos sirve para entender otro concepto, más psicológico pero igualmente actual, que es el de “la caída del padre”, el cese o la disminución de las funciones parentales, con el que se ilustran hoy tantos fenómenos individuales y colectivos de nuestra sociedad: la ausencia de valores, de modelos, de autoridad, la caída de los ideales, puede generar un vacío que se intente cubrir, por ejemplo, con las satisfacciones inmediatas de la realidad corporal, con nuestra cultura del cuerpo tan de moda, con sus nuevos recursos estéticos, sus toxicomanías, su alimentación alterada, etc.

Ya he mencionado lo esencial de la operación adolescente para la constitución del sujeto adulto: pasar con éxito el examen para llevar una vida adulta; y sabemos que según los logros obtenidos en la vinculación familiar infantil, podrá haber una mayor

o menor probabilidad de éxito en el establecimiento de la vinculación social adulta. También he mencionado la función parental, la función del padre, de cuya eficacia van a depender los logros de la infancia en cuanto a la constitución y estructura de la subjetividad.

Dicha función va a consistir en la imposición de una doble prohibición que el niño asumirá a cambio de una promesa de futuro, y que cumplirá renunciando al amor de la figura del progenitor de su deseo, por una parte, y por la otra, aceptando la simbolización de la norma que el padre viene a representar. El ejercicio de esta función no va a depender exclusivamente del padre, de la calidad de su presencia, sino de la calidad de los tres vínculos posibles: el del niño y la madre, el del niño y el padre, y el del padre y la madre. Incluso podrá ejercerse la función del padre en su ausencia: sólo con estar presente en el discurso de la madre, el niño podrá establecer una imagen del vínculo que hubo entre los padres y también, del que pudo haber habido entre su padre y él. Los resultados de la función podrán ser tres: la inscripción de la función, que corresponderá a las neurosis (ya sea que el padre aparezca como “inoportuno” para la neurosis obsesiva, como “impedido” para la histeria, o demasiado “genital” para la fobia), y según se establezca en su forma denegatoria, también a las perversiones; la supresión de la función, que caracterizará las psicosis, y por último, la suspensión entre una forma y la otra, que para algún autor, especifica al autismo.

A partir de este bagaje estructural de la infancia y de la irrupción de los cambios corporales de la pubertad, cada adolescente inicia su propia crisis. Ya sabemos que nuestra cultura occidental ha ido perdiendo los escasos ritos de pasaje de que dispuso antaño. Ahora no queda más que echarse a andar y confiar en la propia suerte para que el marco social y otras condiciones sean favorables, así como las posibles modificaciones que hayan de darse alrededor de la estructura psíquica infantil, a la hora de convertirse en adulta. Y nos encontraremos con jóvenes que a ratos, parecen estar enfermos de tan mal que lo pasan, y otros que llegan a estarlo. Y los padres, que poco serán capaces de hacer por más que se preocupen, también podrán parecer enfermos, en su caso bipolares, en posición maníaca reactivando su vieja euforia juvenil por momentos, o deprimidos, rememorando sus pérdidas de entonces, mientras contemplan las de su hijo, que no van a ser muy distintas: el cuerpo de la infancia que aun no se había genitalizado, los padres de la infancia que aun eran ideales, la ubicación temporal de la infancia que aun era la de un presente elástico, la identidad de ser un niño que aun tenía tan pocas responsabilidades,...

Van a tener mucho trabajo los niños para dejar de serlo, como los jóvenes para dejar de serlo. Por una parte, van a tener que hacer el duelo por tanta pérdida, aunque sin hundirse demasiado ya que, por otra parte, simultáneamente, van a tener que estar construyendo su nueva identidad, perfilando unas nuevas identificaciones para rellenar el hueco desalojado por las pérdidas. Van a tener que aprender a manejar una nueva temporalidad, para que desde aquel presente continuo, integren ahora el futuro, y también el pasado, para saber que crecen, que se van a hacer mayores y que ellos también se van a morir. Van a tener que genitalizar su sexualidad, antes autoerótica, estructurando la identidad sexual definitiva, y empezar a mantener relaciones exogámicas, para lo cual habrán tenido que librarse de los padres como objetivo primordial de sus intereses afectivos.

A este respecto les voy a hablar de dos casos, dos jóvenes, un hombre y una mujer, que ofrecen la curiosidad de presentar el mismo problema médico, como si se tratase del mismo atasco en sus procesos adolescentes. Él a los quince años y ella a los diecisiete, empezaron a sufrir durante años un dolor persistente en la misma cadera y en la ingle de ese lado, para el que no encontraban remedio. Ambos hicieron sus recorridos hospitalarios, acudiendo a especialistas de distintas ciudades, y la conclusión parecía apuntar a “los nervios”, mientras que nada les aliviaba ni osteópatas ni curanderos.

Él, buen estudiante y mejor deportista, dejó de ser la joven promesa del fútbol que, según su padre “les iba a salvar a todos” ; ya no jugó más a ese deporte, sin embargo el dolor no empezó a ceder hasta que dos años después, decidió dejar de ser también la gran promesa de su casa, renunciando a ir a la universidad y abandonando los estudios justo antes del final del curso anterior. Ella, tras un año de depresión juvenil, fue consciente de su acto, cuando una noche decidió repetir el atrevido gesto de darle la espalda a su padre, acostada de lado en la cama; la primera vez, lo hizo cuando tenía siete años, antes de ir ella a su cama para dormir, estando los dos en la de sus padres como casi cada noche, aunque esa fue la última, e inauguró de esta manera una ruptura amorosa con su padre que duró para siempre, como el conflictivo lamento que empezó a manifestar años más tarde; la segunda vez, a los diecisiete años, ya estaban cada uno en su habitación y ella acostada, se puso de lado y lo hizo como entonces, aunque ahora les separara el tabique; la cadera que quedó por arriba empezó su dolor hasta la ingle, como así ha seguido.

Estos síntomas parecen tener más que ver con las dificultades para abandonar las viejas identidades infantiles, que con los obstáculos para construir otras nuevas. Parecería lógico pensar que las primeras fueran a tener peor pronóstico, por presentarse ya en la primera parte del proceso. No obstante, si nos asomamos a la segunda parte, a las dificultades para asumir identidades adultas, veremos que también van a poder requerir hacer síntoma en el cuerpo, y quizá corriendo mucho más riesgo.

¿Y qué es asumir identificaciones de adulto? Básicamente, empezar a ser capaz de dar respuestas a un doble descubrimiento, el de la pertenencia a dos cadenas, la de la reproducción y la de las generaciones. El descubrimiento de que sólo se es un eslabón más de la infinita cadena reproductiva, a la vez que también, sólo otro eslabón más de la infinita cadena repetitiva del linaje. La genitalización de la sexualidad va a poner en orden una identidad sexual definitiva con una diferenciación de las generaciones. Esta última, se configurará a partir de esa nueva conceptualización de la temporalidad, del propio crecimiento, del envejecimiento y de la muerte, de ahí que los abuelos puedan tener tanto interés para el joven en algún momento.

Este nuevo ordenamiento entre la identidad sexual y la diferenciación generacional, podrá provocar una urgencia de las actuaciones del adolescente para tratar de resolver la posible disonancia que perciba entre reproducción y repetición. O bien, podrá provocar otra urgencia de actos que le permitan escapar de ese ordenamiento, habiendo hallado demasiada disonancia entre su reproducción y su pertenencia generacional. En los adolescentes existen varios intentos sintomáticos de evitar ese ordenamiento y, cualquiera que sea la evolución, va a repercutir en el desarrollo del adulto:

- Intentar repetir el ciclo generacional a través del suicidio, sin que haya tiempo de inscribirse en el circuito reproductivo.
- Iniciar precozmente la paternidad o la maternidad, precipitando la reproducción, pero sin pareja se evitará la repetición.
- Intentar oponerse a la diferencia sexual por medio de la ambigüedad, más histérica que perversa, o de la homosexualidad, como enmascaramiento de esa diferencia, más que como una fijación sobre un objeto del mismo sexo.
- Reaccionar al encadenamiento familiar con el cortocircuito del incesto fraterno, reconociendo al otro en la misma generación, más allá de la diferencia de edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberasturi, A.,Knobel, M. “La adolescencia normal”. Paidós.
- Dolto, F. “La imagen inconsciente del cuerpo”. Paidós.
- Kalina, E. “Conflictos psicológicos de la adolescencia”.Ed.R.Alonso
- Lacan, J. “Las formaciones del inconsciente”. Paidós.
- Rassial, J.-J. “El pasaje adolescente. De la familia al vínculo social”. Ed. del Serbal.
- Soler, C. “La querella de los diagnósticos”. Ed. Montserrat Pera.

**REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN
DE ENFERMERÍA EN EL CONSUMO DE
DROGAS EN EL ADOLESCENTE**

José Vidal Andréu
Enfermero de Instituciones Penitenciarias

RESUMEN

El consumo de drogas, constituye la conducta no saludable más prevalente entre los adolescentes. En el presente trabajo, se expone un caso clínico desde la perspectiva enfermera: valoración y diagnóstico del PAE, para reflexionar sobre el papel que la enfermera desde primaria puede desempeñar en la intervención ante el consumo y/o prevención de sustancias.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, es con pocas dudas la conducta no saludable mas prevalente entre los jóvenes cuya edad esta comprendida entre los 14 y 18 años. Junto con los accidentes de tráfico, constituye la causa más importante de morbi-mortalidad.

Según la encuesta escolar de consumo de cannabis del año 2002 del observatorio español sobre drogas, un 36% de los escolares entre los 14 y 18 años lo han probado y un 22% lo consumen habitualmente. Así mismo, la encuesta evidencia que en los adolescentes se produce el mayor incremento en los consumos experimentales, quedando la edad media en 14,7 años.

Es importante también no perder de vista, que predomina el consumo concomitante de varias drogas como alcohol, tabaco, cocaína y otras. Este aspecto adquiere especial relevancia pues el riesgo de alteraciones en la salud física y mental aumenta, aun cuando la cantidad de droga consumida sea en apariencia menor. En este grupo de edad, policonsumo de tóxicos + inmadurez psico-biológica ejercen efecto sinérgico provocando mayor probabilidad de aparición de patología social, familiar, psiquiátrica o médica.

Se expone a continuación un caso clínico, en las fases de valoración y diagnóstico de enfermería, de un adolescente de 17 años que acude a la Unidad de Conductas Adictivas de Elda, durante el año 2005. Persigo dos objetivos con ello:

1. Identificar la concordancia de los datos mencionados en la introducción con el ejercicio de la clínica enfermera, así como identificar otros factores de riesgo descritos en la literatura científica sobre el tema
2. Reflexionar siquiera, de forma sucinta sobre aspectos y campos en los que como profesionales de la salud, integrados en los equipos de atención primaria debemos intervenir.

CASO CLÍNICO

FASE DE VALORACIÓN DEL PACIENTE Y ENTORNO SOCIO-FAMILIAR

Varón de 17 años que acude a la UCA en compañía de su madre y una de sus hermanas. En seguimiento por la fiscalía de menores.

Reconoce consumo de cannabis si bien afirma realizar consumo no problemático y controlado.

PRIMERA ENTREVISTA

A la primera entrevista acude el paciente, acompañado por su madre y hermana mediana. Al poco se evidencia diferencia de opiniones y continuas interrupciones, por lo que el enfermero pacta que primero hablarán la madre y la hermana en presencia del menor. Posteriormente saldrán de la consulta para que prosiga la entrevista de valoración.

ESTRUCTURA FAMILIAR

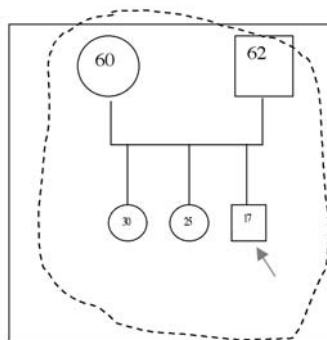
La familia está compuesta por cinco miembros:

PADRE: 62 años.

- EPOC severa que le incapacita para trabajar desde hace años.
- Bajo nivel cultural (por referencia de la hija)

MADRE: 60 años.

- Labores del hogar.
- Hipertensión arterial en tratamiento y algias articulares pendientes de valoración.
- Nivel cultural bajo. Dificultad para la lecto-escritura. Probable deterioro cognitivo.



HERMANA MAYOR: 30 años.

- Soltera. Vive en el domicilio paterno.
- Padece esquizofrenia paranoide en tratamiento y estabilizada en la actualidad.
- Escolarización sin incidencias. Busca empleo.

HERMANA MEDIANA: 25 años.

- Soltera. Vive en el domicilio paterno.
- Padece trastorno alimentario: anorexia y bulimia, en tratamiento. En la actualidad normonutrida.
- Expresa muchos deseos de colaborar en el proceso terapéutico de su hermano menor.
- Escolarización sin incidencias. Trabaja de forma ocasional en lo que encuentra.

HERMANO MENOR (PACIENTE) 17 años.

- Vive en domicilio paterno.
- Ha asistido a un colegio público de su localidad de origen, hasta la edad legal, pero los resultados no son buenos.
- Ha cambiado de trabajo varias ocasiones, a pesar de la corta edad, ya que es incapaz de mantener el ritmo de vida adecuado.
- Carece de antecedentes médicos de interés.

VIVIENDA

- La vivienda es propiedad de los padres. No hay signos de infravivienda: no faltan servicios básicos ni equipamiento adecuado.

RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

- La relación entre ellos parece correcta, si bien, desde hace algunos meses, está alterada por los cambios en la conducta del paciente.
- Aparecen roles disfuncionales en parte por la falta de habilidades de los padres para afrontar la situación de crisis.
- No existen canales adecuados de comunicación. Con respecto al paciente, esta se basa desde hace meses, en amenazas permanentes y avisos sobre las consecuencias negativas que le reportará su actual actitud. No obstante, le han prometido un coche si modifica su comportamiento.
- Los hermanos mantienen fuertes lazos de relación, habiendo ocupado en parte el rol de padres las hermanas mayores.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Se realizan cuatro entrevistas clínicas estructuradas y semi-estructuradas, de duración variable y empleando como estrategia técnicas de entrevista motivacional. Se obtienen los siguientes datos que se organizan según los patrones de salud de Marjory Gordon.

El paciente verbaliza desconocer la necesidad de acudir a la UCA, pues no hace uso inadecuado de drogas.

Nula conciencia de problema o enfermedad. Sin embargo, a lo largo de las sucesivas entrevistas, se consigue vencer las resistencias iniciales y comienza a manifestar la situación en su auténtica dimensión.

- PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

- El aspecto general muestra hábitos higiénicos adecuados.
- Refiere pérdida de peso en los últimos meses, relacionada con menor ingesta alimentaria.
- Presenta problemas para dormir. Ritmos vitales alterados. Sale hasta la madrugada y luego duerme durante toda la mañana.
- Constantes entre parámetros de normalidad. No antecedentes patológicos de interés.
- No practica deporte ni participa en actividades recreativas, más allá de las salidas que realiza con el grupo de amigos con el que se relaciona desde hace tres años.
- Policonsumo de tóxicos. Desde hace 3 años consume:
 - Cocaína esnifada y en base, tanto con amoníaco como con bicarbonato, sobre todo los fines de semana
 - Cannabis diariamente que cuantifica en 10-12 porros y
 - Alcohol en cantidad cercana a 60 ubes a la semana, en especial durante los fines de semana e íntimamente ligado al consumo de cocaína.
- Refiere consumos compulsivos que se limitan cuando se acaba el dinero o se manifiesta el cortejo sintomático de intoxicación.

- NUTRICIÓN-METABOLISMO

- Estatura: 170 cm. Peso: 55 Kg. Imc: 19 normnutrido, pero con pérdida de aproximadamente 10 Kg. en el último semestre.
- No signos ni síntomas de deshidratación ni desnutrición importante.
- En los últimos meses ha experimentado cambio muy importante en sus hábitos alimentarios, en parte por el cambio en los horarios, y por el consumo de tóxicos, que provocan disminución del apetito entre otros efectos.

- ELIMINACIÓN

- Eliminación urinaria abundante.
- Estreñimiento que refiere con gran malestar.

- ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Sin hallazgos de alteración.

- SUEÑO-DESCANSO

- Grave alteración del ritmo circadiano. Trasnocha mucho y luego duerme durante toda la mañana, llegando a ser incompatible con la actividad laboral o estudiantil, al tiempo que la dificultad para conciliar el sueño (dado su policonsumo), le provoca un grado de irritación muy importante, que a veces trastada a la relación con sus familiares convivientes.

- COGNICIÓN-PERCEPCIÓN

- Orientado en tiempo, espacio y persona.
- Refiere serias dificultades para la concentración, que le llega a impedir el estudio e incluso ciertas lecturas.
- No alteraciones del curso ni contenido del pensamiento.
- Estado emocional ambivalente.
- Describe algunas vivencias alucinatorias durante los episodios de consumo de cocaína, en especial en base con amoniaco, que pudieran corresponderse con delirios de ruina y nihilistas.
- No alteraciones del lenguaje, aunque algo empobrecido.

- AUTOPERCEPCIÓN

- Desde hace años, tiene ideas que le sitúan en inferioridad de condiciones con respecto a los demás.
- Baja autoestima muy relacionada con la falta de habilidades sociales y con el hecho de que ha comenzado a reconocer su conducta como problemática, aunque tiene dificultad para verbalizarlo.

- ROL-RELACIONES

- Graves deficiencias en las relaciones con su familia y entorno social.
- Ha presentado alguna conducta delictiva, lo que ha provocado la intervención de la fiscalía de menores.
- No mantiene contactos estables con personas no consumidoras, ya que según él, todo el mundo le reprocha su actitud menos ellos.

Dominio 7. Roles familiares Evidencia: 00058 Detonación parental	Clase 1. Roles familiares
Dominio 7. Roles familiares Evidencia: 00060 Interrupciones de los procesos familiares	Clase 2. Relaciones familiares
Dominio 8. Sexualidad Evidencia: 00059 Distorsión sexual	Clase 1. Identidad sexual
Dominio 9. Aparentamiento y sexualidades Evidencia: 00069 Afectamiento y expectativas	Clase 2. Respuestas al acontecimiento
Dominio 9. Aparentamiento y sexualidades Evidencia: 00065 Ansiedad	Clase 2. Respuestas al acontecimiento
Dominio 11. Seguridad y riesgo Evidencia: 00037 Riesgo de involucramiento	Clase 4. Adjetivos verbales

COMENTARIOS AL CASO PRÁCTICO

Tras la lectura de los datos obtenidos en el caso clínico se pueden identificar algunos factores que se relacionan con el incremento de la probabilidad en la aparición del consumo de drogas y/o de un trastorno por dependencia de las mismas y que ya están descritas por múltiples estudios y publicaciones científicas. Entre ellos, son especialmente evidentes, así como concordantes con los datos introductorios:

- Edad de inicio exploratorio en el consumo de cannabis y otras drogas, 14 años
- Actualmente presenta consumo concomitante (policonsumo) de cannabis, cocaína en base y etanol.
- La confusión de roles y patrones familiares disfuncionales. Estos elementos son especialmente importantes en la aparición de consumo de drogas, pues la falta de un referente de conductas satisfactorio, la escasa transmisión de valores adecuados, los tipos relacionales disfuncionales (permisivo, dictatorial...) favorece que el adolescente, crezca sin la adecuada modulación en su comportamiento, es decir sin factores que puedan corregir las consecuencias tras la aparición de los primeros síntomas, los cuales en estos contextos pasan desapercibidos.
- La escasa percepción de riesgo, es un factor que se ha relacionado como rasgo en la adolescencia y como tal poco influenciado. No podemos estar de acuerdo en la segunda aseveración, pues si bien es cierto que en esta etapa del crecimiento, se manifiestan conductas de exploración, no lo es menos, que cuando al adolescente se le dota del ambiente familiar equilibrado, (que imponga límites a su conducta y que a su vez transmitan información adecuada en contenidos y lenguaje, favoreciendo la autonomía personal y promocionando la comunicación), se disminuye el riesgo de que dichas conductas y por ende sus consecuencias se manifiesten o progresen en gravedad.
- La falta de habilidades sociales, la baja capacitación personal que incrementa la escasa percepción de riesgo, junto con los resultados educativos pobres, conforman un conglomerado en el que el adolescente encuentra un ambiente de suplencia en el que la baja autoestima presente en muchos consumidores de drogas, pasa desapercibida o lo que es aún peor, se convierte en un reforzador de la conducta de consumo. No hay que olvidar que los primeros contactos con las

drogas, producen efectos fisiológicos negativos, y sin embargo se repiten con posterioridad. Ello se explica en parte por la influencia que el ambiente (personas, lugar, expectativas propias y transmitidas por terceros) en el que se desarrollan, dichos consumos ejerce para bloquear las vivencias dañinas.

- El 15% de consumidores terminan desarrollando dependencia de una o varias sustancias, para ello, tal y como se puede extraer tras la lectura de la descripción que la CIE 10, recoge en su capítulo 10 al 19, donde define las alteraciones mentales relacionadas con las drogas y relaciona los patrones de consumo patológico, son necesarios patrones regulares de ingesta de tóxicos psicoactivos.
- Este aspecto adquiere importancia capital, pues la enfermera debe prestar especial atención a los adolescentes que realizan sus primeros consumos, pues la intervención adecuada en estos momentos, pueden decantar al joven hacia la modificación de un hábito todavía en fases iniciales (prevención secundaria), al tiempo que colabora para que el adolescente adquiera las habilidades de las que carece.

PAPEL DE LA ENFERMERA

El tratamiento de la dependencia, está encomendado en la Comunidad Valenciana, a las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y la prevención a las Unidades de Prevención Comunitaria (UPC).

Sin embargo, en el primer recurso citado, solo se atiende a la población con trastornos ya instaurados y que han contactado con el sistema de atención, por lo que no pueden incidir en la labor de intervención sobre el problema cuando todavía se encuentra en la fase de consumos exploratorios.

Esta es una tarea que puede asumir la enfermera de atención primaria. Se encuentra para ello en el lugar adecuado.

El adolescente con baja percepción de riesgo, no va a aceptar ser tratado en unidades clínicas de atención al drogodependiente, porque él no se incluye como tal, y en realidad puede que todavía no lo sea. Para este grupo de adolescentes la percepción sobre la UCA puede ser negativa, favoreciendo al tiempo, que aparezcan resistencias hacia intervenciones posteriores o paralelas con otros profesionales.

Existen por tanto dos ámbitos desde donde la enfermera puede convertirse en profesional de referencia para la intervención:

1. La consulta de enfermería en atención primaria. Puede realizar la labor de identificación de signos que orienten hacia la existencia de posibles problemas, tras el contacto bien con el propio adolescente, o con otros miembros de su entorno familiar directo, que transmitan preocupación o detecten alteraciones en la conducta habitual del mismo.

La enfermera es la profesional sanitaria que puede atender a toda la familia con independencia de la edad que tengan los distintos miembros del núcleo familiar.

La enfermera debe erigirse como referente de salud para la población tanto adulta, como adolescente, con el fin de llevar a cabo en coordinación con el resto de miembros del equipo de salud, y las unidades de atención y prevención, actuaciones tendentes a la transmisión de hábitos de vida saludables, que constituyen factores protectores eficaces y eficientes, frente al consumo de drogas y orientar hacia los recursos especializados cuando sea preciso.

2. Los centros educativos. Constituye una de las demandas de los profesionales de la enfermería. Las posibilidades de abordaje de la prevención del consumo de drogas son muy grandes en el medio escolar, con la gran ventaja de evitar la percepción negativa o de sensación de enfermedad ante cualquier situación que se lleve a cabo por los centros de salud o en los centros de salud.

En este ámbito, se concentran las edades de inicio en los consumos exploratorios antes mencionados y se asiste al cambio hacia un patrón de consumos problemático si no se actúa de forma integral y eficaz.

La presencia de la enfermera con perfil formativo centrado en la educación para la salud como estrategia global, y con alto nivel de conocimientos en las técnicas motivacionales, se manifiesta cada vez más necesario.

Para ello, la enfermera debe recibir formación adecuada en diferentes ámbitos (tabla 1), tanto en su etapa pregrado, como en el postgrado dotándose de la habilidad de mantener una actitud abierta, exenta de paternalismo, evitando la tendencia a la culpabilización del paciente y libre de prejuicios que marquen de forma negativa la relación enfermera-cliente. Es necesario que mantenga una actitud permeable que le permita incorporar a su listado de habilidades aquellos conocimientos (enfermería basada en la evidencia) nuevos útiles para nuestro ejercicio profesional. (tabla 1)

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN	ASPECTOS FORMATIVOS
✓ EL ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios y conductas funcionales en la adolescencia ○ Conductas disfuncionales en la adolescencia ○ Resolución de conflictos
✓ LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Roles familiares disfuncionales ○ Malos tratos en la familia ○ La familia funcional ○ Intervención familiar
✓ EL ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lugares de ocio y relación habitual de adolescentes ○ Recursos sociales ○ Centros educativos
✓ LAS SUSTANCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Las drogas ○ vías de consumo ○ Presentaciones los tóxicos ○ Efectos sobre el organismo
✓ LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ○ Patologías médicas asociadas al consumo ○ Patología psiquiátrica asociadas al consumo ○ Educación sexual y sobre enfermedades de transmisibles por esta vía
✓ HABILIDADES PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas de entrevista clínica ○ Entrevista motivacional ○ Comunicación con el adolescente

Así mismo, la enfermera debe desarrollar en paralelo a su ejercicio clínico labor investigadora, que una vez publicada se convierta en herramienta eficaz de transmisión de conocimiento enfermero que redundará inequívocamente en el incremento de los estándares de calidad

El proceso de atención de enfermería (PAE) dota nuestra intervención de las bases científicas que favorecen la comunicación entre enfermeras, la medición de resultados, el análisis de los procesos y la mencionada labor investigadora.

Debemos realizar un esfuerzo, para optimizar el trabajo enfermero, empleando registros consensuados, taxonomía y diagnósticos propios. Nuestros diagnósticos, a

diferencia de los de otros profesionales, permiten determinar problemas individuales, de la comunidad; describir situaciones funcionales así como las disfuncionales, problemas reales (ya presentes) o potenciales y todos estos aspectos se manifiestan como fundamentales en la intervención para la prevención del consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

- Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier, 2005.
- Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Medica Panamericana, 2000.
- Carlos J. van-der Hofstadt Román. Habilidades de comunicación aplicadas (Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal.) Valencia: Promolibro, 1999.
- William R. Miller y Stephen Rollnick (compiladores). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós, 1999.
- Marjory Gordon. Manual de diagnósticos enfermeros. Décima edición. Madrid: Elsevier, 2003.
- F Borrell i Carrió. Manual de entrevista clínica. Madrid: Harcour brace, 1998.
- Josep María Farré Martí y Miquel Àngel Fullana Rivas (coordinadores). Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Barcelona: Ars Medica, 2005.

ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LOS ADOLESCENTES

Francisco Barragán Navarro
*Enfermero. Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante.
SAMU de San Vicente*

Los jóvenes por desarrollo, sufren de un estado evolutivo tanto físico como psíquico y social, que los hace más vulnerables, debido a sus actitudes, a poder sufrir accidentes o procesos patológicos desencadenados por esta evolución. De esta manera, los y las jóvenes viven con especial fuerza las tensiones propias del nuevo impulso de la modernidad. Todo ello confluye en una tensión que permite sintetizar las anteriores, a saber, entre una voluntad de individuación agudizada por la creciente secularización cultural y la “seducción postmoderna”, y, por el otro lado, una necesidad de integración social cada vez más imperiosa, dado que son menos claros los canales que la hacen posible. De esta manera la juventud anhela tanto la mayor auto-determinación como la mejor inclusión.

En innumerables casos debido a esta confluencia de procesos el adolescente en su afán de ser protagonista, líder, toma decisiones, o genera actitudes que ponen en serio peligro tanto su integridad física como psíquica.

La asistencia a las emergencias se ha convertido en una actividad imprescindible dentro de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. La reducción de la mortalidad esta relacionada de una forma directa con la formación e implantación de los servicios de emergencias, la atención in situ, el transporte asistido, la transferencia hospitalaria, ha mejorado notablemente la atención y supervivencia en los usuarios, cosa que no repercute sólo en la calidad de vida de los mismos, sino también en innumerables factores, sociales, familiares, económicos, etc...

Desde este foro, es mi objetivo dar a conocer el papel de los servicios de emergencias y su actuación en los problemas que presentan los adolescentes. Se han tratado los datos de una manera descriptiva. Simplemente se han recogido datos reales de asistencias realizadas a este colectivo durante unos 6 meses aproximadamente y se ha extrapolado a una anualidad.

Las urgencias y emergencias en la adolescencias son una actividad dentro del servicio SAMU realmente poco usuales, si las comparamos con el total anual de intervenciones que se realizan en dicho servicio.

Siempre suponen un aumento del estrés para el profesional debido a lo llamativo que suelen ser las asistencias y por la implicación emocional que conlleva la asistencia a niños y adolescentes.

La recogida de datos esta circunscrita al departamento 19, que incluye las poblaciones de Alicante, San Vicente, Monforte y Agost, con un total poblacional de 378.825 Habitantes aproximadamente. En la recogida de datos no aparecen el 100% de los casos ocurridos debido a la problemática geográfica y otras, que hace que los recursos se tengan que distribuir de forma no ceñida a sus zonas; y a que en ocasio-

nes son otro tipo de recursos los que hacen el traslado del paciente sin esperar a una atención mas adecuada.

Dentro de la diversidad de atención a este tipo de población, encontramos que la alerta surge de distintas manera y la atención es variada dependiendo de los casos. Con todo ello las asistencias más comunes realizas en esta área son:



Los equipos de emergencia extrahospitalaria, funcionan como unidad, dirigida por el facultativo, donde cada profesional posee sus propias competencias y se interaccúa profesionalmente para conseguir los objetivos marcados. No obstante, me gustaría destacar el importante papel que tiene enfermería dentro del sistema de emergencias, ya que somos profesionales capacitados para actuar en situaciones límites, con conocimientos actualizados y capaces de tener autonomía profesional, no solo en técnicas médicas y de enfermería, sino en habilidades sociales y muchas otras. El/la enfermer@ de emergencias es una pieza mas del equipo que interviene en las emergencias, pero me reitero en la importancia del mismo dentro de este sistema.

BIBLIOGRAFÍA

- SEMES, Grupo de trabajo de asistencia inicial al trauma grave (1999). Recomendaciones asistenciales al trauma grave. Madrid: Edicomplet.
- A. Quesada, J.M. Rabanal (2003). Procedimientos técnicos en Urgencias y Emergencias. Madrid: Ergon S.A.
- Consellería de Sanidad (2004). Plan de Salud. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, (2001-2004). Valencia. Conselleria de sanidad.
- Web: www.semes.es. Portal de la Sociedad Española de medicina de Emergencias. (Consulta febrero 2006).

- Web: www.san.gva.es. Portal de la Agencia Valenciana de salud. (consulta enero 2006).
- Web: <http://ive.infocentre.gva.es/>. IVE, institut Valenciá d'estadística. (consulta febrero 2006).
- Web: <http://www.aacap.org/index.htm> American Academy of child & adolescent psychiatry (consulta marzo 2006)

ANOREXIA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES

Arturo Bonet Blanco
*Enfermero Especialista Salud Mental.
Unidad de Salud Mental Centro de Salud Petrer I.*
M^a. Carmen Mira
*Enfermera C. E. Elda
Departamento de Salud 18*

Trastornos de la conducta alimentaria

- Disminución de ingesta
 - ✓ Anorexia nerviosa
 - ✓ Otras alteraciones psiquiátricas
- Exceso de ingesta
 - ✓ Bulimia nerviosa
 - ✓ Potomanía
- Alteraciones cualitativas
 - ✓ Pica (alotriofagia)
 - ✓ Rumiación (mericismo)
- Obesidad

INCIDENCIA TRASTORNOS ALIMENTARIOS



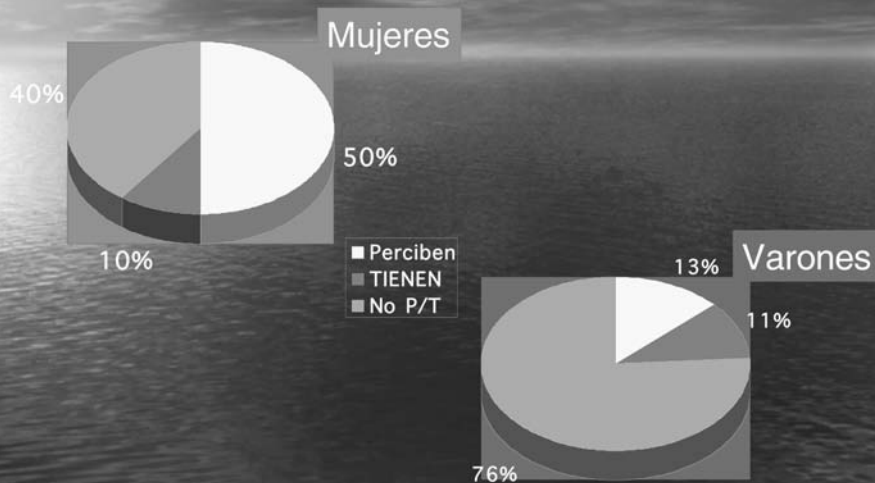
Etiología

- Factores biológicos
 - Predisposición genética
 - Predisposición biológica
- Factores psicológicos
 - Influencia somatotipo familiar
 - Conflictos psicológicos con el entorno
- Factores sociales
 - Conflictos familiares
 - Críticas de imagen por otros
 - Conflictos sexuales

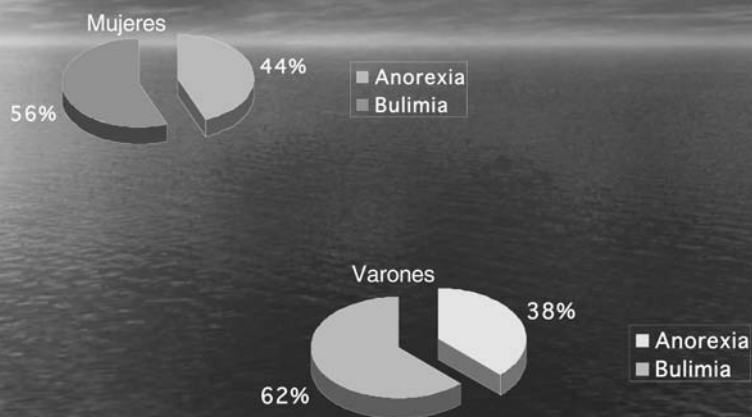
Población afectada

- Mujeres entre 13 y 20 años (90% afectados)
- Varones entre 13 y 24 años (0'2% de incidencia)
- Niños
- Mujeres maduras

Percepción de sobrepeso



Incidencia por Sexos



Factores precipitantes

Mujeres

- Alteración de autoestima
- Pubertad
- Obesidad premórbida
- Estereotipo de Top-Model
- Preocupación por hacer dietas

Varones

- Alteración de autoestima
- Deportes que requieren delgadez
- Culto al cuerpo
- Homosexualidad
- Preocupación por hacer dietas

➤ Conflictos familiares

Concepto de ANOREXIA NERVIOSA

- Pérdida de peso ↓ 40-85% del normal
- Miedo a ganar peso
- Distorsión de la propia imagen corporal
- Rechazo específico de alimentos
- Amenorrea en mujeres postpuberales

Subtipos de anorexia

- Restrictivo. Evitando progresivamente alimentos
- Compulsivo-purgativo. Atracones + conductas purgativas

ANOREXIA

Evolución psicossocial

- Fase inicial
 - Restricción de alimentos
 - Ausencia de trastornos emocionales y físicos
- Fase de estado
 - Síndrome anoréxico
 - Síntomas de depresión y ansiedad
 - Deterioro de la relación familiar y social
- Fase residual
 - Equilibrio precario entre bajo/muy bajo peso y la conducta alimentaria

ANOREXIA

Características conductuales

- Distorsión de la imagen corporal
- Rechazo de la ingesta
- Búsqueda de peso e imagen ideal sin límite

ANOREXIA

Características familiares

- Padres preocupados por el peso desde la infancia
- Padres con modelo educativo superprotector
- Críticas continuadas de padres y hermanos al peso y aspecto del niño y adolescente
- Padres con dependencia alcohólica/sustancias
- Abuso sexual

ANOREXIA

Imagen corporal

- Percepción distorsionada de la propia imagen
- No distorsión de la imagen de otros
- En ocasiones percepción de delgadez

ANOREXIA

Rechazo de la ingesta

- Rechazo y temor intenso a alimentos considerados engordantes
- Ingesta de alimentos no engordantes en pequeña cantidad
- Ingesta paradójica de alimentos hipercalóricos tras días de ayuno

ANOREXIA

Búsqueda de peso e imagen ideal

- Asociación de métodos adelgazantes
 - Control de ingesta
 - Ejercicio
 - Laxantes, diuréticos, vomitivos
 - Inducción del vómito
- Imagen delgada sin límites hasta llegar a la emanciación

ANOREXIA

Diferencias entre sexos

Mujeres

- Inicio en pubertad
- Estereotipo delgado
- Obesidad premórbida

Varones

- Inicio en adolescencia
- Desinterés sexual
- Perciben menos el sobrepeso

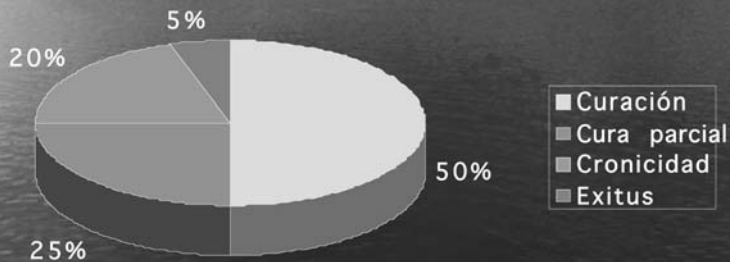
ANOREXIA

Complicaciones

- Emaciación
- Hipotensión/bradicardia
- Hipoglucemia
- Lanugo
- Amenorrea
- Atrofia aparato reproductor
- Osteoporosis
- Intolerancia al frío
- Arritmia cardíaca, prolapso mitral
- Convulsiones
- Tetania
- Pancreatitis
- Degeneración aparato digestivo
- Estreñimiento
- Déficit crecimiento
- Alteración EEG y del tamaño ventricular cerebral

ANOREXIA

Curso de la enfermedad



ANOREXIA

Factores que perpetúan la enfermedad

- Efectos biológicos de la emanciación
- Ganancias rápidas de peso
- Terapias inadecuadas

ANOREXIA

Concepto de BULIMIA NERVIOSA

- Distorsión de la imagen
- Episodios de ingesta masiva de alimentos (atracones)
- Conciencia de ser una conducta anormal
- Vómito autoinducido y métodos adelgazantes asociados
- Peso normal, sobrepeso u obesidad
- Miedo a no poder controlar la conducta

BULIMIA

Características conductuales

- Temor mórbido a engordar
- Distorsión de autoimagen
- Atracciones compulsivos de vivencia culposa
- Vómito provocado con alivio psicofísico
- Abuso de laxantes (30%)
- Vida social, interpersonal y sexual mantenida
- Peso normal/bajo
- En algunos casos amenorrea

BULIMIA

Características familiares

- Padres preocupados por el peso desde la infancia
- Padres con modelo educativo hipercrítico y distante
- Críticas continuadas al peso y aspecto del niño y adolescente
- Padres con dependencia alcohólica/sustancias
- Abuso sexual

BULIMIA

Comorbilidad mental

- Depresión
- Ansiedad
- Consumo de sustancias
- Trastornos de la personalidad (Grupo B)
 - histriónicos
 - narcisistas
 - antisociales
 - límites

BULIMIA

Diferencias entre sexos

Mujeres

- Inicio entre los 15-18 años
- Mayor uso del vómito y de laxantes
- Mayor disforia tras los atracones

Varones

- Inicio entre los 18-26 años
- Incremento del ejercicio
- Dificultad para reconocer los atracones
- Dificultad para reconocer problemas de peso y apariencia

BULIMIA

Factores que perpetúan la enfermedad

- Efecto ansiolítico de los atracones
- Efecto ansiolítico del vómito
- Aparición tardía de efectos secundarios
- Poca variación del peso

BULIMIA

Tratamiento

ANOREXIA

- Rehabilitación nutricional
- Farmacoterapia (dudoso efecto salvo comorbilidad)
- Psicoterapia

BULIMIA

- Rehabilitación nutricional
- Antidepresivos tricíclicos, ISRS a dosis ansiolíticas
- Psicoterapia

APOYO SOCIAL

Campo de intervención

- Paciente
- Familia
- Educación alimentaria
- Culturas de: “nutrición light”, “hiperatletas”, “medidas ideales talla 34-36-38”

Orientación del tratamiento

1. Cambio alimentario
2. Cambio cognitivo y de autoimagen
3. Prevención de recaídas

Objetivos básicos

1. Adquirir una actitud nueva ante:
 - ❖ Comida
 - ❖ Peso
 - ❖ Autoimagen
2. Evitar medios inadecuados para perder/ganar peso
3. Detectar y erradicar los elementos ambientales que perpetúan conductas
4. Aceptación de las características de la enfermedad

Intervención de ENFERMERIA

I. PREVENCIÓN PRIMARIA

- Población escolar
- Peso corporal
- Conductas alimentarias
- Insatisfacción corporal

II. PREVENCIÓN SECUNDARIA

- Educación dietética
- Complicaciones biomédicas
- Recuperación de autoestima
- Prevención de conductas suicidas
- Recuperación familiar

III. PREVENCIÓN TERCIARIA

- Enfermería paliativa
- Prevención de conductas suicidas

Diagnósticos de ENFERMERIA

Percepción de salud

- Alteración del crecimiento y desarrollo
- Deterioro de la salud
- Incumplimiento del tratamiento pactado

Nutrición/Eliminación

- Alteración del patrón alimentario
- Delgadez
- Desnutrición
- Estreñimiento
- Desconocimiento de cultura dietética

Estructura Funcional de Salud de Gordon

Diagnósticos de ENFERMERIA

Actividad/Ejercicio

- Deterioro de la actividad física
- Intolerancia a la actividad
- Cansancio
- Déficit de actividades recreativas

Autopercepción/Emocional

- Trastorno de la imagen corporal
- Alteración de la identidad personal
- Autoestima baja crónica
- Desesperanza
- Ansiedad
- Temor

Estructura Funcional de Salud de Gordon

Diagnósticos de ENFERMERIA

Rol/Relaciones

- › Aislamiento social
- › Acomodación hostil
- Disfunción sexual
- › Alteración de relaciones familiares

Afrontamiento

- Sobreprotección familiar
- Acomodación hostil
- Afrontamiento defensivo
- Posibilidad de actitud familiar positiva
- Negación ineficaz
- Riesgo de violencia autodirigida

Estructura Funcional de Salud de Gordon

Diagnósticos de ENFERMERIA

Miscelanea

- Negación ineficaz
- Disfunción sexual

Estructura Funcional de Salud de Gordon

APOYO SOCIAL ENCAMINADO A PREVENIR

- ✓ Falsos estereotipos de mujer y hombre
- ✓ Automarginación
- ✓ Recordar que no es solo una enfermedad de jovencitas
- Evitar la discriminación positiva de la anoréxica frente al anoréxico

EAT - 26

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito, especialmente, comer alimentos con mucho hidrato de carbono (pan amasado, patatas, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada/o.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer más que las otras personas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimento de régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me presionan para que coma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incómoda/o después de comer dulces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estómago vacío.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La puntuación total es la suma de los 26 ítems. Puntúan 2,2,1,0,0,0 en la dirección positiva asignando el 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección

EAT - 26

COMUNICACIONES A LA 1ª MESA

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Ángela Lorenzo García
Trabajadora Social Hospital General de Elda
Ana Amat Asencio, Beatriz Sánchez Rico
Estudiantes Trabajo Social Universidad de Alicante

RESUMEN

Palabras clave:

Informar; Plan de Trabajo, Derivar, Contactar con el entorno más próximo, Coordinar recursos, Protocolos.

Objetivos:

- Informar al resto de profesionales de la intervención del Trabajador social en el medio hospitalario.
- Conocer las actuaciones y coordinación en otros medios institucionales.
- Actuar con los recursos que se tienen.

Material:

Intervención desarrollada en papel. CD con dicha intervención en soporte informático.

Métodos:

Lectura breve y exposición visual o audiovisual al realizar la exposición.

Resultados y conclusiones:

Atención a todos los usuarios hospitalizados que precisan de la intervención, información y asesoramiento del Trabajador social con el objetivo de mantener una calidad de vida que le posibilite la máxima independencia, con respecto a su estado de salud.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene un doble objetivo; en primer lugar, poder dar a conocer la función del Trabajo Social en un contexto multidisciplinar. Y para ello entendemos la participación coordinada de un equipo profesional, macro operativo, como es la atención especializada, con diferentes visiones para abordar la atención ante la grave alteración o ausencia de salud en cualquier aspecto tanto físico, psíquico o social en sus múltiples facetas, ante las cuales debemos atender. Y todo ello requiere formas específicas de intervención profesional.

Teniendo en cuenta la definición de salud de la OMS: “Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La atención del paciente se considera de un tratamiento polivalente para garantizar al máximo su calidad de vida y su trato humanizado.

El otro objetivo que quiero manifestar es que mi profesión, dentro de un equipo de la amplitud de la especialización, requiere una preparación exhaustiva para llegar a conseguir todos los objetivos. Pero como sé que soy como un cajón de sastre al que todos recurren para tomar la herramienta necesaria ante la problemática que se presenta, voy a exponer a continuación un perfil de mis funciones.

Espero que os sea útil para conocer después de estos años con vosotros mis capacidades y también mis limitaciones.

Un saludo de vuestra Trabajadora Social.

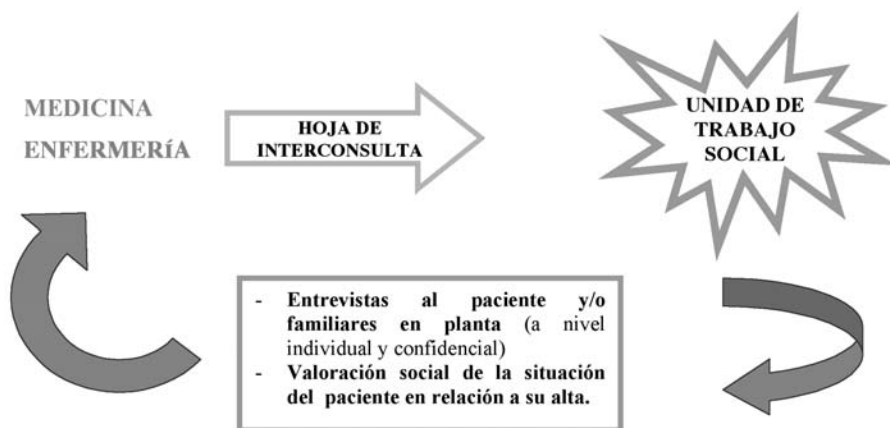
Índice:

1. Funciones del Trabajador Social en atención especializada.
2. Instrumentos y técnicas que utiliza.
3. Grupos de riesgo en la Unidad de Trabajo Social.
4. Problemáticas más frecuentes en adolescentes.

OBJETIVO: Prestar apoyo a las labores sanitarias

Funciones del Trabajador Social en atención especializada

- Asistenciales: comprenden acciones de apoyo a la demanda encaminadas a garantizar una atención específica al usuario y su familia.
- Preventivas: la adopción de medidas encaminadas a impedir que se repitan determinadas problemáticas o a evitar que tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas más graves.
- De información y orientación: supone la orientación e información de prestaciones sociales, alternativas residenciales, de ocio y recursos específicos.
- De derivación: supone la finalización de nuestra intervención, con el objetivo de continuar el seguimiento extrahospitalario en su medio social más cercano.
- De coordinación:
 - a) Interna a la institución: con el equipo de medicina y enfermería:

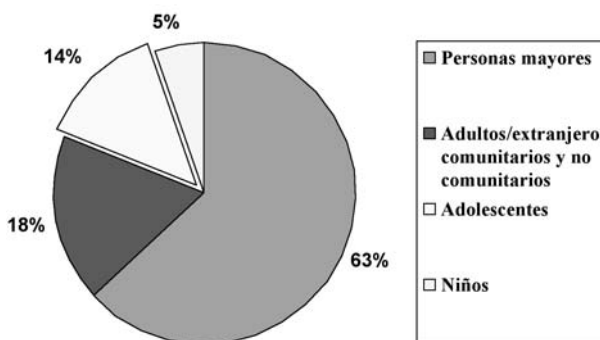


b) Externa a la institución: coordinación con otras Instituciones y Servicios de la provincia (Sanitarios, Educativos y Sociales).



Instrumentos y técnicas que utiliza

- Hoja de interconsulta: documento derivado del personal sanitario cuando se detecta en el paciente algún tipo de problemática social que requiera nuestra intervención. Es de carácter informativo y contiene los datos personales, así como el diagnóstico médico y la demanda social.
- Entrevista: es una técnica de recogida de información y contrastación de datos, que se realiza a los mismos pacientes y a sus familiares, amigos, vecinos... así como cualquier fuente que nos facilite información imprescindible para nuestra tarea. Para que sea afectiva es importante la escucha activa y la observación.
- Informe Social: dictamen técnico que elabora y firma el Trabajador Social. Su contenido se deriva del estudio, donde queda reflejada la situación objeto, la valoración y una propuesta de intervención profesional.

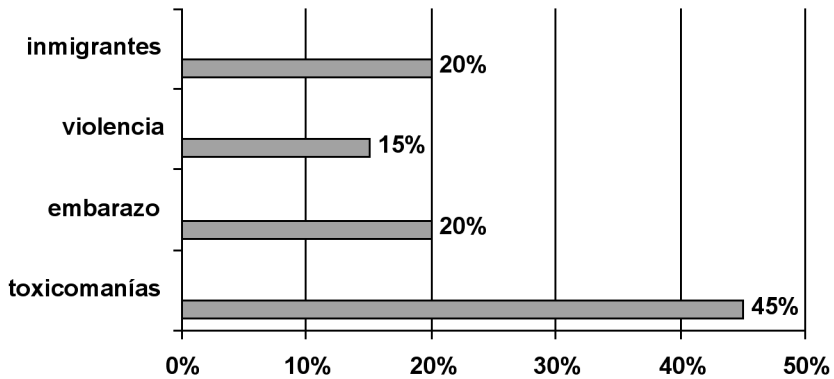


Grupos de riesgo en la Unidad de Trabajo Social

- Orientación estadística. Fuente: expedientes archivados en la unidad de trabajo social en el 2005 (aproximadamente 1000 casos).

Problemáticas más frecuentes en adolescentes

1. Toxicomanías.
2. Embarazos no deseados.
3. Problemas de relación en el ámbito familiar y medio escolar con connotaciones de violencia y susceptibles de tratamiento psicológico.
4. Inmigrantes adolescentes: desarraigo cultural, integración



Orientación estadística.

Fuente: expedientes archivados en el 2005 (aproximadamente 140 casos)

Apunte Bibliográfico consultado:

- Revista de Trabajo social y salud nº 43, Diciembre 2002. “Tema monográfico: La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea”. Varios autores

**PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA.
HABLEMOS DE DROGAS...**

Vanesa Morales Camacho
Mónica Pascual Valls
Raquel Santonja Seguí
Irene Parra Soriano
*Estudiantes de Enfermería
E.U.E. Universidad de Alicante*

ÍNDICE:

1. PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS (PORCENTAJES). ESPAÑA, 1996-2004
2. PROPORCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA ENTRE 14 Y 18 AÑOS QUE PIENSAN QUE LES SERÍA FÁCIL O MUY FÁCIL CONSEGUIR CADA DROGA SI QUISIERAN. (%). ESPAÑA, 2004
3. DROGAS DE COMERCIO LEGAL EN ESPAÑA
4. DROGAS DE COMERCIO ILEGAL EN ESPAÑA
5. RECURSOS DE ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS (Establecidos en la Normativa de la Comunidad Valenciana)
6. FACTORES DE RIESGO (Facilitadores o predisponentes al inicio y/o mantenimiento de una conducta adictiva):
7. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de referencia y marco muestral

Hemos analizado las encuestas recogidas en la base de datos del Plan Nacional Sobre Drogas, La F.A. D y Las Unidades de Conductas Adictivas de Villena y Elda, un estudio sobre la Percepción de los jóvenes ante las diferentes sustancias adictivas y el consumo de cada una de ellas.

La población de referencia a la que se pretenden analizar los resultados son los estudiantes españoles que cursan Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra, fue la población matriculada en colegios o centros educativos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato y Ciclos Formativos de grado medio o equivalente (Formación Profesional II). El marco muestral utilizado, han sido los estudiantes de 14-18 años que estaban cursando educación primaria, y secundaria.

Se estudió una muestra en torno a 20.000-25.000 estudiantes, 800-1.000 aulas y 400-600 colegios. Se utilizó un cuestionario estandarizado y anónimo parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos. El cuestionario recoge e incluye preguntas sobre: características sociodemográficas, uso del tiempo libre, consumo de tabaco, consumo de alcohol (incluyendo frecuencia actual de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables —de lunes a jueves— y en fin de semana —viernes+sábado+domingo—, cantidad consumida y frecuencia de borracheras), consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir, centrándose

principalmente en el consumo sin receta médica, consumo de otras drogas psicoactivas (hachís/marihuana, cocaína, heroína, espid/anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles, éxtasis/drogas de diseño), percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, grado de rechazo de ciertas conductas de consumo de drogas, incluyendo las mismas conductas que en el caso de la percepción del riesgo, nivel de disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, información sobre las drogas, los problemas asociados y las intervenciones preventivas, consumo de drogas por parte de los amigos y compañeros.

OBJETIVO GENERAL

Unificar los diferentes estudios analizando las encuestas disponibles desde 1996 hasta el año 2004 y realizar una síntesis acerca de la percepción y el consumo de Drogas.

Objetivos específicos

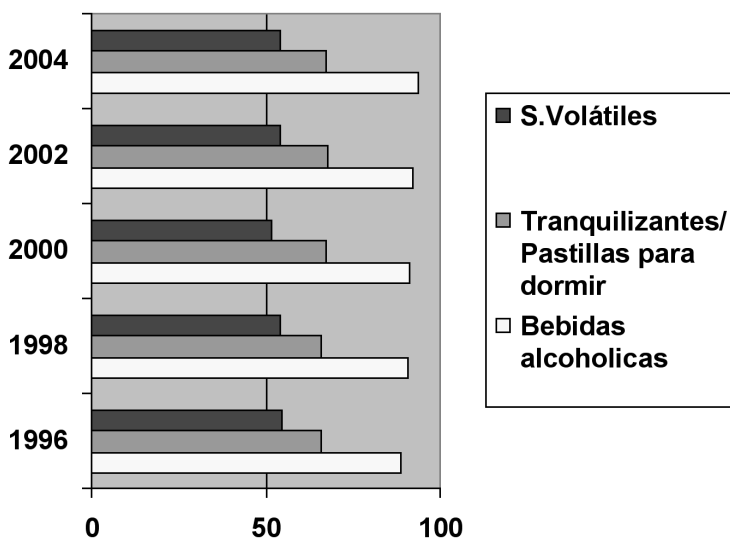
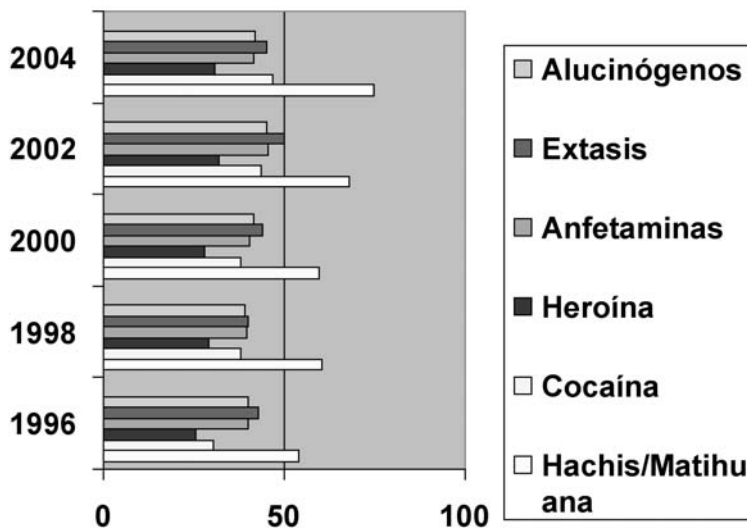
- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- b) Percepción de disponibilidad de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años. (Porcentajes) España 1996-2004
- c) Proporción de estudiantes de enseñanza secundaria entre 14-18 años que piensan que les sería fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisieran(%) España 2004.
- d) Conocer la edad media de inicio de sustancias legales e ilegales.
- e) Conocer las características evolutivas en los últimos ocho años acerca del consumo y percepción de las diferentes drogas.

DROGA: La organización mundial de la salud (OMS) define la droga como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones, pudiendo producir un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos”

En 2004 un 88,7% de los encuestados se sentía suficiente o perfectamente informado sobre el consumo de drogas, los efectos y problemas asociados a las distintas sustancias y las formas de consumo. La información la habían recibido por vías muy diversas. Las más frecuentes habían sido los medios de comunicación (61,6% habían recibido información por esta vía), los padres o hermanos (58,5%) y charlas o cursos sobre el tema (53,3%). Un 72,5% pensaba que la información recibida había sido bastante o muy útil. En cuanto a las vías por las que piensan que pueden recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de drogas, los efectos y problemas asociados y las formas de consumo, las respuestas son muy variadas y no hay una que pueda definirse como mayoritaria. Las citadas con mayor frecuencia fueron: las personas que han tenido contacto con las drogas (42,4%) y las charlas o cursos sobre el tema (41%). Un 72,5% indicó que en su actual colegio o instituto había recibido información sobre las drogas o se había tratado el tema del consumo, los efectos y problemas asociados a las distintas sustancias y las formas de consumo, y la forma más frecuente de tratar el tema fueron las conferencias o charlas (75,5%). Entre las medidas preventivas que los estudiantes consideran más necesarias para abordar el problema de las drogas, la citada con mayor frecuencia fueron las charlas y reuniones en colegios o institutos (75,5%)

Paradójicamente encontramos que a pesar de vivir en una sociedad con una gran disponibilidad de información, según estadísticas, comprobamos que en los últimos 8 años, no se ha apreciado apenas cambios en los hábitos de consumo y sustancias, aunque sí en la edad de inicio del consumidor, ya que se da cada vez en edades más tempranas adelantándose ella al menos en 2 años.

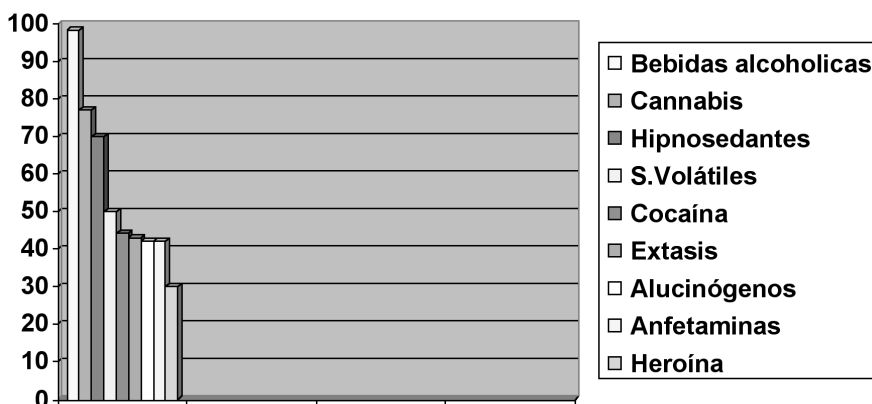
1. PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS (PORCENTAJES). ESPAÑA, 1996-2004



Respecto a los 20000 estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años encuestados, la evolución temporal de la disponibilidad percibida entre 1996 y 2004 se observa un gran aumento de la disponibilidad de cannabis, un gran aumento de la disponibilidad de cocaína y aumentos muy ligeros de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, heroína y éxtasis.

La disponibilidad percibida de anfetaminas, alucinógenos hipnosedantes y sustancias volátiles a permanecido relativamente estables

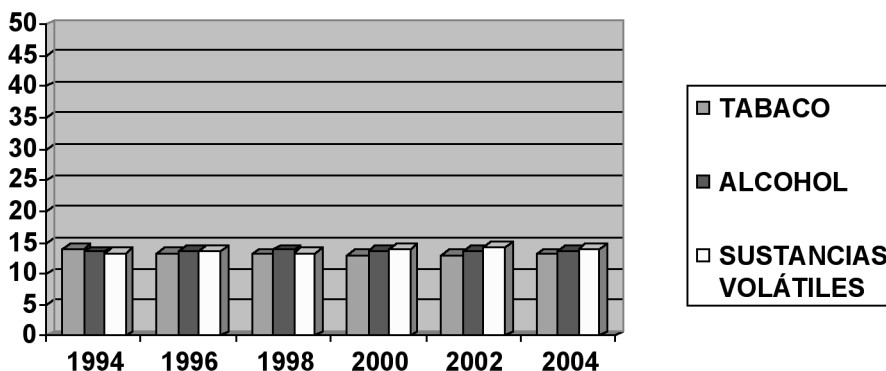
2. PROPORCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA ENTRE 14 Y 18 AÑOS QUE PIENSAN QUE LES SERÍA FÁCIL O MUY FÁCIL CONSEGUIR CADA DROGA SI QUISIERAN. (%). ESPAÑA, 2004



Respecto a los 20000 estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años encuestados, entre 1996 y 2004 mantienen que les sería fácil o muy fácil conseguir cada una de las diferentes sustancias.

En el gráfico se observa que son las bebidas alcohólicas el cannabis y los hipnosedantes son las principales sustancias de más fácil alcance además de las más consumidas como veíamos en la gráfica anterior.

3. DROGAS DE COMERCIO LEGAL EN ESPAÑA



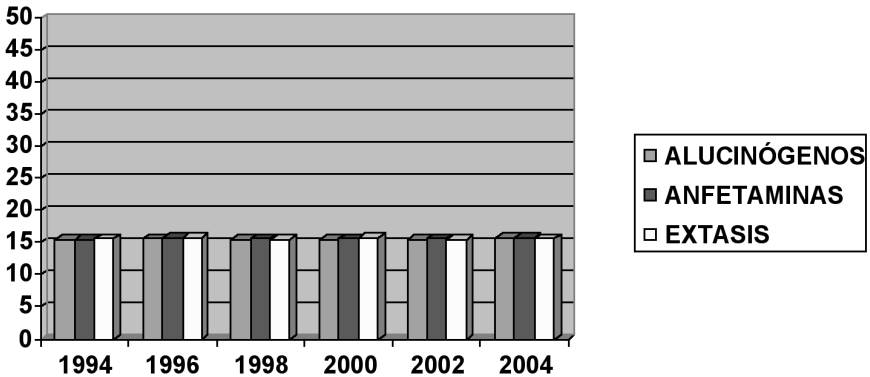
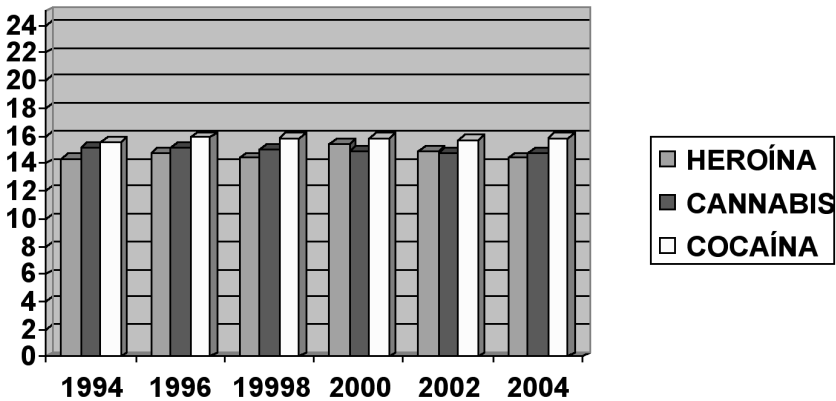
RESULTADOS

En 2004 la edad de inicio en el consumo de drogas de los estudiantes entre 14 y 18 años mostraba diferencias importantes dependiendo de las drogas.

Las drogas que comenzaban a consumirse más tempranamente eran aquellas de comercio legal como (alcohol, tabaco, sustancias volátiles). En el tabaco la edad media de inicio era 13,2 años, bebidas alcohólicas 13,7 años y sustancias volátiles 14 años

Se mantuvieron estables las bebidas alcohólicas, la cocaína y los alucinógenos, aumentando los hipnosedantes sin receta médica y sustancias volátiles

4. DROGAS DE COMERCIO ILEGAL EN ESPAÑA



Entre las drogas de comercio ilegal, las que se consumían más tempranamente era la heroína con 14,4 años y el cannabis 14,7 años. Por su parte, las drogas cuyo consumo se iniciaba más tardíamente era la cocaína y los alucinógenos con 15,8 años.

Una vez estudiada la edad media de inicio en el consumo de los estudiantes en edades comprendidas (14-18 años) se puede apreciar, que entre 1994 y 2004 disminuyó

la edad media de inicio en el consumo de tabaco, cannabis, éxtasis y heroína: se mantuvo estable la de bebidas alcohólicas, cocaína, anfetaminas, alucinógenos y un aumento de los hipnosedantes sin receta medica y las sustancias sedantes.

5. RECURSOS DE ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS (Establecidos en la Normativa de la Comunidad Valenciana)

LEGISLACIÓN existente en la COMUNIDAD VALENCIANA sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos

1. ESTABLECE Y REGULA un conjunto de MEDIDAS Y ACCIONES encaminadas a:

- PREVENCIÓN
- ASISTENCIA
- INCORPORACIÓN
- PROTECCIÓN SOCIAL

De las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que pueden generar dependencia como por otros trastornos adictivos

2. OBJETIVO: Establecer unos requisitos mínimos que garanticen la calidad y la idoneidad de los recursos y programas de atención y prevención de las drogodependencias para:

- la presentación de servicios de asistencia sanitaria
- la presentación de servicios de asistencia social
- la presentación de servicios de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos

3. CONSELLERÍA DE SANIDAD tiene como OBJETIVO BÁSICO:

- Mantener los centros existentes que prestan atención en drogodependencias
- Fomentar recursos y programas de prevención e incorporación social

En el proceso de NORMALIZACIÓN de la atención y prevención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos y de una progresiva consolidación de un MODELO HOMOGÉNEO e INTEGRADO en las REDES PÚBLICAS de ASISTENCIA SANITARIA, de SERVICIOS SOCIALES y EDUCATIVAS, de modo que se favorezca una respuesta INTEGRAL y COORDINADA.

4. Las actuaciones que en esta materia se desarrollen en la Comunidad Valenciana responderán a unos PRINCIPIOS RECTORES:

- La RESPONSABILIDAD PÚBLICA y la COORDINACIÓN INSTITUCIONAL de actuaciones, basada en los principios de DESCENTRALIZACIÓN, RESPONSABILIDAD Y AUTONOMÍA en la gestión de programas y servicios, así como, la PARTICIPACIÓN ACTIVA de la comunidad y de los propios afectados/as en el diseño de las políticas de actuación.

- La PROMOCIÓN de HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE y de una CULTURA DE SALUD que incluya el rechazo del consumo de drogas, así como la SOLIDARIDAD y la TOLERANCIA, APOYO y ASISTENCIA con las personas con problemas de drogodependencias.
- La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como ENFERMEDADES COMUNES con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo.
- La consideración prioritaria de las políticas y las actuaciones PREVENTIVAS en esta materia.
- Establecimiento de criterios de EFICACIA, EFICIENCIA y EVALUACIÓN CONTINUA DE RESULTADOS de las actuaciones y programas que se desarrollen en esta materia.
- INTEGRACIÓN NORMALIZADA de actuaciones en materia de drogodependencias en los SISTEMAS EDUCATIVO, SANITARIO y de SERVICIOS SOCIALES de la Comunidad Valenciana.
- La consideración de la PREVENCIÓN, ASISTENCIA e INTEGRACIÓN de las personas drogodependientes como un PROCESO UNITARIO y CONTINUADO, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales.

5. SE CONSIDERARÁN COMO CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:

UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCA):

Son centros de tratamiento ambulatorio (desintoxicación y deshabitación) de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales a los enfermos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos.

UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UHD):

Dentro de un centro hospitalario realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren.

CENTROS DE DÍA (CD):

En régimen de estancia de día realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social.

UNIDADES DE DESHABITUACIÓN RESIDENCIAL (UDR):

Centros que en régimen de internamiento realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción, mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren.

CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA (CEA):

En régimen de internamiento, temporal y/o ambulatorio, plantean su intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños y riesgos, priorizando el objetivo de minimizar los daños provocados por las conductas adictivas.

UNIDADES DE PREVENCIÓN COMUNITARIA (UPC):

Desarrollan actuaciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y, por tanto, los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas.

UNIDADES DE VALORACIÓN Y APOYO EN DROGODEPENDENCIAS (UVAD):

Servicios que tienen como función el asesoramiento y apoyo a los órganos jurisdiccionales y fuerzas del orden público, en la valoración de drogodependientes con problemas legales, incluyendo la atención directa al detenido drogodependiente en comisarías y juzgados.

VIVIENDAS TUTELADAS:

Son centros residenciales de tipo convencional, sin funciones asistenciales, en los que se convive de una forma autosuficiente y normalizada, donde los internos asumen funciones propias del mantenimiento del mismo, cuyo objeto se orienta hacia alcanzar el mayor grado de autonomía personal y de convivencia dentro de un ambiente normalizado, situado preferentemente en núcleos urbanos. Los usuarios de las viviendas tuteladas no reciben tratamiento en éstas, pudiendo ser atendidos en otros recursos asistenciales de tipo ambulatorio.

6. FACTORES DE RIESGO (Facilitadores o predisponentes al inicio y/o mantenimiento de una conducta adictiva):

Las investigaciones recientes reflejan que:

- Edad de inicio en el consumo de drogas: Adolescencia
- Sustancias de inicio: ALCOHOL Y TABACO (DROGAS LEGALES)
- Características del consumo:
 - Con los amigos (Grupo de Iguales)
 - Consumo experimental/ocasional
- Riesgos: Consumo habitual de Tabaco y Alcohol, de consumir cánnabis (PORROS) y otro tipo de sustancias ilegales.

Las investigaciones realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas demuestran que el consumo de drogas legales (Alcohol y Tabaco), preceden al consumo de otro tipo de sustancias ilegales (cánnabis, cocaína, etc...), y generalmente, dicho consumo se inicia a edades tempranas. De ahí la necesidad de evitar y/o prevenir el consumo de drogas en la adolescencia, no sólo por las consecuencias negativas que se derivan de su uso, sino también porque si se evita este consumo o, cuando menos, se retrasa la edad de inicio, se estará previniendo también el inicio del consumo de otras sustancias ilegales que despiertan mayor alarma social.

FACTORES DE RIESGO:

Son los elementos o condiciones que aumentan la posibilidad de que surja un problema. La presencia de estos factores aumentará la probabilidad de que una persona consuma drogas.

Los factores de riesgo (el que una persona se más frágil ante las drogas) dependen de tres elementos:

- Sustancia
- Persona
- Ambiente

Factores de riesgo relacionados con la sustancia:

- Los efectos (estimulantes o depresores) que produce en la persona.
- La capacidad de las drogas de crear dependencia, impulsando a la persona a consumirla de manera continua para sentir sus efectos o para evitar el malestar que produce el no tomarla (Síndrome de Abstinencia).

Factores de riesgo relacionados con la persona:

Algunas características personales aumentan la probabilidad de consumo. No significa que vaya a pasar con seguridad, sino que el riesgo es mayor.

1. Edad: cuanto más joven más riesgo de tener problemas con las drogas.
2. Alta búsqueda de sensaciones: necesidad de experimentar nuevas sensaciones, sin sopesar los riesgos que ello puede traer. Manifestación de bajo autocontrol.
3. Baja conformidad con las normas sociales: dificultad para aceptar/asumir las normas. Una forma de manifestar rebeldía.
4. Fracaso escolar: muestran mayor grado de desinterés, se margina y en muchas ocasiones realizan conductas inadecuadas como fumar y beber.
5. Baja autoestima: no valoran sus cualidades, personas que se quieren poco porque no se aceptan como son. Tienen menos capacidad para tomar decisiones por ellos mismos, por lo que muchas veces son influidos por la presión de grupo.
6. Baja asertividad: falta de habilidad para expresar sus sentimientos, opiniones, derechos, respetando con ello a los demás, por lo que pueden dejarse llevar muchas veces por no saber defenderse de la presión de grupo, realizando comportamientos que por él mismo a lo mejor no haría como: saltarse las clases, llegar tarde a casa, tomar alguna copa, fumar, ...
7. Alta necesidad de aprobación social: chicos que orientan su conducta o la basan en lo que los demás esperan de ellos, siendo más probable que no se nieguen ante la oferta de una droga por parte de un amigo del grupo, por ejemplo. Falta de autonomía en la toma de decisiones.

Factores de riesgo vinculados al ambiente:

1. Influencias culturales: drogas como el tabaco y el alcohol son aceptadas por nuestra cultura como símbolos de fiesta, la diversión, la alegría,... lo cual dificulta la toma de conciencia respecto a los riesgos que conlleva su consumo.
2. Disponibilidad de la sustancia: cuanto más accesibles son las drogas, mayor es la probabilidad de consumirlas.

3. Relación con amigos consumidores: para los jóvenes el pertenecer un grupo de amigos es sumamente importante; esto le puede llevar a seguir los hábitos del grupo, bajo el temor de ser rechazados o ridiculizados.
4. Tolerancia familiar hacia el consumo: los hijos empiezan a comportarse en gran medida por lo que ven en casa; si tenemos una actitud tolerante ante el alcohol y tabaco aumenta la probabilidad de que los jóvenes consuman también drogas legales.
5. Falta de alternativas de tiempo libre: escasa oferta de recursos extraescolares, lúdicos, deportivos, ... Donde las alternativas de tiempo libre son poco creativas como bares, pubs, recreativos, tv, video-consola, ... los jóvenes aprenden a disfrutar de su tiempo libre de ocio en estos sitios, aumentando así las posibilidades de iniciarse en el consumo de drogas.
6. El clima social: los nuevos valores de la sociedad actual donde prima el consumismo, los intereses individuales, la competitividad y el éxito a cualquier precio, son factores de riesgo para los jóvenes de hoy.
7. La publicidad: la publicidad sobre drogas ha cambiado. Las campañas van dirigidas especialmente a los jóvenes asociando las marcas, sobre todo de tabaco, con prendas e vestir, relojes, patrocinando eventos deportivos arriesgados, excitantes y aventureros.
8. Situaciones críticas vitales: Pérdida de un ser querido, problemas familiares, ...circunstancias dolorosas que nos hacen más vulnerables. En estas situaciones lo jóvenes pueden tratar de evadirse mediante el consumo de drogas para no sentir esas experiencias dolorosas.
9. Adolescencia: Etapa de muchos cambios físicos, psíquicos, sociales, donde el adolescente ansía una libertad, una mayor independencia y autonomía, cuestionando valores, buscando sentido a su propia vida, reaccionando a veces con rebeldía ante las normas establecidas en un intento por hacerse adulto, mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Aizpiri J. y Félix J. (1995). El cannabis y los alucinógenos, En Gómez Trujillo (Ed): curso de experto/máster en drogodependencias, ACIPAI-OPEN INTERNATIONAL UNIVERSITY, MÁLAGA.
- Calcedo A. y Martínez MJ. (1990). Cannabis y pronóstico de la esquizofrenia. Anales Psiquiátr, 6: 20-26.
- Fernández Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2001).Salud y Drogas. Revista del instituto de drogodependencias (Universidad Miguel Hernández)
- Gary J . Mitchell Film Company. – Madrid : FAD, 1990. 2 vol.; VHS pal; Material Anejo: Guía didáctica
- AFAD: Centro de Día y Asociación de Familiares Afectados por la Droga (Villena)
- UCA: Unidad de Conductas Adictivas (Elda)
- <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
- <http://www.fad.es/>
- <http://www.pnsd.msc.es/home.htm>
- Consellería de Sanidad <http://gva.es/jsp/portalgv.jsp?deliberate=true>

7. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

FAMILIA	PRESENTACIÓN	FORMA DE CONSUMO	INTOXICACIÓN AGUDA	EFFECTOS A LARGO PLAZO	EFFECTOS GENERALES
ALCOHOL	Bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas	Ingestión oral	Lenguaje confuso, andar vacilante, visión borrosa, adormecimiento, coma, muerte	Trastornos gástricos, hepáticos cerebrales, demencia, conflictividad socio-familiar,...	Desinhibición, relajación, euforia, reflejos enlentecidos...
TABACO	Cigarrillos, puros, tabaco de pipa,...	Fumado	Tos, faringitis, dolor de cabeza, náuseas y mareos,...	Trastornos respiratorios, cardíacos, cáncer,...	Relajación, estimulación, irritación de las vías respiratorias
XANTINAS	Café, bebidas de cola,...	Ingestión oral	Insomnio, nerviosismo, ansiedad,...	Riesgos sanitarios para personas hipertensas y con antecedentes cardíacos.	Estimulación
CANNABIS	Hachis, Marihuana	Fumado	Conjuntiva enrojecida, Sequedad de boca, locuacidad, relajación, hilaridad, taquicardia y riesgo de alucinaciones	(= tabaco) Riesgo de desencadenar trastornos psiquiátricos en personas predispuestas	Relajación, euforia, desorientación, cambios de humos.

FAMILIA	PRESENTACIÓN	FORMA DE CONSUMO	INTOXICACIÓN AGUDA	EFECTOS A LARGO PLAZO	EFECTOS GENERALES
TRANQUILIZANTES	Valium, tranxilium	Ingestión oral	Incoordinación, trastornos del equilibrio, hipotensión, somnolencia, coma	Ansiedad de rebote, irritabilidad, amnesia	Relajación, sueño
COCAÍNA	Clorhidrato de cocaína	Inhalación	Taquicardia, hipertensión, arritmia, agresividad, alucinaciones, riesgo de para cardíaco	Irritabilidad, anorexia, delgadez, psicosis paranoide.	Estimulación, sensación de alerta y pérdida de apetito
DROGAS DE SÍNTESIS	Pastillas	Ingestión oral	Excitación, insomnio, sequedad de boca, descontrol emocional.	Percepciones alteradas	Serenidad, estimulación.
OPIÁCEOS	Heroína, Metadona	Inhalación, fumado e inyectado	Entumecimiento cerebral, depresión respiratoria, miosis,...	Arritmia, estreñimiento, impotencia, amenorrea,...	Analgesia, bienestar, adormecimiento, apatía
ALUCINÓGENOS	LSD, Mescalina	Ingestión oral	Distorsión perceptiva, ilusiones, alucinaciones, delirios,	Riesgo de psicosis alucinatorias	Desorientación, euforia, dificultad de concentración, alucinaciones, ...
INHALABLES	Colas, gasolina, disolventes.	Inhalación	Embriaguez, marcha insegura, lenguaje confuso, vista doble	Lesiones hepáticas, renales y respiratorias	Visión nublada, aturdimiento, reflejos enlentecidos

JÓVENES: NUEVO PERFIL DE PERSONAS SIN HOGAR

Pedro Rodríguez Picazo¹, Manuel Gallar², Juan Mario Domínguez²,
Manuel Lillo², Isabel Casabona²

¹Centro de Acogida a Personas sin Hogar. Excmo. Ayuntamiento de Alicante.

²Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

PALABRAS CLAVE

Personas sin hogar, jóvenes, inserción social, Enfermería Comunitaria.

OBJETIVO

El centro de acogida e inserción para personas sin hogar (CAI) inició su singladura hace ya cuatro años. Durante este período de tiempo, cerca de 15.000 personas han hecho uso de alguno de los recursos ofertados por el centro ya sea de índole sanitaria o social con la finalidad de contribuir a resolver su situación de exclusión. El equipo técnico de nuestro centro, -integrado por enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales- ha advertido que existe una cantidad importante de gente joven menor de 30 años que se encuentra en la calle. Con este trabajo pretendemos dar a conocer esa situación y a su vez abordar este problema desde un punto de vista de la praxis enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional, retrospectivo. Se recogieron los datos de 3502 personas que habían hecho uso de los recursos del centro de acogida e inserción en los años 2004 y 2005, a través de las fichas de acogida que son registradas a diario por los profesionales del centro y volcadas a soporte informático. De esta población se tomó una muestra de 347 personas que pasaron por la consulta de enfermería durante el año 2004 y 2005 y fueron sometidas a una entrevista de valoración para acceder al programa de inserción del centro, a fin de evaluar la problemática principal detectada. La diagnosis de enfermería se basó en la NANDA y en el plan de intervenciones de enfermería (NIC).

RESULTADOS

En los datos revisados se observa un incremento de la población en el intervalo del año 2003 al 2005 de la gente con edades comprendidas entre 18 y 30 años.

Durante el año 2004, 1686 personas hicieron uso de algún programa del centro, el 22.5% de la población era menor de 30 Años de edad. Durante el año 2005 esta cifra se eleva tanto en el número de personas atendidas (1816 individuos) como la cifra de jóvenes menores de 30 años, que asciende al 29.42% (figura 1).

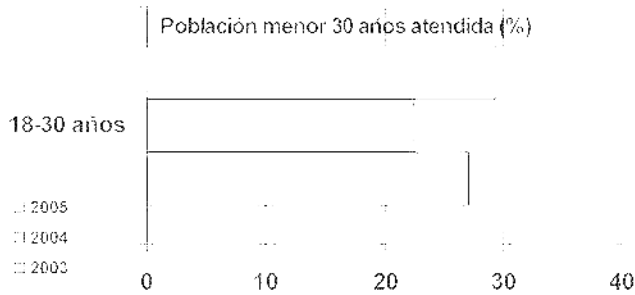


Fig. 1. Porcentaje de población menor de 30 años atendida en el CAI.

En este intervalo de tiempo el género masculino prevalece sobre el femenino (figura 2).

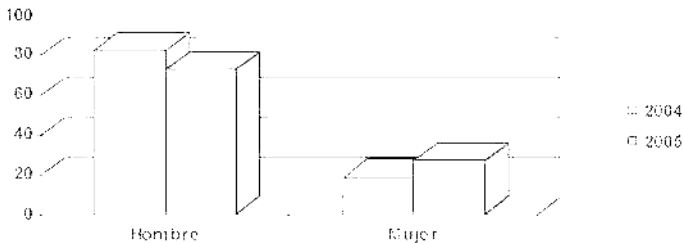


Fig. 2. Genero de la población menor de 30 años atendida en el CAI.

Los diferentes problemas observados durante las entrevistas de los usuarios fueron:

- Conductas adictivas.
- Salud Mental.
- Inmigración.
- Estilos de vida.
- Familias desestructuradas.
- Usuario sin redes de apoyo.

De una población de 347 personas entrevistadas en consulta de enfermería el 45.14% declaró tener problemas de conducta adictiva, siendo el 42.96% de esa población policonsumidora (consumo combinado de cocaína, opiáceos, benzodiazepinas, cannabis y/o alcohol).

El 15.75% de los entrevistados tenía algún problema de salud mental diagnosticado.

Sólo el 12.63% solicitó expresamente ayuda para cambiar estilos de vida.

Los datos se corresponden a otros estudios realizados en jóvenes sin hogar (Romero et al, 2002)

Principales Necesidades Humanas Básicas alteradas e Intervenciones de Enfermería (NANDA,NIC 2001)

PATRONES ALTERADOS	OBSERVACIONES	INTERVENCIONES ENFERMERAS
<p>RESPIRACIÓN : Respiratorio, patrón: ineficaz</p>	<p>Infecciones respiratorias recurrentes por dormir a la intemperie, o enfermedades oportunistas en inmunodeprimidos, Aumento de casos de TBC en los últimos años</p>	<p>Prevención, control y tratamiento de la enfermedad. Información, derivación a recursos específico. Proveer de recurso puente para recuperación de la enfermedad.</p>
<p>ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN Nutrición, alteración de la: por defecto Líquidos, déficit de volumen de Autocuidado, déficit de: alimentación Deglución, deterioro de la</p>	<p>Caquexia, Falta de piezas dentales, Falta de comida. Imposibilidad de alimentación acorde con creencias o procesos patológicos (diabetes, HTA, alimentación sana, hepatopatías agravadas, SIDA, alergias,...)</p>	<p>Ingesta nutricional equilibrada. Promoción y educación en una alimentación sana. Control y tratamiento de la enfermedad.</p>
<p>ELIMINACIÓN Estreñimiento ,Diarrea . Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc</p>	<p>Ausencia de lugares dónde miccionar o defecar. Cuadros de estreñimiento o diarreas por ingesta o abstinencia de drogas, consumo de alimentos en mal estado, déficits nutricionales, etc.</p>	<p>Proveer de recursos para eliminación adecuada. Tratamiento de síndrome de privación de sustancias. Gestión del estreñimiento y la diarrea.</p>

<p>MOVILIZACIÓN</p> <p>Movilidad física, trastorno de la Fatiga</p>	<p>Artralgias, Mialgias por dormir en la calle.</p> <p>Minusvalías físicas sin atención</p>	<p>Posibilitar acceso a recurso específico.</p> <p>Proporcionar material de descanso adecuado (<i>kit supervivencia</i>)</p>
<p>REPOSO/SUEÑO :</p> <p>Sueño, alteración del patrón del</p>	<p>Hacinamiento, reposo en lugares insalubres, , agresiones en el lugar donde se duerme.</p>	<p>Proporcionar e informar de recursos específicos (infraestructura, material de supervivencia)</p>
<p>VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA :</p> <p>Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento</p>	<p>Carencia de ropas, carencia de lugar donde cambiarse.</p>	<p>Proporcionar ropa.</p> <p>Habilitar zonas para facilitar vestirse.</p>
<p>TEMPERATURA</p> <p>Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la</p>	<p>Hipertermia, hipotermia por ingestión de tóxicos, Ola de frío, carencia de equipo de supervivencia necesario, enfermedades.</p>	<p>Proporcionar material y equipo de protección.</p>

<p>HIGIENE/PIEL</p> <p>Membrana mucosa oral, alteración de la</p> <p>Cutánea, deterioro de la</p> <p>Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad</p> <p>Autocuidado, déficit de: baño/higiene</p>	<p>Patologías de la piel: escabiosis, pediculosis (aumento de casos en los últimos años)</p> <p>Mordeduras de animales</p> <p>Ausencia de lugares dónde poder llevar a cabo la higiene.</p>	<p>Chequeo sanitario.</p> <p>Prevención, control y tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Proporcionar recursos para facilitar higiene (Infraestructuras, Equipos de calle)</p>
<p>SEGURIDAD :</p> <p>Infección, alto riesgo de</p> <p>Lesión, alto riesgo de</p> <p>Intoxicación, alto riesgo de</p> <p>Traumatismo, alto riesgo de</p> <p>Negación ineficaz</p> <p>Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros</p> <p>Automutilación, alto riesgo de</p>	<p>Infección por ETS (VIH,sífilis, gonorrea,...)</p> <p>Agresión por otras personas (Tribus urbanas, transeúntes). Chantaje, abuso, estafas.</p> <p>Alto riesgo de suicidio</p> <p>Sobredosis por sustancias</p> <p>No reconocimiento de la situación que viven, se sienten distintos a los demás.</p>	<p>Primeros auxilios</p> <p>Cuidado de las heridas</p> <p>Atención asistencial, cuidado de l</p> <p>Prevención del consumo de sustancias</p> <p>Tratamiento por el consumo de sustancias</p> <p>Orientación de la realidad</p> <p>Fomento de la socialización</p> <p>Control y prevención de infecciones</p>

<p>COMUNICACIÓN :</p> <p>Comunicación verbal, trastorno de la Social, deterioro de la interacción Social, aislamiento</p> <p>Sexualidad, alteración de los patrones de Afrontamiento individual: ineficaz</p>	<p>Individualismo. Interacción entre ellos sólo con fines de provecho mutuo.</p> <p>Promiscuidad, sin uso de profilaxis.</p>	<p>Participación social: Fomentar talleres grupales dentro de recursos específicos.</p>
<p>RELIGIÓN/CREENCIAS</p> <p>Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)</p> <p>Desesperanza</p> <p>Impotencia</p>	<p>Pérdida de hábitos religiosos (alimentos prohibidos por religiones como el Islam,...)</p> <p>Dificultad para salir de la situación que viven.</p>	<p>Adiestramiento de la asertividad</p> <p>Mejorar la autoconciencia</p> <p>Clarificación de valores</p> <p>Apoyo en la toma de decisiones</p>

<p>TRABAJAR/REALIZARSE</p> <p>Rol, alteración en el desempeño del Adaptación, trastorno de la</p> <p>Salud, conductas generadoras de (especificar)</p> <p>Hogar, dificultades en el mantenimiento del</p> <p>Salud, alteración en el mantenimiento de la</p> <p>Imagen corporal, trastorno de la</p> <p>Autoestima, trastorno de la</p> <p>Identidad personal, trastorno de la</p>	<p>Falta de habilidades para vivir en un hogar.</p> <p>Lugares dónde viven en hacinamiento y condiciones insalubres.</p> <p>Mitos y creencias erróneas.</p> <p>Alteración de la imagen por condiciones que vive.</p>	<p>Gestión de la conducta,</p> <p>Gestión de la energía</p> <p>Ayuda en el autocuidado del cuerpo</p> <p>Mejorar el afrontamiento</p> <p>Mejorar la imagen corporal</p> <p>Facilitar la autoresponsabilidad</p> <p>Modificación de conducta: habilidades sociales</p> <p>Adiestramiento para controlar impulsos</p> <p>Establecer límites</p> <p>Fijar objetivos conjuntos</p> <p>Ayudar al autocambio</p> <p>Mejorar la autoestima</p> <p>Promoción de la normalización</p>
<p>ACTIVIDADES LÚDICAS</p> <p>Actividades recreativas, déficit de</p>	<p>Ausencia de momentos de recreación (<i>tener que buscarse la vida</i>)</p>	<p>Promoción del ejercicio</p> <p>Terapia de actividad</p>

<p>APRENDER : Conocimientos, déficit de (especificar) Pensamiento, alteración de los procesos de</p>	<p>Bajo nivel cultural. Mitos y creencias erróneas. Casos de patología dual. Desconocimiento de recursos (CIPS, Unidades de infecciosos, UCA,...)</p>	<p>Educación sanitaria Facilitar el aprendizaje Enseñanza: sexo seguro Fomento del desarrollo Orientación sobre el sistema sanitario Enseñanza: proceso de enfermedad</p>
--	--	--

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestra experiencia hemos observado un aumento de sujetos menores de 30 años que se encuentran en la calle, con problemas ligados a conductas adictivas y enfermedades de salud mental, sin redes de apoyo y con una cantidad importante de problemas sociosanitarios, con poca existencia de recursos que puedan intervenir. Se debe profundizar acerca de cuestiones como a qué es debido este incremento tan importante de población joven que vive esta situación o adopta este estilo de vida.

Se ha observado un cambio en el perfil de las personas sin hogar en los últimos veinticinco años, de individuos varones solitarios y desarraigados a grupos más heterogéneos: drogas, inmigración, discapacitados psíquicos y físicos, mujeres y jóvenes, ancianos,...(Cabrera, P et al.)

Destaca la elevada tasa de población joven consumidora de drogas (45.14%), que además no es favorecida por factores como la mayor accesibilidad a sustancias e inicio más temprano de ingesta (Gómez,R, American Academy of child and adolescent psychiatry)

Se hace patente la importancia de la enfermería que en estrecha relación con el resto del equipo interdisciplinar pueda abordar al usuario sin hogar de forma integral. El papel de la enfermería se dirige a desarrollar diversos aspectos socio-sanitarios:

- Valoración de la historia del usuario. Abordaje enfermero e intervención conjunta con el resto del equipo.
- Promoción y Educación para la Salud. A nivel individual a través de entrevistas donde se establece el compromiso terapéutico. A nivel colectivo se introducen los Talleres de Educación para la Salud, reforzados desde los distintos campos de trabajo del recurso (Gallar, 2006).
- Gestión y coordinación de recursos de la red sanitaria pública. Se busca en todo momento que el usuario conozca todos los recursos que componen la red sanitaria pública y que proceda a su uso sistémico. De tal forma que haga un uso normalizado en el momento de su inserción social. La enfermería adoptará la figura de coordinadora de recursos dado el carácter diverso de enfermedades que puedan afectar al usuario y la cantidad de recursos sanitarios que deben intervenir (C. de Salud, Salud Mental, Unidad de Conductas Adictivas (UCA), centro de Salud Pública, CIPS, Hospital...)

Existen pocos recursos en la actualidad que trabajen con esta población y ninguno de ellos son reconocidos como recursos oficiales sanitarios; situación que si se ofrece por ejemplo en el Reino Unido (Mistral, 2001) dónde la intervención enfermera con la población sin hogar se da desde Atención Primaria. En el centro de acogida e inserción de personas sin hogar de Alicante podemos solventar muchos de los problemas mencionados anteriormente, tanto de apoyo a nivel asistencia -comida, alojamiento- como de ayuda íntegra para que las personas puedan salir de esa situación: talleres de empleo, apoyo al tratamiento de las conductas adictivas, talleres individuales y grupales educativos, seguimiento psicológico, social y sanitario,...

BIBLIOGRAFÍA

1. 1995 Iowa Intervention Project (1ª Trad. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Octubre, Mayo 2001)
2. Cabrera, P (dir.), Graciela Malgesini, J, Lopez, A. Un techo y un futuro. Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar. Ed. Icaria, 2001.
3. Romero M, Ramos M, March JC, et al. Perfil de los jóvenes sin hogar. Dificultades para la utilización de los servicios sociosanitarios y propuestas de mejora.. *Enf Emerg* 2002;4(1):14-23.
4. Gallar, M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 4ª ed. Madrid: Thomson Paraninfo, 2006.
5. Gómez-Galán R, López MJ, Gallego MJ. Jóvenes y uso de drogas en un área de salud de Extremadura. *Metas de Enfermería* oct 2003; 6(8): 06-10
6. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_6.htm#NIC
7. <http://www.terra.es/personal/duenas/diagnos.htm>
8. Los adolescentes: El alcohol y otras drogas. Nº3 (Revisado Julio 2004). *American Academy of child and adolescent psychiatry*.
9. Mistral, W y Hollingworth, M. El enfermero del equipo de metadona supervisada y realojamiento: un enfoque eficaz con indigentes dependientes de opiáceos. *Int. Nursing Rev* 48(2):121-128. Jul 2001.

PONENCIAS A LA 2ª MESA

**REPERCUSIONES DE LA SOCIEDAD
EN EL MODELO DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES**

Pepa Fernández Vallés
Periodista
Directora y Presentadora del Programa
“No es un día cualquiera” Radio 1 RNE

Me gustaría hacer una advertencia previa a mis reflexiones sobre el asunto que debatiremos en esta mesa redonda. Creo que antes de que les muestre mis cartas, debo contarles mi tipo de juego.

Soy pesimista. O sea, una persona con tendencia a pensar que las cosas van mal y que, además, siempre pueden ir peor.

Pero soy una pesimista positiva porque creo que de cualquier hecho, comportamiento o suceso se puede extraer un aprendizaje, algo que nos ayude a crecer.

Dicho esto, les contaré que tengo una triste opinión sobre las relaciones entre jóvenes y medios de comunicación y, especialmente, acerca de la influencia que estos últimos ejercen en los adolescentes.

Hace unas semanas se hizo público el estudio Jóvenes 2005 realizado por la Fundación Santa María a partir de 4000 entrevistas a jóvenes de entre 15 y 24 años.

Este estudio confirma que los jóvenes tienen una imagen negativa de sí mismos y se consideran egoístas y consumistas. La imposibilidad de emanciparse (por los desorbitados precios de la vivienda) les obliga a instalarse en la adolescencia y a contemplar el ocio como algo vital.

Su interés por la lectura sigue bajando. El informe calcula que en 5 años se han perdido casi 113.000 lectores en España. Un 26% admite que no ha leído ningún libro en los últimos doce meses y un 21% lo ha hecho por obligación.

En cambio el consumo de televisión aumenta un 2%.

Es fácil extraer una primera conclusión: tiene éxito lo que requiere poco esfuerzo personal. La pasividad es una actitud en alza.

La televisión es el medio de comunicación más poderoso en todos los sentidos. La fascinación por la imagen sigue siendo evidente. Además, la amplia y creciente oferta de canales hace que siempre haya algo que ver, algo que llame la atención. A través de la televisión se transmiten modelos estéticos (no voy a entrar ahora en lo importante que resulta para los jóvenes responder a un patrón físico porque es algo de sobra conocido) y (mucho más preocupante) modelos éticos.

Los que trabajamos en otros medios deberíamos, quizás, plantearnos por qué la prensa y la radio no han conseguido ser tan atractivas para la gente joven.

Y cuando hablo de radio, no me refiero a las emisoras musicales (que sí han captado el interés del público adolescente) sino a las emisoras generalistas, las que ofrecen una programación basada mayoritariamente en la palabra.

Pero eso sería motivo de otro debate...

Sabemos que los jóvenes consumen mucha televisión nocturna y sabemos también que el modelo televisivo que triunfa a esas horas en nuestro país se basa en el morbo, el cotilleo, la "jeta" y el enfrentamiento.

Los programas de máxima audiencia son aquellos que hurgan en vidas ajenas, los que estimulan la competencia feroz y celebran la discusión vociferante.

En los últimos años hemos asistido al imparable ascenso de personajillos cuyo único mérito ha sido participar en un programa de telerrealidad y mostrarse más egoístas, más estafalarios o más groseros que sus compañeros.

A partir de ahí su vida se convierte en noticia (previo pago, por supuesto). Y también la vida de las personas con las que se relacionen para bien o para mal.

Ser famoso, ser popular es una profesión más, una aspiración cotizada. La idea de conseguir notoriedad sin esfuerzo resulta atractiva, no nos vamos a engañar, pero es extraordinariamente peligroso considerar la fama como un fin.

Hemos cambiado el anhelo legítimo del éxito profesional por el deseo inexplicable de la popularidad a cualquier precio. Aunque sea efímera.

Los medios de comunicación han alterado también la percepción de nuestras relaciones personales y muestran comportamientos de una frivolidad preocupante. Se ha producido a todas luces una banalización de los sentimientos.

El amor, el desamor, la responsabilidad o el compromiso dejan de tener el significado y la trascendencia que hasta ahora les habíamos otorgado.

Por otro lado, se ha cambiado el debate por la discusión. El que más grita, más razón parece tener o, al menos, más relevancia adquiere. Y la posibilidad de estar equivocados ni se contempla. En ese sentido, los políticos nos dan ejemplo todos los días...

Los adolescentes que, como hemos visto, no reciben valores a través de los medios, se pasan horas navegando en Internet, maravilloso lugar virtual donde está TODO.

Pero tener el mundo entero delante sin haber asumido unos principios éticos resulta muy peligroso porque es extraordinariamente fácil dar con algo que les haga empeorar.

Viendo el panorama, parece probable que todo eso acabe alterando la forma de relacionarse de los jóvenes, su percepción del mundo y sus aspiraciones en la vida.

E imagino que estos cambios se traducirán en nuevas patologías psicológicas relacionadas con la insatisfacción, el desengaño o la agresividad... Un futuro delicado para ellos y para los profesionales de la salud que deberán enfrentarse a retos cada vez más complejos.

Hasta aquí la dosis de pesimismo.

Como les he dicho al empezar creo que, incluso de lo peor, hay que extraer algo que nos ayude a mejorar.

Los jóvenes de hoy son personas que tienen muchos motivos para el optimismo. Han crecido sin privaciones, con una buena educación y, en general, rodeados de un cariño que para algunas generaciones anteriores era inimaginable.

Tienen a su alcance toda la información y dominan la tecnología.

Desde los medios de comunicación deberíamos ser capaces de reflejar sus preocupaciones y ofrecerles contenidos que les interesen y, al mismo tiempo, les hagan más ricos.

Mi parte positiva me dice que el secreto está en una palabra. Y la palabra es precisamente esa: palabra.

Deberíamos transmitirles el amor por la palabra. La palabra escrita, leída, escuchada, dicha... es el mejor alimento para crecer. Como dicen José Antonio Marina y

María de la Válgoma en su libro 'La magia de leer': "las grandes ideas, las que humanizan nuestra existencia –el derecho, la justicia, la razón, la igualdad, la dignidad- se crean y transmiten mediante palabras." La lectura es imprescindible y saber escuchar a los demás, fundamental. Pero el verbo leer, como el verbo amar, no soportan el imperativo. El amor a la lectura no se puede imponer. Hay que contagiarlo...

La educación es un proceso complejo que empieza en casa y en la escuela pero del que todos formamos parte y del que todos somos responsables. También y de forma muy importante, los medios de comunicación. Como dice un proverbio africano: para educar a un niño hace falta la tribu entera.

Ojalá nunca lo olvidemos...

**REPERCUSIONES DE LA SOCIEDAD
EN EL MODELO DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES**

Ana Fullana Montoro
Jefa de Servicio de Salud Infantil y de la Mujer
Dirección General de Salud Pública Consellería de Sanidad

La adolescencia es el periodo de maduración física, emocional y social, en el que se consolidan los valores, las actitudes y los estilos de vida. Es decir, se consolida su modelo de vida, que tendrá una influencia fundamental tanto en la duración como en la calidad de la vida de cada persona.

El proceso de creciente urbanismo, el paso de la sociedad industrial a la sociedad de la información y del conocimiento, el proceso de globalización económico, los cambios en los modelos de organización familiar y doméstica, o la influencia de los medios de comunicación de masas, influyen en el modelo de vida de los adolescentes.

La gran mayoría de los adolescentes vive en un entorno urbano. Factores físicos como la disponibilidad de espacios para realizar actividades al aire libre o practicar deportes, junto con la facilidad de acceso a nuevas tecnologías para el ocio (televisión, internet, etc.), tienen influencia en la adopción de un modo de vida sedentario, que tiene repercusiones en la salud actual y futura: mayor frecuencia de sobrepeso u obesidad, de osteoporosis, etc.

En la Comunidad Valenciana, según la Encuesta de Salud (2000-2001), el 44% de los chicos/as de 11-15 años de edad no hace ejercicio o bien hace alguna actividad física ocasional en su tiempo libre. El 95% de estos chicos/as ve la televisión todos o casi todos los días, y el 36% durante más de 2 horas diarias. Además, el 55,3% juegan todos o casi todos los días con videojuegos, ordenador o internet. De ellos, el 35% durante una hora y el 13% durante más de dos horas diarias.

Los medios de comunicación pueden tener una gran influencia positiva o negativa en los adolescentes. Aproximadamente el 75% de los mensajes televisivos relacionados con la salud son anuncios comerciales. La publicidad puede influir en los hábitos alimentarios y en otros hábitos de consumo. Aunque no existe evidencia científica suficiente que demuestre que la publicidad de alimentos y bebidas destinados a menores sea la única responsable de su elección, no cabe obviar el efecto prescriptor que desempeña la publicidad. Los alimentos anunciados, no son en general los más sanos, sino los más apetecibles y que llaman más la atención del adolescente, suelen tener un valor nutricional limitado y un alto valor calórico, con grandes proporciones de grasa, azúcar y sal. La prevalencia de exceso de peso en la población española de 2 a 24 años es del 26,3%, que incluye sobrepeso en el 12,4% y obesidad en el 13,9% (estudio Enkid. 1998-2000). Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo está impulsando la estrategia Naos para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. En ella, se incluye la colaboración con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB), que ha dado lugar a la

creación de un código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores para prevenir la obesidad (código PAOS).

También la publicidad puede influir en el consumo de productos nocivos para la salud de los adolescentes, como el tabaco y el alcohol. En la recientemente aprobada ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo en España, se incluyen medidas de regulación no sólo de la venta, el suministro y el consumo, sino también de la publicidad de los productos del tabaco. Se prohíbe la publicidad directa de los productos del tabaco en medios de comunicación y el patrocinio de programas de radio, acontecimientos y otras actividades. En España, la edad media del inicio de consumo de tabaco es de 13,1 años de edad. A los 14-18 años, el 28,8% de los chicos/as fuma habitualmente (33,1% de las chicas y 24,2% de los chicos). (Encuesta sobre drogas en población escolar en España. 2002) .

El contenido de espacios televisivos y de otros medios de comunicación, como las imágenes de violencia o la promoción de determinados valores, hace que revista cada vez más importancia la formación de un espíritu crítico en los adolescentes y jóvenes. Así, el culto a la imagen y asociar la delgadez con la belleza, el bombardeo de productos adelgazantes, junto con los propios cambios corporales que surgen en la pubertad que llevan en ocasiones a sentir insatisfacción con la propia imagen corporal, hacen vulnerable a la población adolescente a los trastornos del comportamiento alimentario. Estos factores socioculturales, junto con otros factores psicológicos y biológicos individuales, influyen en el desarrollo de anorexia nerviosa que se presenta en el 0,5%-1% en niñas adolescentes en España. Además, hasta un 15% de adolescentes tienen comportamientos de atracón/purgación en algunas ocasiones, llegando un 2% a cumplir criterios de bulimia nerviosa.

La conexión a internet se puede utilizar para tareas escolares como fuente de información, pero también pueden dar acceso a contenidos de violencia, pornografía, etc. El teléfono móvil también ha irrumpido con fuerza en los adolescentes, y su uso puede ser bueno y práctico, pero se da también adicción al móvil, y la tarea educadora de los padres puede quedar comprometida por los mensajes, imágenes e ideas que reciben a través de él, y sobre los que los padres tienen poco control. Los videojuegos pueden tener contenidos violentos o degradantes para las personas (racistas, sexistas, etc.). Por ello, es importante compartir con los hijos el tiempo de ocio utilizando estas tecnologías, enseñándoles un uso adecuado y conocer los contenidos de los juegos o los programas que ven.

El modo de vivir el ocio en la adolescencia también influye en el inicio o en la continuidad del consumo de sustancias nocivas para la salud. El consumo juvenil de alcohol y otras drogas se produce básicamente durante el tiempo libre, especialmente durante las noches de los fines de semana, con excepción del tabaco que mantiene una regularidad semanal, aunque su consumo se incrementa también durante el fin de semana. La drogas se convierten así, de acuerdo con un modelo recreativo-consumista, en un instrumento para la diversión, en un recurso utilizado con la expectativa de mejorar la capacidad de disfrute. Por ello, es fundamental favorecer otros usos del tiempo libre con actividades deportivas, al aire libre, culturales, etc. Según la encuesta sobre drogas en población escolar en España (año 2002), la edad media del inicio del consumo de alcohol en España es 13,6 años de edad y la del inicio del consumo semanal 15,3 años de edad. El 55,1% de los chicos/as de 14 a 18 años de edad

encuestados había consumido alcohol en los últimos 30 días, exclusivamente en los fines de semana en prácticamente la mitad de los casos. El 19,4% se había emborrachado en el último mes y el 18% había viajado bajo los efectos del alcohol, bien como conductor o como pasajero. Ello tiene influencia en la producción de accidentes de tráfico. Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años de edad, ocasionando el 40% de los fallecimientos de este grupo de población en el año 2002 en España.

En definitiva, la adolescencia es una etapa vital que representa una oportunidad óptima para prevenir el comienzo de comportamientos insanos, intervenir en comportamientos que ya se han instaurado y que hacen peligrar la salud pero que aún no están establecidos con firmeza en un definitivo estilo de vida, y para introducir y reforzar hábitos de vida positivos para su vida y para su salud. Los adolescentes son muy receptivos a la información acerca de ellos y de sus cuerpos. Hay que aprovechar esta energía en sentido positivo, fomentando la responsabilidad individual dentro de un contexto social de apoyo.

**REPERCUSIONES DE LA SOCIEDAD
EN EL MODELO DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES**

Joaquín Laguna Blasco
Director del I.E.S. Poeta Paco Mollá de Petrer (Alicante)

Muchas son las causas y circunstancias que nos pueden permitir realizar una valoración del momento actual en el que viven nuestros adolescentes y ante el cual todos estamos desconcertados y preocupados, cuando no asustados.

Trataré de hacer una aproximación a estas circunstancias, incidiendo en que por nuestra parte, hoy más que nunca, se impone una actitud sincera, encaminada a una autocrítica personal y colectiva, dado que nuestros jóvenes viven de los valores, actitudes y ejemplos (positivos o negativos) que les hemos transmitido, y por tanto nos corresponde a todos contribuir a las soluciones (que las hay) y a las que debemos de llegar mediante un esfuerzo valiente y decidido de toda la sociedad.

Por todo ello, expondré a continuación algunos de los cambios, que considero positivos y que establezco bajo los siguientes epígrafes:

Cambios sustanciales positivos.

- A nivel político:
 - Pluralidad de ideologías.
 - Libertades personales y colectivas.
 - Derechos de grupos y colectivos anteriormente marginados.
 - Logros personales a nivel profesional, social, etc.
 - Mayor libertad de la mujer, caminando hacia la igualdad y sobre todo mayor capacidad de elección sobre su vida.
 - Libertad de los medios de comunicación.
- A nivel social:
 - El bienestar social tiende a extenderse en justicia a muchas más personas, colectivos y sectores pese a que siempre nos parezcan insuficientes.
 - Grandes avances en la medicina tendentes a mejorar la vida en capas más extensas de la sociedad.
- A nivel científico.
 - Grandes logros que mejoran la calidad de vida del individuo.
- A nivel tecnológico:
 - Avances en el mundo de la industria, las telecomunicaciones (telefonía móvil, Internet, televisión por cable o satélite con proliferación de canales nacionales e internacionales) etc.
 - En el mundo de la comunicación gran profusión de noticias inmediatas con una mayor información y posibilidad de contrastar la información recibida..
- En las relaciones personales:
 - Un individuo más libre que nunca para decidir sobre su propia vida.
 - Respeto de la sociedad hacia las diferencias individuales.

- Nuevas formas familiares.
- Más capacidad de asociacionismo e integración en colectivos afines a nuestros principios que nos permiten luchar a favor del bien social.
- Conciencia creciente de compartir roles en la familia.

Todo este panorama de progreso, no debería traernos más que felicidad y por ende, una sociedad más libre, más justa, más solidaria, plagada de individuos más preparados, más capaces, más solidarios, más humanos, sin embargo me asaltan muchas dudas:

- ¿Has sido tan rápidos los cambios que hemos sido incapaces de asimilarlos?
 - ¿Hemos ganado unas libertades pero a la vez muchas servidumbres?
 - ¿Está preparada nuestra psicología para aceptar estos cambios?
 - ¿Hemos centrado nuestra vida en el “tener” más que en el “ser”?
 - ¿Estamos más informados pero menos formados?
 - ¿Hemos avanzado en los campos de la técnica, de la tecnología, la ciencia pero hemos sufrido una regresión en el campo del humanismo y de la consistencia interior?
- ¡Podríamos hacer mucho más!

Es el momento de ser conscientes de que muchos de los educadores actuales, así como padres, profesores, políticos etc., hemos crecido con esta vorágine de cambios que se nos ha venido encima y que posiblemente con la mejor de las intenciones hayamos cometido muchos errores.

Expondremos ahora algunos de los valores que están en baja y que sin embargo son básicos para establecer los cimientos del individuo.

- El esfuerzo y la voluntad. A nuestros jóvenes, todo se les da hecho y lo cómodo y sencillo es captado de manera inmediata sin procesamiento previo que les permita discernir entre lo conveniente o lo incorrecto.
- El principio de la autoridad y jerarquía. Siempre hemos pensado que debido a la edad, madurez, experiencia y preparación estos principios eran un valor, hoy, es cuestionado por nuestros jóvenes.
- La familia. Entendida como entorno afectivo, de amor incondicional, de apoyo, de transmisión de valores, de escuela de convivencia, de diálogo, de respeto de limitación de conductas nocivas, de alegría por la vida que se entrega.
- El dominio de si mismo. Como base de entereza, de límites que uno mismo se impone para no dañarse ni dañar.
- La espiritualidad. Como modo de vida, de aspiración a la consecución de valores superiores, a respuestas básicas sobre el sentido de la vida.
- La generosidad y el sacrificio. No como un acto masoquista, sino como felicidad y consistencia que experimenta el individuo cuando se entrega, se implica y colabora a cambio de nada.
- Las formas y el lenguaje adecuados. Como signo exterior de la valía de fondo.
- El respeto profundo a la ancianidad. Como reconocimiento a su vida y a un estadio al que llegaremos sin duda, y que forma parte de la vida. Aceptación del paso del tiempo como culmen de la madurez y de la realización personal. Etc, etc., etc.

Desde mi criterio, me atrevería a decir que hemos pasado del blanco al negro, radical y bruscamente y sin embargo entre ambos, existe toda una gama de grises que debieran integrar los progresos actuales con los logros que ya habíamos obtenido, que eran aceptables y que nos permitían la consecución de grandes resultados, quizás nos ha faltado previsión y valoración de los desastres a los que podríamos llegar.

Hemos convertido en muchos casos la libertad en libertinaje, anarquía y desorientación.

Hemos hecho dioses del dinero, del culto al cuerpo, al sexo, al individualismo, al bienestar personal egoísta, hemos creado modelos físicos de referencia inalcanzables dentro de la realidad, hemos venerado prototipos de personas famosas como si fuesen dioses, cuando su realidad personal no corresponde a una vida real (ni en el campo personal ni profesional), hemos denostado y marginado modelos de referencia siempre válidos como conducta y actitud para nuestros adolescentes.

Los adultos hemos complicado en exceso el mundo afectivo dentro de las familias, con los divorcios, el trabajo excesivo, la falta de comunicación, de diálogo y de tiempo entregado con calidad a nuestros jóvenes, y esto lo estamos pagando. Ninguna planta crece adecuadamente sin regarla, abonarla, podarla, mimarla y sin disfrutar de aire y sol. Se impone una valoración de prioridades.

La institución familiar y la escuela son instituciones jerárquicas porque los niños y adolescentes se están formando, hay que escuchar sus consideraciones, pero a veces, les falta madurez para decidir lo mejor para su formación.

Tenemos la obligación de marcar “Norte” y límites, convencidos de que el amor puede ser grandísimo pero firme. Y esto no solo es aplicable a padres o tutores, sino a los profesionales que por una u otra razón, tenemos la suerte de tratar con los jóvenes, sean sanitarios, funcionarios o docentes.

Los profesionales de la educación en el campo de la docencia, nos encontramos sin instrumentos válidos, sin leyes que nos asistan para imponer principios de autoridad, que no autoritarismo per se, y por añadidura, los padres, desconcertados, nos culpan, nos atacan e intentan delegar todo en nosotros. Un profesor, es enseñante y como no, educador, pero en corresponsabilidad con los padres y el estado, sin embargo se nos exige ser además psicólogo, psiquiatra, médico, juez, policía etc., en consecuencia hoy se empieza a notar lo que yo denominaría “el síndrome del profesor ausente” No hay implicación del profesorado en las aulas, nos limitamos a impartir docencia ante un ambiente hostil, propiciado tanto por los propios alumnos, como por sus familias a lo que hay que añadir la dejación de las autoridades académicas administrativas superiores. Hoy, los profesores pretendemos salvar el día a día, terminar la batalla sin demasiadas heridas, sin formar personas, y en el proceso educativo la relación humana enseñante - discente es vital.

Las leyes de educación, han ido fracasando una tras otra estrepitosamente, y el futuro no es muy halagüeño. Las cifras cantan, estamos a la cola en cuanto a conocimiento intelectual entre todos los países que componen la Unión Europea, se detecta una falta de interés por el aprendizaje, por la formación, por la cultura, cada vez hay mayor índice de violencia, de agresiones hacia sí mismos y hacia los demás, de incapacidad para la convivencia, la cultura del alcohol o las drogas ha calado hondamente entre nuestros adolescentes, desprecio a los diferentes, estamos perdiendo en este tortuoso camino grandes promesas en el mundo científico y humanístico, pero lo mas grave es que estamos perdiendo a grandes personas.

Los medios de comunicación nos invaden con falsos mensajes de bienestar y felicidad, nos bombardean con series o programas que atacan indiscriminadamente toda clase de valores y principios potenciando el todo vale, el consumismo, el éxito fácil sin el más mínimo esfuerzo, el éxito a cualquier precio, aireando los impulsos más despreciables (reales o inventados) propios o de sus semejantes, a cambio de protagonismo y dinero.

Con las tecnologías actuales, nuestros adolescentes pueden contactar con cualquier desaprensivo, fabricar bombas o intercambiar imágenes que agraden, matan o mutilan la conciencia humana. ¿Qué locura nos ha invadido? ¿De qué estamos hablando?

Adquiriendo un videojuego (del cual los padres, la mayor parte de las veces, desconocemos su contenido) nuestros hijos, acaban viendo como normal una cruenta guerra o convertirse en un asesino en potencia atropellando ancianos o discapacitados.

Si hablamos de sexualidad se potencia el todo vale, el sexo sin amor, el cambio de pareja como un objeto, la persona entendida como sujeto de usar y tirar.

Hoy tenemos mas información que nunca, pero ¿mas formación? ¿Dónde se preconiza el sexo como instrumento del amor, de la comunicación entre parejas, de la transmisión seria y responsable de la vida?, hay mas embarazos no deseados que nunca, mas enfermedades de transmisión de sexual, ¿es esto formación?

Por parte del estado existen leyes que dan cobertura a este tipo de conductas entre los adolescentes por que la ley hoy por hoy, camina detrás de los avances sociales.

Todo lo expuesto anteriormente, da lugar a una sociedad desorientada, estresada, insatisfecha, yo diría enferma, que pide a gritos soluciones, que las hay, pero no las podemos retrasar más y nadie podemos abdicar de nuestra parcela de responsabilidad.

¿Qué podemos hacer?

A nivel personal estar dispuestos a informarnos, formarnos, y actuar.

Los padres somos padres y no amigos. Nuestro amor debe ser incondicional pero firme e inamovible en busca del bien.

Demos mensajes claros sobre el bien y el mal.

Establezcamos metas y fines para su vida.

Limitemos su conducta nociva desde pequeños.

Admitamos el divorcio y los distintos modos de familia, pero hagámoslo civilizadamente, sabiendo que estas situaciones no nos eximen de la obligación de ser padres, pues su bienestar es prioritario y no podemos abdicar del amor hacia ellos.

Mostrémosles norte y límites para que aprendan a ponérselos ellos mismos. Hay una frase que podría resumir este principio: “Demos a nuestros hijos raíces para recordar y alas para volar”

Tenemos el derecho además de reclamar socialmente al estado un marco legal que ampare a la familia y el bien común, influyendo sobre los medios de comunicación y sobre todas aquellas cuestiones que manipulan y encorsetan al ser humano, su formación y su vida.

En cuanto a la vida académica de los adolescentes, urge la unión, interrelación, comprensión y corresponsabilidad entre padres, profesores, psicopedagogos y edu-

adores en general, no hay formulas magistrales que corrijan las incongruencias que sufrimos en nuestra sociedad, pero yo propondría algunas pautas que nos pueden ayudar a conseguir nuestros objetivos como son:

- El respeto mutuo.
- Contrastar criterios.
- Unir fuerzas para detectar el problema, colaborar y tomar medidas.
- No desautorizar al profesor dándoles por norma la razón a nuestros hijos, dialogar y llegar a acuerdos.
- No cargarles con la responsabilidad que no tienen.
- Hacerles comprender que las medidas que se toman contra ellos, no tiene carácter punitivo, sino correctoras y educativas.
- Reclamar al gobierno más formación humana y ética, a la vez que científica.
- Ser críticos y duros con la falta de ética, ausencia de normas y de formas, y con la ausencia de valores de los medios de comunicación.
- Reclamar leyes que garanticen la educación integral de nuestros hijos.
- Fomentar en nuestros adolescentes la participación en actividades solidarias, dar a cambio de nada.
- Limitar sus pagas.
- Poner más énfasis en el SER que en el TENER.
- Y fundamentalmente que los adultos crezcamos y maduremos en la idea de que nuestras actitudes y ejemplos son las guías de referencia mas directas que tienen para su propio crecimiento y madurez.

Y para concluir les pido que escuchen con atención esta frase:

“Nuestra juventud es decadente e indisciplinada, los hijos no escuchan ya los consejos de los mayores”.

Pues bien, esta máxima proviene de un anónimo escrito caldeo de hace 2.000 años antes de Cristo, lo cual viene a corroborar que todas las sociedades han sufrido los problemas de la adolescencia tal y como hoy se nos presentan a nosotros, ello nos abre un rayo de esperanza al descartar radicalmente aquello que siempre escuchamos de boca de los agoreros cuando las cosas comienzan a ir mal y que dice “cualquier tiempo pasado fue mejor”. Afortunadamente, no es cierto.

INFLUENCIAS Y CONSECUENCIAS DE NUESTROS ADOLESCENTES

Vicente Poveda Poveda
Presidente A.M.P.A I.E.S. Paco Mollá de Petrer (Alicante)

En mi opinión, el entorno que rodea el día a día de nuestros hijos es como poco preocupante y se agudiza más si se analizan o comparan los cambios tan fuertes que se están produciendo en periodos relativamente cortos de tiempo.

Los padres que nos encontramos entre los 35 a 45 años, nos ha tocado vivir y sufrir cambios importantes en nuestra niñez y adolescencia. Nos tocó vivir los últimos coletazos de la postguerra, así como el cambio social tan importante que se produjo al pasar de una dictadura a una democracia. En general hemos recibido de nuestros padres una educación severa, basada en la disciplina y el miedo a la figura paterna. Era una educación acorde a los tiempos que se vivían. Quizás muchos de los actuales padres como reacción a ésta situación, hemos adoptado un modelo educativo totalmente opuesto, donde prima la permisividad, la falta de autoridad, de valores, de normas y límites escasamente delimitados y cuyos resultados, como estamos viendo, dejan mucho que desear. Posiblemente no hayamos sabido encontrar el equilibrio entre querer a nuestros hijos y exigirles la cuota de responsabilidad que en cada edad deben asumir. Por lo tanto dejo patente que seamos los padres parte importante de la realidad que padecen hoy nuestros adolescentes.

Además hay otros factores que actúen sobre el adolescente, y que conviven con él directamente, los podemos agrupar en factores internos y factores externos. Como internos o propios del joven podemos mencionar entre otros la edad, nivel cultural, desarrollo físico, motivación, afecto, aspiraciones, ideales..., etc. y como externos del joven pero que influyen de manera directa, destacaría la familia, la escuela, el barrio, las amistades, los medios de comunicación, nivel cultural del entorno próximo...etc. La relación que existe entre los factores internos y externos, va influyendo al individuo en la difícil etapa de la adolescencia.

Un ejemplo de lo que digo y que revierte de una manera especial en el joven, es su aspecto físico. El no sentirse bien con su imagen, provoca en algunos casos, el abatimiento del adolescente ante su entorno.

También el ajetreo o forma de vida tan acelerada que nos hemos impuesto, donde los dos miembros tienen que trabajar, resta mucho tiempo a la atención de nuestros hijos, de forma que en ocasiones los niños están solos en casa, en la calle o en alguna actividad, a veces sin ningún tipo de control. El sistema que nos estamos imponiendo pasa, con respecto al que vivimos en nuestra juventud, de un extremo a otro. Hoy la mayoría de nuestros hijos tiene sobre-saturado su tiempo, son lo que cariñosamente llamamos “niños agenda”, ya sabes..., kárate, tenis, música, inglés, ballet, mecanografía..., etc. A veces nos empeñamos que cuanto más mejor, y no pensamos que en esos años tan difíciles los hijos necesitarían estar más tiempo con los padres.

Desde luego en el centro escolar el joven pasa una gran parte del tiempo y una gran parte de las vivencias del adolescente emanan del entorno del colegio. Podríamos decir que tiene tal trascendencia el centro, que se convierte en ocasiones en la principal fuente de estímulos y la base de crear sus propios modelos de conducta, de forma de vestir, de hablar... etc.

Los medios de comunicación tienen una notable influencia en el comportamiento de nuestros jóvenes. La oferta televisiva es cada vez mayor, pero si analizamos el modelo que se nos ofrece como referente social, son los programas donde triunfa el aspecto físico, la fama, el sexo, el dinero, la violencia, en definitiva el éxito rápido y fácil.

Internet se ha convertido en aliado diario de los adolescentes. El joven se refugia frente al visor, buscando alternativas a la actividad diaria, y sin darse cuenta se va adentrando en este magnate sin barreras que supone el mundillo del internauta. No hay control sobre el tema, no hay reglas a seguir, aquí vale todo. Hay que decir que el buen uso de la “red” aporta beneficios necesarios para el estudiante, pero muchas veces se mantiene un chateo incontrolado donde mucha gente aprovecha para falsear su identidad, así como invitan y seducen al joven a adentrarse en páginas donde la finalidad es bombardear con imágenes agresivas tanto de sexo, violencia... etc. que en la mayoría de ocasiones son más desmesuradas que las que nos ofrece la televisión.

Otro aspecto de especial importancia son las drogas, y me refiero a todo tipo de drogas desde el alcohol o el tabaco, hasta la cocaína o heroína. A pesar de la continua información en todos los medios sobre la repercusión que pueden llegar a tener las drogas en nuestra vida, las estadísticas siempre apuntan a que los consumos van en alza, y aparentemente no veo expectativa de que esto pueda ser controlado por nuestros gobernantes. Los alijos que se incautan son cada vez más continuos y de mayor envergadura. No sé hasta dónde habría que ahondar para que fuera el inicio de erradicación de esta lacra que daña seriamente la maduración social del adolescente. Da la sensación que todo el mundo sabe que hay un gran mercado de venta y consumo de drogas entre los adolescentes, pero nos hacemos ignorantes, pasivos ante la realidad y con un mensaje marcado en fuego en nuestra mente: “que no aparezca en mi entorno familiar“. Pongamos el problema sobre la mesa. Hablemos claro. Formémonos como padres y educadores que somos. ¿Están preparados e informados nuestros hijos de la realidad de éste tema? ¿Saben reaccionar cuando se encuentran cerca de él? A veces me pregunto si sería mejor que el adolescente tenga una información veraz y clara del tema. Sinceramente creo necesario que los jóvenes sean conscientes de lo que les rodea en este sentido, y voy mas lejos, bajo mi punto de vista se debería de incluir estos aspectos en alguna de las asignaturas, de manera que aprendan cuanto antes a tener cifras reales de muertes que estas “armas mortíferas” provocan anualmente.

¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Es un gran reto que nos debemos de plantear todos sin excepción.

Por parte de los padres, nos deberíamos de preocupar de tener más información sobre nuestra responsabilidad como base fundamental en la educación de nuestros hijos. En todo momento debemos de tener claro cual debe de ser nuestra actitud con

ellos y en ningún momento debemos de olvidar nuestro compromiso como padres que somos y que tenemos la necesidad de implantar un “patrón” o “normas” necesarias para la convivencia con nuestros hijos, basándonos en una estructura de afecto, protección, autoridad, apoyo, comunicación... etc.

Debemos de predicar con el ejemplo, que seamos referente de los que nos preceden, inculcando en todo momento espíritu de comunidad, de esfuerzo, de respeto.

Bajo mi punto de vista la administración debería de estimar, como refuerzo indispensable, los recursos necesarios para mantener una “escuela permanente de padres”, que nos ayudaran en la medida de lo posible, en la tarea de educar a nuestros hijos. Ejemplo: ¿estamos aconsejando bien a los jóvenes en el tema de la inmigración?, ¿sabemos reaccionar cuando un día nuestro hijo aparece con síntomas de haber consumido alcohol u otras sustancias?... Cuántas y cuántas veces nos quedamos con la duda si nuestra reacción ante cualquier situación es la correcta. Desde esta “escuela de padres” se nos debería de informar o aconsejar sobre el amplio abanico de dudas que se nos presentan casi a diario. No dudo que un buen consejo no solo alimenta la relación padres-hijo, sino que además fomenta la autoestima del adolescente.

El profesorado debería de estar sometido a un constante reciclaje como parte influyente directa sobre el adolescente. No se puede ni se debe educar con patrones obsoletos y desfasados. La imagen del profesor tendría que estar más reforzada y respetada por el alumnado. Esto se podría conseguir si hubiera más recursos, más medios, más márgenes de maniobra en la labor educativa, que puedan ayudar al profesional a desempeñar su papel con el adolescente, no sólo en la enseñanza sino también como tutor-educador del joven. No olvidemos que debemos de ir cogidos de la mano padres y profesores, pues la tarea es complementaria y debe de estar basada en el apoyo mutuo de ambos.

La labor del profesorado debe de estar respaldada por el sistema y debe de complementarse con profesionales como psicólogos, pedagogos, profesores de educación especial que cubran las necesidades que el alumnado actual requiere.

La administración no está poniendo los medios adecuados. No marca unas pautas de conductas a seguir. No mantiene un sistema que sirva de ejemplo. Ante la realidad de ese amplio abanico de adolescentes con problemas de autoestima, desestabilización familiar, violencia... No se actúa en consonancia con la realidad ni se intenta erradicar el problema buscado su origen, sino que se implantan modalidades como los partes disciplinarios que “aparcen” momentáneamente la adversa situación de una manera superficial y que a menudo llegan a provocar la expulsión del alumno.

Pero también hay que mencionar factores positivos que aporta la sociedad a nuestros adolescentes y que debemos fomentar. Así podría mencionar la sensibilidad que están adquiriendo con el ecosistema, con la conservación de la naturaleza, eso que ahora llaman “desarrollo sostenible“. La información que ellos perciben al respecto dará su fruto en breve, pues cada vez estamos más concienciados de aspectos tan importantes como el reciclaje de materia.

Otro aspecto en el que se aprecia un importante avance es la diversificación o democratización de la enseñanza, es decir, cada vez es más universal, llega a más estamentos y por tanto llega a más jóvenes. Antes, por las situaciones familiares, eran más reducidos o más selectos los jóvenes que podían estudiar.

Ante todo lo expuesto, creo necesario que mantengamos siempre una aptitud positiva y cercana con nuestros hijos, ellos necesitan de nuestro apoyo aunque en la mayoría de veces no nos lo demuestren.

**REPERCUSIONES DE LA SOCIEDAD
EN EL MODELO DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES**

Enoe Candela Maestre
Alumna de 2º de Bachillerato
I.E.S. Paco Mollá de Petrer (Alicante)

Según el diccionario, la palabra adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

¿Ustedes creen que es solo una acepción? En realidad, hay que estar en la piel de un adolescente para sentirlo.

Evidentemente, a todos nos toca o nos ha tocado serlo y, en este caso ¿por qué no nos acordamos de ello? Sería beneficioso para los jóvenes, que se les tratara desde un punto de vista que entendieran ya que es una etapa difícil, de cambios tanto psíquicos como físicos y de la que la sociedad no se acuerda, pero a la vez crítica.

Hoy en día la figura del adolescente está muy desnaturalizada, se generaliza usando tópicos que en todos los casos no son reales. Dicen que los valores de los jóvenes han cambiado a peor, ¿pero no se dan cuenta de que los valores se enseñan? En esta época ha sido más fácil ponernos delante de un televisor y que no preguntáramos que darnos un buen libro.

Si echamos la mirada atrás a nuestra historia más reciente, podemos darnos cuenta, sin ser muy suspicaces, que este modelo de vida viene dado por un comportamiento repetitivo, es decir, de una sociedad represora siempre viene una libertina. Claro está que las formas de expresar esa libertad no han sido las mismas, debido a los adelantos y los cambios que van surgiendo. Por este motivo no tenemos ningún ejemplo de sociedades anteriores que se parecieran a la nuestra, ya que nunca antes el ser humano tuvo la tecnología de la que disfrutamos y que ha hecho que nuestras vidas y trabajos sean más fáciles y cómodos. Dando lugar al ocio, puesto que no se necesita tanta mano de obra como en anteriores sociedades. Esto conlleva a que los adolescentes crezcan sin ninguna motivación por el mundo laboral. Si, existe una relación a lo largo del tiempo en la que se comparte el sentimiento de la libertad.

No hay que confundir la libertad con el libertinaje. Una de las cosas que conlleva la libertad, aunque parezca contradictorio, es la responsabilidad que los jóvenes han perdido. Pasan por la vida superficialmente, basando su existencia en el consumismo más radical. No asocian pasarlo bien de una manera sana. No les importa la política, ni la religión, no tienen intereses culturales, pero a todo este conjunto tampoco le importa los jóvenes, no intentan atraerlos ni entenderlos.

La sociedad que nos envuelve es la causa de estos comportamientos, porque es de ellos de quien sacan beneficios: son el prototipo del consumismo.

Yo, un adolescente de dieciocho años os pregunto a vosotros los adultos, ¿si en vuestra adolescencia hubierais tenido la oportunidad de utilizar Internet, móviles, o de disfrutar de la libertad que hay actualmente, no los habríais utilizado? Sin embargo se critica a la juventud por la utilización de todos estos medios. Quizá con razón.

Opino que hay un abuso excesivo de ellos, pero pensad que en vuestras manos está la solución, la receta al problema, ya que sois la autoridad.

Un adolescente se ve perdido, sufre una crisis de identidad, se revela contra las normas, tiene confusión de sentimientos, busca la autoafirmación, tiene inseguridades, descubren la sexualidad y muchos procesos más de los cuales esta sociedad tan “avanzada” y “tecnificada” se aprovechan.

Pongamos un ejemplo: las campañas publicitarias. Lo que buscan es captar y condicionar a la juventud para vender el producto creando un mismo patrón. Anulan la afirmación de la autonomía, de la independencia y de la originalidad, claves básicas para afirmar las necesidades de los adolescentes.

Todos habremos oído alguna vez decir: “¡ya me entenderás cuando seas padre!”; frase que siempre se acaba entendiendo porque el día a día del joven es el resultado de la educación de un adulto. Los padres y educadores no suelen estar preparados para abordar esta etapa con cierta serenidad y solvencia, debido a que el ritmo de vida que esta sociedad condiciona, no es el adecuado para obtener los resultados del ciclo evolutivo. Es necesario que nos ayuden a crecer y madurar, porque el adulto que eres hoy es la consecuencia del adolescente que fuiste ayer.

La persona evoluciona desde su más tierna infancia, se va formando y nunca deja de hacerlo. Cada vivencia marca, y jóvenes y viejos deben entender que dicha evolución es inevitable, tan inevitable como que la infancia tiene sus juegos, la juventud sus locuras y la madurez su escepticismo.

1ª PONENCIA

EDUCACIÓN EN VALORES

M^a. Sol Álvarez Fernández
*Doctora en Psicología. Consultora y Formadora Especializada
en Programas de Coaching para Directivos y Programas de desarrollo de
Inteligencia Emocional en Sector Hospitalario*

En los últimos tiempos venimos oyendo que la sociedad occidental vive una crisis de valores, que la familia no tiene valores y cosas por el estilo. Por otra parte, parece haber una preocupación constante de los padres y de la sociedad, en general, por la formación en valores de los niños y jóvenes.

Ciertamente hemos de reconocer que el primer y más importante espacio para la formación de valores humanos es la familia, por ser grupo social en el cual pasamos el mayor número de años estableciendo relaciones vigentes por largos periodos de tiempo. Aunque no son menos importantes la escuela y la sociedad. Estos tres agentes: familia, escuela y sociedad interactúan mutuamente, y lo que ocurre en cualquiera de ellos afecta y condiciona al resto. En este sentido, durante la última década, en nuestro país se están realizando importantes esfuerzos (promovidos desde la LOGSE y la LOCE) para educar en valores a nuestros hijos desde las instituciones educativas. Aunque parece ser que las sinergias escuela-familia, en el tema de valores, distan de estar al nivel de desarrollo que todos deseáramos.

Es la familia, como primer agente transmisor de valores, donde me gustaría que centráramos la atención, sin que ello quiera decir que nos olvidamos de la importancia e influencia de los otros dos agentes. Es precisamente en la familia donde, en primer lugar y de una forma natural, vamos a poder intervenir en la formación de valores de nuestros hijos.

Pero a todo esto... ¿qué son los valores?, ¿realmente podemos hablar de pérdida de valores?, ¿cómo podemos ayudar a nuestros hijos a formarse en valores?.

Los valores son como guías, que permanecen estables a través del tiempo y de las distintas situaciones, cuya función es orientar el quehacer del ser humano, nos orientan acerca de lo que debemos querer y por qué, y se ordenan según la importancia que personalmente se les adjudique. Los valores que asumimos nos permiten definir con claridad los objetivos que perseguimos en la vida. Nos proporcionan mecanismos de evaluación de las personas, de los acontecimientos y de nosotros mismos. Debe de quedarnos claro que los valores cumplen un papel de adaptación frente al entorno, deben servir a las personas para funcionar de manera eficiente y en coherencia con el yo ante las circunstancias que la vida les impone.

Pero ¿cómo se aprenden los valores en el hogar?

La familia es el primer contexto de aprendizaje de reglas sociales. Tiene una serie de cualidades únicas que la convierten en un espacio muy importante en este proceso: la cercanía entre los integrantes, la comunicación, el afecto, y cooperación, así como una interacción constante y duradera. Desde la familia se le dan a los individuos las claves para que entiendan el funcionamiento del mundo, el por qué de las cosas, en ello van las mismas creencias y valores de los padres. Partimos de que los

valores son elementos muy centrales en el sistema de creencias de las personas y están relacionados con estados ideales de vida que responden a nuestras necesidades como seres humanos.

En este proceso la familia ayuda a determinar qué metas son compatibles entre sí y cuáles no; así como a resolver los conflictos entre valores dando más importancia a unos u otros, de acuerdo con las mismas ideas y creencias de la familia.

La familia muestra a sus integrantes lo que espera de cada uno de ellos, condicionada por las necesidades culturales y sociales. Educar en valores es participar en un auténtico proceso de desarrollo y construcción personal. En este sentido conviene crear condiciones que propicien un ambiente en el que cada persona se sienta aceptada tal como es, como persona, sin que ello signifique que los padres deban estar de acuerdo o aprobar cualquier comportamiento de sus hijos, ni suponga abandono del establecimiento de normas y esquemas de referencia estables que regulen la convivencia. Porque el gran reto que exige nuestra sociedad de hoy es la necesidad de que la persona sea capaz de construirse a sí misma, de construir su propio yo pero en interacción con los demás, lejos de posiciones meramente individualistas, se trata de formar a buenas personas que estén dotadas de aquello que las haga hábiles para mostrar niveles excelentes de competencia humana y no que estén guiadas exclusivamente por criterios de racionalidad instrumental.

Ahora bien, si los padres decimos que hemos intentado transmitir ciertos valores a los niños y jóvenes y ellos no los aprenden ¿qué puede estar ocurriendo?

Los padres deseamos que nuestros hijos aprendan valores que les permitan tener una vida con ciertas características que consideramos importantes. Valores que faciliten el desarrollo personal: independencia, autonomía, libertad, autorrealización, buena conducta, fiabilidad, creatividad, autoconfianza; valores que faciliten las relaciones con los demás: cortesía, respeto a los demás, honradez, tolerancia, obediencia, conformidad con el grupo; valores que faciliten el trabajo: gusto por el trabajo, perseverancia, etc. En definitiva, pretendemos transmitir a nuestros hijos una serie de valores que les lleven a conseguir la felicidad. Pero quizá aquí, dependiendo del concepto de felicidad que manejemos estaremos contribuyendo o no a que nuestros hijos interioricen aquellos valores que les lleven a sentirse plenos. Así, desde una concepción hedónica de la felicidad podremos considerar que una forma de alcanzar la misma sería a través de la satisfacción inmediata de nuestros deseos, pero desde una concepción eudaimónica, donde la felicidad se consigue cuando se gestiona un proyecto de vida congruente con el yo y que nos lleva a la expresión máxima de nuestro potencial, la satisfacción inmediata de ciertos deseos pueden, aunque momentáneamente nos den satisfacción, alejarnos de aquello que nos hace sentir en armonía con nosotros mismos y con el entorno. Así que un tema clave a investigar sería qué concepto de felicidad es el que manejamos y transmitimos a nuestros hijos. Porque una de las dificultades que presentan nuestros jóvenes es su baja tolerancia a la frustración, su necesidad de satisfacer de manera inmediata todo lo que desean, y esta realidad puede tener sus orígenes en la creencia de que no tenemos que hacer sufrir a nuestros hijos. Me gustaría que reflexionáramos sobre este punto, porque solo a través del aprendizaje que nos proporciona la frustración la persona aprende a valorar las cosas de manera auténtica cuando finalmente las consigue.

¿Cuáles pueden ser los valores que conectan con un sentido eudaimónico de la felicidad?

Aquí nuestro gran reto va a ser ayudar a nuestros hijos a que cultiven la autonomía personal, el respeto a la diferencia y el diálogo.

Podemos definir la autonomía como la capacidad de organizar la propia vida, como el autogobierno y obediencia a normas derivadas de la propia voluntad racional, lo que no quiere decir ausencia de leyes ni libre albedrío sin más. Autónoma es la persona que establece fines y escoge medios adecuados para realizarlos. Pero la autonomía que procuramos a través de la educación debe implicar responsabilidad y autenticidad y además actitud de diálogo y reconocimiento del otro en igualdad de dignidad. Es decir, que la autonomía tiene sus límites. La relación entre autonomía y dignidad humana es recíproca. Precisamente por esto, el respeto a los otros, la tolerancia activa, el interés activo por el otro deben acompañar toda acción educativa orientada al cultivo de la autonomía. Ahora bien, este modo de tolerancia y reconocimiento del otro es difícil practicarlo si no hay un proceso, también, de entrenamiento en aceptación de pequeñas contrariedades. Es difícil llegar a ser solidarios si no nos educamos también en la contrariedad que implica el que reconocemos al otro en igualdad de condiciones que nosotros, con la misma dignidad, y con la misma capacidad de tener la razón y la verdad que nosotros creemos tener. Conviene, además, que nuestros hijos entiendan que ante las diferencias y los conflictos, la única forma legítima de abordarlos es a través del diálogo y, por tanto, que estén entrenados para poder hablar de todo aquello en lo que no estén de acuerdo con otros. Y esto no quiere decir que las personas seamos capaces siempre de resolver los conflictos a través del diálogo (la vida misma es un conflicto), pero el diálogo sí debe contribuir a que las personas, cuando no coinciden, hablen como si fuese posible ponerse de acuerdo, aunque no lleguen a conseguirlo. Lo interesante aquí es poder apreciar la calidad de las actitudes con las que avanzamos cuando la diferencia o el conflicto existen, más que la resolución del mismo.

¿Qué condiciones se tienen que dar para que nuestros hijos se den cuenta de cuáles son los valores que les queremos enseñar?

El tema de los estilos educativos adquiere una importancia fundamental a la hora de educar en valores. En este sentido podemos distinguir varios estilos que vienen determinados por la presencia o ausencia de dos variables fundamentales a la hora de estudiar la relación padres-hijos: la cantidad de afecto o disponibilidad paterna y el control o exigencia paterna que se pone en la relación padres-hijos. De la relación entre estas dos variables surgen cuatro tipos de padres:

- Asertivo- recíproco, donde estas dos dimensiones están equilibradas: se ejerce un control consistente y razonado a la vez que se parte de la aceptación de los derechos y deberes de los hijos, y se pide de estos la aceptación de los derechos y deberes de los padres.
- Autoritario-represivo, en este caso si bien el control existente es tan fuerte como en el caso anterior, al no estar acompañado de reciprocidad, se vuelve rígido, no dejando espacio para el ejercicio de la libertad de parte del hijo.
- Permisivo-indulgente, en este caso no existe control de parte de los padres, que no son directivos, no establecen normas. De todos modos, estos padres están

muy implicados afectivamente con sus hijos, están atentos a las necesidades de sus hijos.

- Permisivo-negligente, en este caso, la permisividad no está acompañada de implicación afectiva, y se parece mucho al abandono.

Parece evidente, según las investigaciones actuales con adolescentes, que es el estilo asertivo-recíproco el más indicado para conseguir un crecimiento del hijo en todas las dimensiones.

Los padres que mejor logran esto son aquellos que presentan una actitud más democrática, participativa y dialogante en la familia. Esto se debe a que es mucho más eficaz para el aprendizaje, ya que además de que el niño capta el mensaje, lo hace suyo y lo utiliza. Esto se logra sólo si se analizan las razones de base en el valor y se permite opinar sobre ellas, así como si los padres nos mostramos como modelos a imitar, proporcionándoles pautas para el desarrollo del valor en la vida diaria. Ello implica que no podemos enseñar ningún valor que entre en conflicto con los que hacemos a diario, no podemos enseñar tolerancia o respeto, si para nuestro trato con los hijos hacemos uso del poder y la imposición.

Además existen otra serie de elementos que inciden en el aprendizaje de los valores:

- Lo comprensible que sea el mensaje que le envío a mi hijo.
- La validez con la que me perciba como padre y al mensaje mismo (me lo dice la persona correcta y me lo merezco).
- La intención atribuida al mensaje (lo hace por mi bien).
- El acuerdo que haya entre el padre, la madre o cualquier otra autoridad en la casa.
- La disponibilidad percibida (puedo contar con mis padres cuando los necesito).

Todas estas situaciones se relacionan además con el clima de amor y afecto en el hogar, así como con la comunicación. Esto se debe a que en un clima de expresiones físicas y verbales de afecto y cariño hay una predisposición positiva al mensaje y a quien lo dice, dándole autoridad moral para hacerlo, esto se hace mucho más eficaz si el amor es expresado de forma incondicional, sin vincularlo a las acciones que haga el sujeto; lo contrario sucede si el ambiente es hostil y agresivo, ya que los hijos se preocupan más por defender su integridad que por entender qué les decimos; o bien si es una situación de amor condicionado los niños aprenden a ser dependientes y siempre buscando el beneficio personal.

En definitiva, las familias que presentan manifestaciones de afecto, que expresan sentimiento de aceptación incondicional y que favorecen márgenes de autonomía, permiten al hijo sentirse seguro y confiado para explorar el mundo, le están dando margen para que tenga su propio criterio y sepa mantenerlo. La comunicación es esencial para el establecimiento de valores, ya que los mensajes deben ser conocidos, comprendidos y asumidos en un diálogo constante. Cuando nos esforzamos por escuchar activamente a los hijos, hablando con ellos personalmente y con respeto, comprendiendo sus emociones y las nuestras, es más fácil entender lo que se quiere.

En este proceso de transmisión de valores nuestros hijos también están expuestos a la influencia de otros entornos que les fomentan valores. Los que debemos buscar

más que la igualdad de valores en los diferentes lugares, es la complementariedad de los mismos.

Conviene considerar algunas recomendaciones para formar en valores:

- El afecto y el cariño en la familia es lo que inicia o bloquea la adquisición de un valor.
- Nos demos cuenta o no, enseñamos valores mediante nuestra conducta.
- Es importante ser sensibles a las necesidades y demandas de los hijos.
- Ayuda el desarrollar ideas positivas respecto de sí mismo como persona y como padres.
- Potenciar las expectativas positivas hacia los hijos.
- Proporcionar muestras de afecto incondicional.
- Ayudar a los hijos a generar autonomía con relación al entorno, evitando las comparaciones externas y centrándonos más en el desarrollo y progreso personal que en las comparaciones con los demás.
- Atreverse a valorar los acontecimientos y a tomar opciones ante la vida; utilizarlas a diario da un buen modelo a los hijos.
- Establecer límites y hacer responsables a los hijos de las consecuencias de las decisiones que ellos tomen.
- Podemos hacer que los hijos no solo valoren las consecuencias que los actos tienen para sí mismos, sino también hacerles referencia a los efectos que aquéllos tienen en los demás, favoreciendo con ello la empatía.
- Es mejor que los hijos participen en su propio cambio generándoles sentimientos de autonomía, responsabilidad y significación. Esto representa explorar los valores, dando datos, ayudando a decidir, mostrando los posibles peligros, y estando dispuesto a reconocer otros valores como mejores.
- Estimular a los hijos a especificar cada valor en un conjunto de actitudes y comportamientos concretos, deben poder aplicarse a situaciones reales.
- Ofrecerles la oportunidad de defender el valor en situaciones en las que éste puede generar conflicto con otros valores aparentemente contrapuestos.
- Ser capaces de reflexionar qué valores proponemos a nuestros hijos con nuestros actos y con nuestras palabras.
- Generar situaciones de comunicación manteniendo el cariño y el afecto hacia los hijos, a pesar de que hayan actuado de forma incorrecta.

A modo de reflexiones finales

Podemos destacar el papel tan importante que desempeña la educación en valores desde la familia, ya que fomentar valores positivos facilita las relaciones entre los padres y los hijos y nos ayuda a crear una sociedad más saludable.

Pero para que las familias, especialmente los padres, podamos desempeñar bien nuestra función socializadora y de educación en valores, necesitamos estar bien preparados. Preparación que puede darse o bien a través de las escuelas de padres o en colaboración con los centros educativos en su concepción moderna de comunidad escolar. No olvidemos que los padres y madres somos los protagonistas de nuestra formación, y que como agentes educativos necesitamos autoformarnos y obtener los conocimientos, la información y las habilidades necesarias para ayudar a nuestros hijos.

Para concluir me gustaría que los padres recordáramos al poeta Rabindranath Tagore: "No es el martillo el que deja perfectas las piedras, sino el agua con su danza y canción".

BIBLIOGRAFÍA

- Bronfenbrenner, Urie (1987). La ecología del desarrollo humano. Buenos Aires: Paidós.
- Gimeno, Adelina (1999). La familia:el desafío de la diversidad. Barcelona: Ariel.
- Hoyos, Guillermo y Martínez, Miquel (Coords.) (2004). ¿Qué significa educar en valores hoy?. Octaedro OEI.
- Quintana, José María (Coord.) (1993). Pedagogía Familiar. Madrid: Narcea.
- Rodrigo, María José y Palacios, Jesús (Coords.) (1998). Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza.

COMUNICACIONES A LA 1ª PONENCIA

**EL DUELO EN LOS ADOLESCENTES
GUIA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN
Y ACTUACIÓN**
**Una perspectiva desde la Atención de
Enfermería**

Ignacio González Jiménez

Psicólogo C.S. Novelda.

Master Psicooncología. Master Cuidados Paliativos

Pilar Ribera Montés

Enfermera. Medicina Interna Hospital General de Elda

Elena Ferrer Hernández

Supervisora Docencia Hospital General Elda

Profesora Asociada E.U.E. Universidad de Alicante

RESUMEN

No podemos obviar que uno de los problemas vitales a los que un adolescente puede tener que enfrentarse en esta etapa de su vida, sea la enfermedad y/o la muerte de un ser querido.

No es fácil abordar estas situaciones, analizarlas, entenderlas y poder contribuir como profesionales de la salud a su mejor resolución.

Comprender los aspectos evolutivos de los adolescentes y establecer pautas de actuación ante las diversas circunstancias de enfermedad y duelo, pueden ayudar a un adolescente en esos difíciles momentos de su vida.

ABSTRACT

It is obvious that one of the main problems that teenagers can face at this time of their lives is the serious illness or death of relatives or close friends.

It is not easy to undertake these situations, analyse them, understand them and be able to contribute as health professionals to its best solution.

Understanding the evolution aspects of teenagers and establish a pattern for working in view of the different circumstances of illness and mourning, can help the teenagers in this difficult moments of their lives.

PALABRAS CLAVE

Adolescente, muerte, ser querido, duelo.

INTRODUCCIÓN

Podemos preguntarnos; ¿quién no sufre ante la situación de tener que comunicar una grave enfermedad o una muerte de un ser querido a un adolescente?.

Ante todo, y antes que profesionales sanitarios, somos padres, hermanos, tal vez familiares cercanos de un adolescente. Volvemos a preguntarnos; ¿ es fácil manejar estas situaciones con ellos?, y... ¿estamos nosotros preparados para poder percibir ese problema, evaluarlo y poder establecer algunas pautas que puedan ayudar a un adolescente en el proceso de desarrollo que viven?.

La teoría del apego de Bowlby conceptualiza la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen. (Bowlby, 1977)

Clarificar algunos aspectos del desarrollo evolutivo de los adolescentes. Establecer algunas pautas que se puedan aplicar en nuestro contacto con ellos, y

entender las posibles reacciones cambiantes durante el proceso del duelo, consideramos que nos pueden ayudar en nuestra quehacer diario ante el acompañamiento del duelo con los adolescentes.

El duelo es un trabajo, no estático, sí dinámico. Un proceso.

Hablar de etapas en la elaboración del duelo presupone un proceso en serie.

El concepto de fases en el duelo (Parkes, Bowlby et al.) también da lugar a una serie de solapamientos y poca diferenciación.

Podemos estructurar el proceso del duelo, en tareas. Esto implica que en el trabajo del duelo, la persona es activa y puede hacer algo (Worden).

¿Cuáles son esas tareas?...

I. Aceptar la realidad de la pérdida

II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

III. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

- Adaptación externa

- Adaptación interna

- Adaptación espiritual.

IV. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Estas tareas se pueden revisar. No es una progresión fija. Se pueden abordar varias tareas al mismo tiempo. Es un proceso fluido. (Worden,1991, rev. 2004)

Según el DSM-IV-TR la definición del duelo es, " la reacción a la muerte de un persona querida", y los síntomas que no son característicos de un duelo <<normal>> y pueden permitirnos diferenciarlos de un episodio mayor depresivo serian:

- La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- Los pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
- La preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- El enlentecimiento psicomotor acusado.
- El deterioro funcional acusado y prolongado
- Las experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

El duelo es un proceso adaptativo, permite desde la perspectiva de las estrategias de afrontamiento, poner en marcha los propios recursos y habilidades para superar una situación de estrés. Pero muchos factores entran a formar parte de este proceso.

OBJETIVO

Establecemos varios objetivos, que pasamos a detallar, puesto que no es posible entender las situaciones sin conocer aspectos generales que nos van a ayudar a encuadrar el problema, centrándonos en la atención a adolescentes

1.- Entender los diversos aspectos que les acompañan en su desarrollo.

Aspectos evolutivos en los adolescentes

- Estado emocional agitado y en constante cambio
- Capaces de buscar una solución construyendo un conjunto de posibilidades con todas las combinaciones posibles.
- Carácter hipotético-deductivo. Lo real es un subconjunto de lo posible.
- Razonamiento no sobre realidad percibida, sino sobre enunciados verbales hipotéticos.

Aspectos relacionados con pensamientos y emociones

- Capaces de pensamiento abstracto.
- Conocimiento de sus propios valores
- Conocimiento de sus cualidades y defectos.
- Sentido del papel y lugar que ocupan en la sociedad.
- Pensamientos de creer ser omnipotentes e inmortales.
- No le es fácil aceptar la muerte.

Ante la enfermedad y muerte de un ser querido

- Reacciones cambiantes, de shock a culpabilidad, negación y/ o regresión.
- Pensamientos de cómo va a afectarles en su futuro.
- Posibles aislamientos.
- Represión de las emociones y de los pensamientos.
- Cambios llamativos en los hábitos y conductas.
- Chicas expresan más sus emociones (amigas, grupo)
- Chicos intentan reprimir las emociones.
- Atentos a consumos de sustancias.

2.- Analizar los posibles factores que pueden influir en el trabajo del duelo.

Relación con el ser querido

- Padre-Madre.
- Hermano-hermana
- Familiar muy directo con fuertes vínculos.
- Amigo-amiga.
- Primeros amores.

Aspectos circunstanciales

- Edad
- Como ha sucedido. Enfermedad, accidente, suicidio, homicidio. Muerte violenta.
- Recuerdo de las situaciones vividas. ¿Estaba presente?
- Muertes estigmatizadas. Sida, suicidio,....

Factores personales

- Historia de pérdidas anteriores.

- Duelos no resueltos.
- Problemas anteriores de salud física y/o mental.
- Incapacidad para manejar situaciones de estrés.
- Problemas de afectividad y/o relaciones sociales.
- Reacciones de rabia, amargura y/o culpabilidad muy intensas.

Factores socio-familiares

- Desaparición de una figura preponderante .Padre, madre, hermano
- Dependencia del superviviente y reacción del mismo ante la pérdida.
- Ambiente inestable.
- Problemas laborales y económicos.
- Si fallece el padre o la madre, aparición de una nueva pareja cuando ha transcurrido poco tiempo desde la pérdida.
- Relación negativa con esa figura.

3.- Clarificar la necesidad de la atención de enfermería ante el duelo.

Posibilidad de actuar antes de la pérdida

- Disponibilidad.
- Identificar las necesidades del adolescente.
- Hablar con franqueza de la situación.
- No eludir las preguntas.
- Informar sobre la situación de la enfermedad, posibles cambios y proporcionar pautas de actuación para toda la familia y también para ellos.
- No actitudes paternalistas.
- Permitir momentos de intimidad y de desahogo emocional.

Ante la pérdida

- Piensa como te sentías tú cuando eras un adolescente.
- Si has tenido una pérdida semejante en tu adolescencia, recuerda tus pensamientos
- Clarificar las necesidades en esos momentos.
- Permitir que exprese sus emociones.
- Identificar cambios en las conductas.
- Identificar culpabilidades
- Permitirle si quiere ver el cuerpo del difunto
- Que pueda acudir si quiere al funeral
- Que pueda tomar parte en las decisiones familiares

4.- Nosotros como profesionales

- ¿Cómo analizo el duelo como INDIRECTAMENTE afectado?
- ¿Cómo analizo el duelo como DIRECTAMENTE afectado por mi profesión?.
- ¿Cómo he analizado mis propios duelos durante mi vida?.
- ¿Estoy preparado para poder abordar estas situaciones?

MÉTODO

Hemos abordado los factores evolutivos, emocionales, personales, familiares, sociales que a nivel general pueden afectar a un adolescente en su vivencia del duelo.

También las posibles estrategias cuando podemos intervenir antes de la pérdida, como puede ser una larga enfermedad. De acuerdo,...pero cuando un adolescente necesita la atención de un profesional de enfermería, ¿qué podemos hacer?..

Pautas de actuación

- Clarificar el motivo de la atención.

Puede acudir por:

- Motivado por cambios importantes en sus hábitos y conductas.
- Crisis de angustia (panick attack)
- Estado de ánimo depresivo.
- Consumo de sustancias.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Disminución en el rendimiento escolar.
- Irritabilidad extrema

Proponemos utilizar esta batería de preguntas;

- ¿Has perdido algún ser querido para ti? ¿Quién?
Padre _ Madre _ Hermano _ Abuelo _ Amigo _
 - ¿Cuándo ocurrió?
1 m. _ 3 m. _ 6 m. _ 9 m _ 1 año _ 2 años _ otros _____
 - ¿Cómo sucedió?
Enfermedad _ Accidente _ Suicidio _ Homicidio _ otros _____
 - ¿Cómo pudiste estar con él/ella?
No pude _ Si _____
 - ¿Con quién hablas de esta situación?
Padre _ Madre _ Hermano _ Amigos _ Con nadie _
 - ¿Cómo dirías que te sientes en estos momentos?
-
- ¿Cómo piensas que podemos ayudarte?
-

Posiblemente influenciados por las perspectivas de actuación en Cuidados Paliativos, hemos buscado con sólo 6 preguntas clarificar la posibilidad de que ante una demanda de atención sanitaria pueda estar una situación de duelo en el adolescente.

Intentar desde un principio tener una rápida visión de la situación, puede capacitar al profesional de enfermería para detectar un duelo patológico.

Siempre intentado no trasladar preguntas cerradas del tipo si/no, para poder lograr que el adolescente pueda expresar lo que siente en esos momentos

No debemos olvidar que aunque lo hemos comentado al principio, el duelo como pérdida, no se refiere solamente a la muerte de la persona. Un duelo para un adolescente puede ser también la pérdida de un primer amor, un traslado de domicilio a otro lugar de residencia y por tanto la pérdida de sus amigos y amigas.

Un problema laboral o económico en la familia y por lo tanto una pérdida de status social. Y puede ser un problema de aptitud para los estudios que desemboque en una visión negativa de su futuro.

CONCLUSIÓN

Creemos que estableciendo esta orientación para vosotros, ante una situación en la que un adolescente pueda necesitar de la atención de enfermería, es posible establecer y clarificar que puede estar ocurriendo en esos momentos de su vida.

Ante todo hemos pensado en la sencillez en la comunicación y la posibilidad de ser directos para clarificar aspectos.

Indudablemente el acercamiento al análisis de los propios duelos y de nuestros miedos van a ser cruciales para poder ayudar en la tarea de acompañamiento en el duelo.

Nos gustaría terminar esta comunicación con un trozo de un poema;

No te tortures
sintiéndote culpable ante tus muertos.
¡Los muertos no cobran deudas!
¡Además si hoy resucitaran,
volverías a ser con ellos como fuiste!
¿O no sabías con certeza que un día iban a morir?
.....
Aprende de tus muertos
una lección para la vida:
es mejor amar los tuyos
mientras viven,
que quitarte culpas
por no haberlos amado,
cuando ya se fueron.

R.Trossero. (El Duelo y el luto. La atención al doliente; en Medicina Paliativa en la cultura Latina. Arán Ediciones.)

BIBLIOGRAFÍA

- Arranz P., Barbero J., et al. (2003) Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos. Ariel Ciencias Médicas.
- Bátiz J., Becerra I., et al. (2003) Mi vida al final de su vida. Ed. Hospital San Juan de Dios. UCP. Santurce (Vizcaya).
- Bermejo, J.C., (1998) Relación de ayuda en enfermería. Ed. Sal Terrae.
- Cabodevilla I. (1999) Vivir y morir conscientemente. Ed. Desclée de brouwer.
- Die Trill M. (2000) El reto de enfrentarse a un cáncer infantil: Trastornos psicológicos y Psiquiátricos en Manual de Psicooncología. Ed. Nova Sidonia .
- DSM-IV-TR. (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.
- Echeburua E. (2004) Superar un trauma. Ediciones Pirámide. ed. Dykinson.

- Ezpeleta L. (2001) La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes. ed. Síntesis.
- Gómez M. (1998) La atención a la familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Arán Ed.
- Gómez M. (1998) Los niños y la muerte. Medicina Paliativa en la cultura Latina. Arán Ed.
- Jülicher J. (2004) Todo volverá a ir bien, pero nunca será como antes. El acompañamiento en el duelo. Ed. Sal Térrea.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. (1996) Psiquiatría Clínica. Waverly Hispánica Ed.
- Kroen W., (1997) Como ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Ed. Oniro.
- Kübler-Ross E. (2005) Los niños y la muerte. Ed. Luciérnaga.ed.
- Lacasta M.A., Soler M.C. () El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. Manual Seom de cuidados Continuos.
- Poch C., Herrero, O. (2003) La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades. Ed. Paidós.
- Rojí M^a. B. (1997) La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en Psicoterapia. Cuadernos de la UNED.
- Sandín B., (1997) Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Ed. Dykinson.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de CP. Atención a la familia.
- Sosa R.M., Junin, M. (1998) El papel de la enfermería en los distintos ámbitos: consultas externas, domicilio y área de hospitalización. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Arán Ed.
- Turner M. (2004) Como hablar con niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo. Guías para padres. Ed. Paidós.
- Worden W. J., (2004) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Ed. Paidós.

LOS VALORES EN ENFERMERÍA

Jesús Pastor Esteve
Vanesa Morales Camacho
Ana Alenda Botella
Beatriz Llorens Mira
*Estudiantes de Enfermería. E.U.E.
Universidad de Alicante*

OBJETIVO

Trasmitir los principales valores de Enfermería aplicables a la relación de ayuda al paciente y su familia.

CONTENIDO

Toda profesión tiene valores intrínsecos, que son los que hacen específico el ejercicio de la misma, y extrínsecos o añadidos, que son los que, pudiendo ser comunes a todas las profesiones, dependen de circunstancias externas.

En el caso de la medicina el valor intrínseco es aliviar el sufrimiento humano producido por la enfermedad. Para ello, los profesionales intentan prevenir y/o curar las enfermedades, paliar las que no tienen cura, y promocionar estilos de vida saludables. Son valores extrínsecos el reconocimiento social y la remuneración económica, entre otros. Los valores extrínsecos no dejan de ser buenos, pero se sitúan en un puesto inferior de la jerarquía. El valor intrínseco es lo que legitima y da sentido a la actividad profesional. Una profesión se corrompe, es decir, pierde su razón de ser, cuando los valores extrínsecos son situados por encima del valor intrínseco.

Enfermería y medicina son dos profesiones complementarias, en ningún caso tendrían que ser excluyentes. Por tanto, los valores son los mismos, aunque su desarrollo se concrete de diferente manera.

En la profesión de enfermería la ocupación principal es cuidar y acompañar, frente al curar y paliar predominantes en el ejercicio de la medicina.

Los valores conforman la idea que tiene cada persona sobre cómo vivir (encuentro con las demás personas) y la decisión a favor de una manera de ser (desarrollo de un proyecto personal)

El prestigio social, la tradición familiar y los ingresos económicos asociados a una profesión son valores extrínsecos o instrumentales. Es decir, son valores que permiten alcanzar un objetivo diferente a la satisfacción por la propia actividad bien realizada. Los valores intrínsecos no actúan como moneda de cambio. Su cumplimiento se asocia, exclusivamente, a la autorrealización.

La tradición occidental desde Kant, afirma que el ser humano no tiene precio, sino dignidad para responder de su proyecto vital.

Haciendo lectura del profesor Cibanal, la relación de ayuda tiene por objetivo posibilitar a la persona enferma o con problemas la constatación y comprensión de que hay diferentes maneras de enfrentarse a una misma situación o problema; diferentes formas de ver una misma realidad; diferentes caminos para llegar al mismo lugar. La relación de ayuda nos va a permitir a los profesionales de la salud ayudar a

la persona a movilizar sus recursos y energías, a desarrollar su mejor funcionamiento biológico, psicológico, social y espiritual.

Marta Durán en su artículo “El poder de los valores”, propone algunos valores para construir nuestra Profesionalidad: la información, el conocimiento y el valor de la humanización del contexto del cuidado. Los valores humanos recobran toda su relevancia cuando se trata de cuidar a otros.

La esencia del cuidado está en la persona cuidada y su entorno familiar, estructural, social, emocional y preceptivo. Existen valores emocionales que se dan en las relaciones existentes en la acción de cuidar y que se asientan en la necesidad de desarrollo y promoción de las personas que intervienen en el cuidado: son las personas cuidadas y los cuidadores. Reconocer la humanidad de la persona implica tolerancia, respeto, acompañamiento y confianza.

METODOLOGÍA

Realización del cortometraje “LA FRONTERA DE LA VIDA”

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M.C., García, J.(2004) Valores hacia el trabajo del personal de Enfermería un análisis descriptivo. Index Enferm Digital; 44-45. [consultado el 2 de abril de 2006] Disponible en http://.index-f.com/index-enfermreia/44revista/44_articulo_9-13.php
- Cibanal, J., Arce, M.C., Carballar, M.C. (2003) Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid, Elseiver.
- Cortina A.(1999) El quehacer ético. Guía para la educación moral. Madrid: Aula XXI. Santillana.
- Durán, M. (2004) El poder de los valores. Una cuestión de profesionalidad. Rev ROL Enf; 27 (3):191-200.
- Palacios Boix A.(2002) Los valores en medicina. Hacia una axiología del ethos médico. Rev Mex Reumat 7(2) 157-160
- Sádaba J. (2004) La Ética. Madrid: Ediciones Maeva.
- Savater F. (1997) El valor de educar. Barcelona: Ariel; Barcelona.
- Vida-Bota J. Valores y principios. [Internet]. Associació Catalana d'Estudis Bioètics Aula Universitària de Bioètica i Humanitats (UdL). [Acceso 25-10-2004]. Disponible en: http://www.aceb.org/v_pp.htm#res

PONENCIAS A LA 3ª MESA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
LA ENFERMERA ESCOLAR: UN NUEVO
ESPACIO DE DESEMPEÑO PROFESIONAL

M^a. del Mar Ortiz Vela
Enfermera Hospital General Universitario de Elche
Vicepresidenta Asociación de Enfermería “Educación en Salud” (ADEES)

CONTENIDO:

1. INTRODUCCIÓN
2. CREACIÓN DE ADEES
3. EXPERIENCIAS DE ADEES
4. ¿DÓNDE ESTAMOS?
5. ¿QUÉ ACTUACIONES ESTAMOS PROYECTANDO?

INTRODUCCIÓN

La Educación para la Salud (EpS) en el ámbito escolar no es una novedad, sin embargo, aún hoy continúa consistiendo en una serie de actuaciones aisladas, discontinuas y voluntaristas por parte de profesionales sanitarios y de la Educación que no han permitido integrarse como una metodología adecuada dentro de la Promoción de la Salud.

La aprobación y puesta en marcha de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) supuso la incorporación de los denominados temas transversales. Esta expresión se refiere a determinadas enseñanzas que están presentes en todas las áreas del currículum de las diferentes etapas educativas (Educación para la Salud, para la paz, para la igualdad de oportunidades entre los sexos, Educación moral y cívica, educación del consumidor, educación vial y educación ambiental). Este carácter transversal, es decir, el hecho de que no se asocian a algunas áreas de conocimiento, sino a todas ellas y la importante relevancia social de las mismas, son las peculiaridades más destacadas de estas enseñanzas.

Centrándonos en la Educación para la Salud, como tema transversal, desde hace años, la UNESCO, la O. M. S., el Consejo de Europa y la Comunidad Europea han elaborado recomendaciones, ratificadas por sus países miembros, en el sentido de que la EpS se integre plenamente en los centros docentes. Así, en la Conferencia Europea de Educación para la Salud, celebrada en febrero de 1990 en Dublín, se recomendó la inclusión de contenidos en el currículum de la enseñanza obligatoria porque “es el modo más efectivo para promover estilos de vida saludables y el único camino para que ésta (la EpS) llegue a todos los niños, independientemente de la clase social y de la educación de sus padres”.

Debido a su complejidad, el tratamiento transversal de la EpS que proponía la LOGSE no ha logrado hasta la fecha los resultados que de la misma cabía esperar. Por un lado, los maestros no han interiorizado la EpS como asignatura transversal, continuando con un modelo de educación tradicional, en el que los temas de salud son abordados de manera esporádica y con dudosa metodología. Por otro lado, los profesionales de la salud, y en particular las enfermeras han basado su actividad

como agentes promotoras de salud en la escuela en la realización de exámenes de salud, administración de vacunaciones o en actuaciones puntuales sin continuidad y sin estar enmarcadas en ningún proyecto o detección de necesidades concretas.

La declaración de Alma Ata de 1978, fue el punto de partida para el desarrollo del "Nuevo Modelo" de Atención Primaria en el que la constitución de equipos multidisciplinares aglutinados en los Centros de Salud pasaron de ofrecer una atención médica basada en la enfermedad a una atención comunitaria basada en la salud, y en la que la EpS adquiriría una nueva dimensión desconocida hasta entonces en el sistema sanitario español.

Lo cierto es que con la instauración de este nuevo modelo de Atención Primaria, las enfermeras asumieron una importante responsabilidad en la EpS en el ámbito escolar, pero se puede concluir manifestando que estas actuaciones han sido diversas y desiguales dependiendo del momento, de la Comunidad Autónoma, e incluso, de la motivación de los propios profesionales.

Según la LEY 1/1994, DE 28 DE MARZO, DE SALUD ESCOLAR [DOGV núm. 2.241, de 7 de abril], donde se desarrollan las estrategias preventivas que deben implementarse en la escuela, la educación para la salud realizada en el ámbito de la comunidad escolar complementa la socialización de comportamientos y la adquisición de hábitos que favorecen una mejor calidad de vida y capacita a cada individuo y a todo el colectivo para mejorar su salud y aumentar el control de ésta.

Según esta ley, corresponde a la Consellería de Sanidad, y por ende, a los profesionales sanitarios, "... Efectuar estudios y propuestas en materia de EpS, para mejorar el estado de salud de la población". Asimismo, corresponde a la Consellería de Educación "... garantizar los medios necesarios para la formación del profesorado en la EpS, como aspecto transversal de los currículos de todos los niveles educativos".

Se entiende, por tanto, y así lo dictan las administraciones, que corresponde a los profesores llevar a cabo la EpS en la escuela de forma transversal con la colaboración y en coordinación con los profesionales sanitarios que deben plantear las propuestas. Pero como anteriormente se ha expuesto, esta coordinación ha resultado ser un imposible y finalmente, la EpS no se realiza de forma homogénea y consolidada. Nosotros pensamos, y nos apoyamos en trabajos científicos, que los docentes no se sienten capacitados para dar información sobre salud, y por tanto, mucho menos para educar para la salud. Los docentes declaran que se sienten desbordados e incapaces de tratar temas como las drogodependencias, los trastornos alimentarios, la educación afectivo-sexual, etc..., y exigen que sea un profesional de la salud con aptitudes pedagógicas quien se encargue de formar a los escolares en estas materias.

CREACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA "EDUCACIÓN Y SALUD" (ADEES)

La creación de la Asociación de Enfermería "Educación y Salud" (ADEES), vino a ser una respuesta a las necesidades percibidas de un grupo de profesionales de Enfermería, que sintieron una llamada al desarrollo profesional de nuestra disciplina, abordando la perspectiva de la promoción de la salud desde la comunidad, específicamente desde la comunidad escolar.

Desde las instituciones gestoras de salud, se utilizan muchos recursos de toda índole, para el tratamiento de las patologías y de las enfermedades crónicas y apenas

se realizan esfuerzos con el fin de prevenir enfermedades y promover la salud. Una vez detectada la problemática, por la que los adolescentes acudían al Hospital General Universitario de Elche, tras un trabajo de investigación cuantitativo, sobre las patologías más frecuentes, edades, sexo, horario de asistencia, se propuso entre otras actividades, el organizar unas Jornadas de Enfermería dirigidas a adolescentes.

Dentro de nuestra disciplina enfermera, cuyo núcleo central es la Salud y el Cuidado, incluida en nuestras funciones profesionales, está la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Pero bien es cierto, que en las instituciones donde más profesionales de enfermería trabajan, que son hospitales y centros de salud, no son estas las funciones que realizamos principalmente.

Por este motivo, con la ayuda de todo el equipo de Supervisores Generales y la Dirección de Enfermería del Hospital de Elche, se organizan en 1999 las I Jornadas de Educación y Salud.

La gran acogida de estas Jornadas entre los jóvenes de los Institutos de Enseñanza Secundaria de Elche (Ver estadísticas en el libro del CECOVA), anima a este grupo de enfermeros a desarrollar las II Jornadas en el año 2000.

A su vez, un enfermero colaborador en ambas jornadas, elabora un nuevo material didáctico, un juego de preguntas y respuestas, con pruebas de mímica y dibujo, cuyo objetivo es enriquecer el conocimiento en materia de salud, y de este modo estimular la adquisición de hábitos saludables, es decir, promover la salud. El nombre que recibe el juego es “La Pirámide de la Salud”©.

Uniendo los esfuerzos e intereses del primer grupo de enfermeros, Supervisores Generales del Hospital de Elche y éste otro enfermero autor del juego, se crea en el año 2000 la Asociación de Enfermería, “Educación y Salud” (ADEES). Cuyo objetivo general es promover la salud a través de propuestas dirigidas a diferentes colectivos.

Los fines de la ADEES son los siguientes:

- Promover la EpS, en todos los ámbitos de la sociedad.
- Facilitar a los profesionales los recursos y herramientas necesarios para desarrollar intervenciones de promoción de la salud.
- Elevar la formación, información e investigación de los profesionales de la salud, educadores y población en general sobre la Educación para la Salud.
- Sensibilizar a las instituciones competentes públicas y privadas, así como a los medios de comunicación sobre la importancia de la salud por medio de la educación.
- Apoyar actividades culturales y lúdicas dirigidas a la promoción de la salud.
- Crear espacios de reflexión y encuentro de profesionales que desde la intervención social, la docencia, la sanidad o la investigación, atienden y se relacionan con la Educación para la Salud.
- Reflexionar y contribuir, desde la teoría, las técnicas y los métodos, al permanente desarrollo de la Educación para la Salud como conocimiento multidisciplinar.

EXPERIENCIAS DE ADEES

La primera actividad que realiza ADEES es la “I Olimpiada Ilicitana de la Salud”, en el año 2001, contando con el apoyo del Ayuntamiento de Elche y el Colegio de

Enfermería de Alicante y CECOVA. Consiste en una competición entre todos los colegios e institutos de Elche, con el objetivo de promover estilos de vida saludables en la población infantil y juvenil mediante el juego “La pirámide de la salud” ©. Los resultados conseguidos con esta actividad, fueron el instaurar una concienciación social de los problemas de salud de los adolescentes y aumentar el conocimiento en materia de salud de los participantes.

En el año 2002 se organiza la “II Olimpiada de la Salud” con el mismo objetivo que el año anterior. Paralelamente, se celebra la “Semana de la Salud Escolar”. Durante una semana, se habilitaron aulas en las zonas deportivas al aire libre de un colegio de Elche, organizándose talleres de 50 minutos sobre los siguientes temas:

- Alimentación Saludable.
- Higiene y ergonomía.
- Primeros Auxilios
- Ejercicio físico y salud.
- Educación en valores y habilidades sociales.
- Educación afectivo-sexual.
- Prevención de drogodependencias.
- Educación en valores a través del cine.
- Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Niños y jóvenes de todos los colegios e institutos de Elche se acercan al recinto y participan en los talleres de EpS. Esta es la primera actividad que lleva a cabo ADEES introduciendo una gran variedad de áreas temáticas de EpS. Pero sabemos que con 50 minutos de taller no vamos a conseguir modificar hábitos, por lo tanto, nuestros objetivos operativos eran a nivel de conocimiento (según la taxonomía de Bloom). Y para que a los alumnos les quedara una referencia escrita de la información que recibían se elaboraron unos manuales dirigidos a ellos en su propio lenguaje.

En Octubre de 2002 se inicia el Programa de EpS en Petrer. Se trata de un programa pionero, lejos de las charlas aisladas que hasta ahora se realizaban, cuyo objetivo general es educar a los niños para que puedan defenderse de los riesgos con los que ineludiblemente se van a enfrentar en el futuro, fomentar actitudes críticas, autónomas y solidarias, en los jóvenes, que les permitan analizar los problemas, acceder a la información adecuada, reflexionar sobre los valores que lleva implícita cada acción, asumir responsabilidades y aprender a tomar decisiones. En resumen, adquirir unos hábitos de vida saludables para mejorar y mantener el estado de salud.

El Programa estructurado en ocho subprogramas, abarca las grandes áreas de promoción de la salud marcadas por la Organización Mundial de la Salud:

- Alimentación saludable.
- Higiene y ergonomía.
- Prevención de accidentes y primeros auxilios.
- Educación en Valores y Habilidades sociales.
- Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Educación afectivo–sexual.
- Prevención de drogodependencias.
- Educación para la salud a través del juego.

La metodología empleada es lúdica y participativa (juegos, teatro, cuentos, video-forum, etc.) con el objetivo de que los alumnos se conviertan en los protagonistas de su propio proceso de enseñanza-aprendizaje.

Asimismo, además de ofrecer estos subprogramas a todos los colegios de la localidad de Petrer, también ofrecíamos un respaldo asistencial por si algún escolar lo necesitaba. Por lo tanto se estaba realizando la triple función del Enfermero Escolar: promoción de la Salud, prevención de enfermedades y función asistencial.

También se elaboró una guía titulada ¿Qué hacer en caso de...? acerca de cómo prevenir y actuar ante los accidentes domésticos más comunes, que fue entregada a todos los profesores y padres de alumnos como apoyo por si ocurría algún incidente en horario no lectivo o en sus domicilios.

Además, se realizaron intervenciones dirigidas a padres de alumnos sobre los siguientes temas:

- La importancia de una dieta equilibrada. Mitos y errores en la alimentación.
- Prevención de accidentes y primeros auxilios.
- Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).
- Habilidades sociales para prevenir la drogadicción.

Con el objetivo de identificar y poder medir los conocimientos que los alumnos tenían en materia de salud e identificar sus hábitos en cuanto a su alimentación, su higiene, sus actitudes frente a las drogas, el riesgo de padecer TCA, pasamos unos cuestionarios a todos los alumnos. De esta manera conseguimos realizar un diagnóstico de salud escolar, a través del cual conocimos los hábitos, actitudes y comportamientos de los jóvenes y escolares. A su vez, realizamos una medición de los conocimientos de salud mediante un pre-test y post-test, valorando de esta manera los cambios que se produjeron tras el programa. También conocimos los problemas de salud percibidos y, por tanto, la manera de prevenirlos y detectarlos de forma precoz, programando las actividades para el siguiente curso académico en base a estos resultados.

Algunas conclusiones de este estudio fueron:

- La mitad de los escolares de 1º a 3º de Primaria no realizan un desayuno completo y creen que el desayuno debe consistir exclusivamente en un vaso de leche.
- En cuanto a los primeros auxilios, es destacable el hecho de que ante unas acciones básicas, como lavarse una herida o inclinar la cabeza hacia delante cuando sangra la nariz, un alto porcentaje de escolares no saben que hacer. Más del 71% desconocen como actuar ante un atragantamiento. Más del 56% desconocen como actuar ante una quemadura. Menos del 42% conocen como actuar ante un accidente de tráfico
- Más del 44% de los escolares de 4º a 6º de Primaria desconocen que hay que comer más pescado que carne.

Además, pasamos un cuestionario de valoración del Programa al finalizar el curso, y los datos que obtuvimos fueron los siguientes:

- Los alumnos valoran el programa de EpS como “bastante interesante” y lo puntúan con un ocho en una escala del uno al diez.

- Por su parte los profesores valoran con un 4'94, en una escala del 1 al 5, la pertinencia de que Profesionales de Enfermería lleven a cabo este programa. Además, un 60% cree que el Programa es lo suficientemente completo con las áreas que trata.

Estos resultados, son avalados por un trabajo de investigación presentado en estas Jornadas en su anterior edición, cuyo autor es Félix Jiménez y una de las conclusiones que plasmó era que el 60% de los maestros no se sienten capacitados para hacer EpS en sus aulas y el 73% consideran necesario que sea impartida por Profesionales de Enfermería.

Además del Programa realizado en Petrer, en Elche también realizamos un Programa en el Instituto “Severo Ochoa” de Enseñanza Secundaria y Bachillerato con las mismas características que el anteriormente descrito.

En Alicante se desarrolló una Campaña de Promoción de Hábitos Alimentarios Saludables con la colaboración del CECOVA, Puleva y la Concejalía de Educación de Alicante.

Y así, año tras año, se han ido incorporando nuevas ciudades y nuevos colegios en los que hemos desarrollado nuevos Programas de EpS. Hemos afianzado los anteriores, y así nos encontramos en el curso académico 2005-2006 con una nueva dimensión enfermera.

Durante este curso académico hemos estado presentes en todos los colegios e institutos de las localidades de Petrer, Aspe, Benimantell y Salinas, además, se han implantado programas pilotos en centros específicos de ciudades como Villajoyosa, Orihuela, Elche y Monforte del Cid, con el fin de evaluar la experiencia y así, reivindicarla, creando la necesidad entre la sociedad, entre padres/madres, profesores, alumnos, agentes políticos, etc., que ya, muchos de ellos apoyan esta reivindicación.

¿DÓNDE ESTAMOS? GRUPO DE TRABAJO “ENFERMERÍA EN SALUD ESCOLAR”

Tras la continua demanda por parte de los ayuntamientos para implantar más Proyectos de EpS, y la sensibilización, cada vez mayor en nuestro colectivo, para reivindicar la Enfermería Escolar. Con el incondicional apoyo del CECOVA y los Colegios de Enfermería de Alicante, Valencia y Castellón se propuso la creación de un Grupo de Trabajo sobre Enfermería Escolar, donde todos los enfermeros interesados en el desarrollo profesional de la enfermería comunitaria, en lo referente a salud escolar, pudieran tener un foro en el cual investigar, dialogar, trabajar y luchar por esta causa.

En Septiembre de 2005, se crea el Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” perteneciente al CECOVA, cuyo objetivo es organizar y gestionar las diferentes actividades de desarrollo profesional de la Enfermería en la comunidad escolar, asimismo, potenciar la figura del profesional de enfermería y su inclusión dentro de los centros escolares.

¿QUÉ ACTUACIONES ESTAMOS PROYECTANDO?

Desde que se creó el Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar”, en Septiembre de 2005, han tenido lugar ocho reuniones en las cuales hemos trabajado los siguientes aspectos:

1) Descripción de las funciones de la Enfermera Escolar, basándonos en experiencias de otros países como EEUU y Francia.

2) Investigación, búsqueda y diseño de herramientas para realizar Diagnósticos de Salud Escolar:

Es evidente que antes de promocionar la salud de los escolares debemos conocer sus hábitos y problemas. Además, entre las recomendaciones sobre la EpS en la escuela propuestas por el Comité Europeo de la Salud se cita: "...Convendría proceder en intervalos regulares a la determinación del estado de salud y de las necesidades de la comunidad escolar con el fin de aportar las modificaciones correspondientes al programa de EpS..." Por estos motivos, hemos planteado la necesidad de diseñar una herramienta validada para valorar los hábitos y problemas de salud de los escolares. Hemos diseñado un cuestionario de salud escolar dirigido a alumnos de 6º de Educación Primaria y 1º, 2º, 3º y 4º de ESO, que explora la información, las actitudes y motivaciones, y los comportamientos en torno a nueve temas de salud. Y ahora vamos a diseñar uno adaptado para alumnos de 3º, 4º y 5º de Educación Primaria.

3) Investigación sobre el posicionamiento de los maestros:

Pensamos, y nos apoyamos en nuestros cuestionarios de valoración pasados a los maestros y en trabajos científicos (algunos anteriormente citados), que los profesores no se sienten capacitados para dar información sobre salud, y por tanto, mucho menos para educar para la salud. Pero para que esto se convierta en el verdadero posicionamiento de los maestros respecto a su capacitación sobre la implantación de la EpS hemos abierto esta línea de trabajo en el Grupo. Nuestra intención es averiguar, mediante una investigación, la opinión de los maestros. Si este colectivo, al igual que el nuestro, cree que es la Enfermería la que debe hacer la promoción de la salud en la escuela mediante la EpS.

4) Campaña divulgativa sobre la necesidad de la Enfermería Escolar:

Otra línea que llevamos desde el Grupo de Trabajo es la elaboración de una campaña divulgativa sobre la necesidad de la Enfermería Escolar, dirigida principalmente a los padres y, generalmente a toda la sociedad. Se han elaborado cuñas de radio y un spot publicitario, que bajo el eslogan genérico "Tu Decides" está realizando una campaña de sensibilización y de compromiso social.

Además de estas líneas de trabajo, existe otra que se está dedicando a trabajar en el diseño y aplicación de todos los programas de EpS que, como anteriormente se ha expuesto, estamos realizando en distintas localidades de la comunidad valenciana. Adaptando los programas a las necesidades reales de cada centro tras estudios cuantitativos y cualitativos.

Estas experiencias avalan la pertinencia de incorporar Profesionales de Enfermería en los centros educativos. Y la necesidad es visible, cada vez más, en los escolares podemos encontrar una falta de valores y más problemas de salud debidos a sus hábitos insanos.

Por todo lo anteriormente expuesto, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, el Grupo de Trabajo "Enfermería en Salud Escolar", la Asociación de

Enfermería “Educación y Salud” y otras organizaciones, consideramos que debe crearse la figura de la “Enfermera Escolar”, que se integraría en los centros educativos como personal dependiente de la Consellería de Educación, puesto que, nuestra realidad profesional, es que las enfermeras de Atención Primaria no pueden responder a lo que se les exige debido a la sobrecarga asistencial que padecen. Al igual que ocurre en otros países, la enfermera escolar debería estar integrada en la escuela. De esta manera se garantizaría la planificación, puesta en marcha, supervisión y evaluación de los programas de salud escolar.

Esto representaría un nuevo panorama profesional, porque en definitiva, es el espacio que le compete a la enfermería, un nuevo espacio de desempeño profesional que tenemos que reivindicar todos juntos.

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

Federico Juárez Granados
*Enfermero. Secretario de Estudios y Formación Sindicato Enfermería de Alicante
Vocal de Docencia e Investigación de la Asociación de Enfermería Educación y
Salud (ADEES)*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Concepto de adolescencia.
2. Representaciones sociales en la adolescencia.
3. Criterios generales de actuación.
4. Contenidos que debería incluir un programa de salud dirigido a adolescentes.

1. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Lo sustancial de la adolescencia es ser un proceso de transición entre la vida infantil y la vida adulta, proceso que en las sociedades agrarias tradicionales era superado a través de ritos que significaban el paso inmediato de la infancia al sistema productivo, y que las sociedades industriales han ido prolongando artificialmente hasta llegar a formar la "segunda década de la vida", alargando los procesos educativos y retrasando el momento de incorporación al proceso de producción y de autonomía personal. Este "no ser adultos" tiene que ver con buena parte de la problemática que presentan los adolescentes actuales.

Se puede conceptualizar la adolescencia dividiendo el proceso en tres fases de desarrollo psicosocial(Neistein. Salud del Adolescente. J.R. Proust editores. 1991) :

1. Primera adolescencia: edad aproximada de 12 a 14 años.
2. Adolescencia media: edad aproximada de 15 a 17 años.
3. Adolescencia tardía: edad aproximada 18 a 21 años.

Estas etapas se confunden unas con otras en adolescentes distintos. Al final de la adolescencia, la mayoría de ellos deberían haber cumplido las siguientes fases y tareas:

1. Establecer una identidad sexual, vocacional, moral y del yo.
2. Adoptar claves de emparejamiento y estilos de vida.
3. Asignar una importancia creciente a la imagen corporal y aceptación del aspecto del propio cuerpo.
4. Adquirir una independencia con respecto a los padres (esta última resulta cada vez más difícil de cumplir y se retrasa en algunos casos hasta después de los 30 años de edad).

Tabla 1. Desarrollo psicosocial de los adolescentes.

Tarea	Primera adolescencia (10-14 años)	Adolescencia media (15-17 años)	Adolescencia tardía (18-21 años)
Independencia	Menor interés en las actividades paternas. Conflictos con los padres	Punto máximo de conflictos con los padres	Reaceptación de los consejos y valores paternos. Se cambia el papel padre-hijo a adulto-adulto.
Aspecto corporal	Preocupación por el aspecto físico. Muy sensibles a los defectos: M: desean perder peso V: ser altos y musculosos	Aceptación general del cuerpo Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo	Aceptación e identificación de la imagen corporal
Amigos	Intensas relaciones con amigos del mismo sexo. Poderosa influencia de los amigos	Máxima integración con los amigos. Pandillas. Conformidad con los valores de los amigos	Grupo de amigos menos importante. Formación de parejas
Identidad	Inicio pensamiento abstracto. Objetivos vocacionales idealistas. Necesidad de intimidad. Falta de control de los impulsos. Inseguridad, agresividad	Mayor ámbito de sentimientos. Mayor capacidad intelectual. Sentimientos de omnipotencia. Comportamiento arriesgado. Adquisición de la identidad y papel sexual	Objetivos vocacionales prácticos y realistas. Delimitación de los valores morales, religiosos y sexuales. Capacidad para comprometerse y establecer límites.
Sexualidad	Autoexploración. Contacto limitado con el otro sexo.	Actividad sexual con múltiples parejas. Prueban su masculinidad/feminidad. Preocupación con fantasías románticas. 1:4 se inicia en las relaciones coitales	Se forman relaciones estables. Capaz de reciprocidad en el cariño a otra persona en vez de la orientación narcisista previa. Mayor actividad sexual.

Adaptado de Neishtein

2. REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia aparece como una categoría estirada cronológicamente hacia dos extremos. Hacia la infancia porque, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de alimentación, la maduración fisiológica reproductiva tiende a adelantarse. Y hacia la juventud como consecuencia del alargamiento del período de preparación y formación, ya que la complejidad tecnológica del mundo laboral exige cada vez mayor preparación intelectual y profesional. Igualmente, las escasas oportunidades para encontrar trabajo e insertarse socialmente en el mundo adulto, el retraso en la estabilización de las parejas y la formación de familias propias, contribuyen marcadamente a este alargamiento del período.

Esta demora repercute en la emancipación del adolescente, provocando, según Ausubel, “una inestabilidad emocional que aleja al joven de la seguridad que le ofrecía su estatus dependiente de la niñez, sin que pueda gozar todavía del adulto, basado en su propia autonomía”.

Se ha pasado de una ideología que tenía como horizonte la omnipotencia a una ideología que tiene como horizonte la impotencia. Los adolescentes, en general, no se distinguen por ser portadores de alternativas utópicas, sino que son vistos, perci-

bidos como individualistas, desencantados, carentes de valores, hedonistas, apolíticos, adictos a la televisión y los video-juegos, adoradores de modas, consumistas...

Esto sólo refleja la situación actual de anomia social (ausencia de legitimación, de valores, de modelos de referencia) en la que la única meta parecer ser la de sobrevivir y adaptarse al modelo social dominante: Competitividad-Consumo, que precisa de individuos muy flexibles, poco sólidos y fácilmente maleables.

De esta adaptación se desprende dos tipos de comportamientos sociales que reflejan de manera clara el perfil tan negativo mencionado anteriormente. Por una parte, se puede hablar de una “desimplicación adscriptiva”, es decir, desmotivación, falta de compromiso ideológico, que tiene como resultado el que el sujeto quede subordinado voluntariamente a la realidad que vive sin mostrar ningún tipo de rebeldía, reivindicación. Aparece en su lugar, un individualismo adaptativo, gobernado por el principio de supervivencia y competencia. Por otra parte, aparece una desvalorización del esfuerzo caracterizado por la búsqueda de los refuerzos a corto plazo, todo se consume en el presente. ¡ El futuro no existe, viva el presente! Esta es la gran promesa en la sociedad de consumo; aquí y ahora. Ya no hay que esperar el paraíso en la tierra (del socialismo) ni el paraíso en el cielo (del cristianismo). En su lugar, aparece una rutinización de la vida, ésta es como un tren que ellos no conducen y del que desconocen, la mayoría de las veces, la dirección. Por lo tanto, lo que hay que hacer es vivir lo más posible en el menor tiempo sin más norma moral que la prosaica traducción del “carpe diem” horaciano: “Hago lo que me gusta y dejo de hacer lo que me disgusta”, o lo que es lo mismo, aprovecha el tiempo presente, vive el momento. En definitiva, se traduce en una búsqueda del bienestar de evasión para salir de esas presiones sociales que les tienen sujetos y que no les dejan respirar.

Una válvula de escape se la va a proporcionar la sociedad de consumo disfrazada de todo tipo de sucedáneos con el objeto último de satisfacer los deseos más profundos. Se va a ayudar para tal fin de un vehículo tan rápido y potente como son los medios de comunicación, los cuales se han encargado de fabricar una filosofía de la vida “adolescente y juvenil” con una fuerza seductora difícilmente incontestable tanto para los jóvenes como para los adultos, siendo estos últimos tanto o más novatos que los primeros en esta sociedad de consumo.

Otro punto clave a resaltar en el contexto social actual es la ruptura de la ecuación cultura=trabajo. Disponer de un nivel de estudios determinado no es condición suficiente para acceder a un empleo pero sí constituye una condición necesaria, además de asegurar una “posición”, un estatus, dentro de esta sociedad que margina a todos aquellos que no consiguen obtener un título.

En resumen, se puede decir que estamos ante “una sociedad que se manifiesta muy frágil y contradictoria, muy permisiva a la vez que exigente y controladora, defensora del idealismo y transmisora del materialismo, muy paradójica e insegura, en definitiva, a la hora de marcar unos límites claros, y contra la que va a resultar muy difícil rebelarse”.(Rubio, J. 1.995)

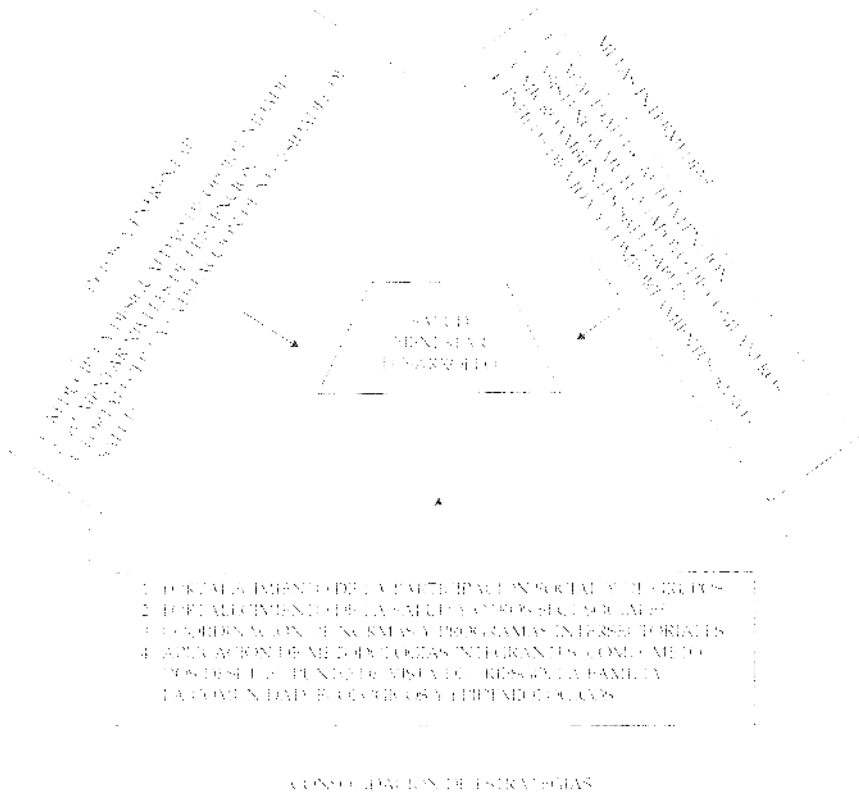
En función de las características de la realidad adolescente expuestas y partiendo del criterio de interdisciplinariedad, se presentan, en la tabla siguiente, los contenidos para poder desarrollar dentro del Programa del Adolescente..

3. CRITERIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

Los jóvenes son motor de cambio social. En este sentido, es preocupante constatar -según recientes investigaciones- su despreocupación mayoritaria ante la participación en la sociedad y hacia su interés en la política. Una de las necesidades que se derivan de este hecho es que nuestros jóvenes sepan que cuentan con un interés real por parte de las instituciones hacia su realidad y sus problemas. Es decir, que sepan que cuentan con intervenciones pensadas "para ellos" y "con ellos" o, lo que es lo mismo, que cuentan con proyectos sociales de futuro. Se trata, en definitiva, de:

- a) Provocar su participación y, por tanto, su protagonismo activo en la creación de su propio futuro.
- b) Intervenir sobre su realidad desde un punto de vista integral, en lo que se refiere a los niveles promoción de la salud y de prevención, evitando actuar sobre los problemas de forma sectorial (alcohol, tabaco, accidentes, entre otros).

Para Carlos V. Serrano, asesor de la OPS, el marco de referencia para promover la salud integral de los adolescentes es el que figura en el gráfico.



Fuente: Marco de referencia para la promoción de Salud Integral de los adolescentes. Tomado de Journal of Adolescent Health. Volumen 14. Nº 8. Diciembre. 1.993.

Consecuentemente con este marco de referencia, los criterios básicos de actuación de un programa dirigido a los adolescentes, vienen definidos por ser:

- A. Integral
- B. Comunitario
- C. Basado en la participación activa
- D. Basado en los principios de la educación para la salud
- E. Con continuidad en el tiempo.

"La adaptación a la transición adolescente muestra cómo la capacidad para afrontarla es el resultado de un proceso de interacción continua y compleja entre el individuo, la época en la que vive y los factores ambientales y socioculturales que le rodean" (Shorter, 1986).

En este sentido, el programa contiene un planteamiento de intervención conjunta e integral a través de tres estrategias diferenciadas: asistencial, educativa y participativa.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

1. ASISTENCIALES

- PREVENCIÓN
- TRATAMIENTO
- REHABILITACIÓN

2. EDUCATIVAS

- TRABAJOS EN ESCUELAS
- TRABAJOS EN
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD

3. PARTICIPATIVAS

- FOROS
- TALLERES DE
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El término integral nos remite a la Intersectorialidad y a la interdisciplinariedad. Los problemas de los ciudadanos son intersectoriales. Por lo tanto, las soluciones y alternativas también lo tienen que ser. Intersectorialidad significa trabajar conjuntamente con otras áreas municipales como Servicios Sociales, Educación, Juventud, entre otras. En este sentido cobra toda su importancia la creación y participación en mesas y comisiones como soporte de actuaciones conjuntas. Asimismo, se requerirá la articulación no sólo de las áreas municipales sino también de otros niveles de la Administración.

Por otro lado, el término interdisciplinar está en relación con la participación técnica de las diferentes profesiones implicadas en el tema de que se trate. Significa ir de lo específico a lo global y de lo global a lo específico. Significa entender la interdependencia de las actuaciones.

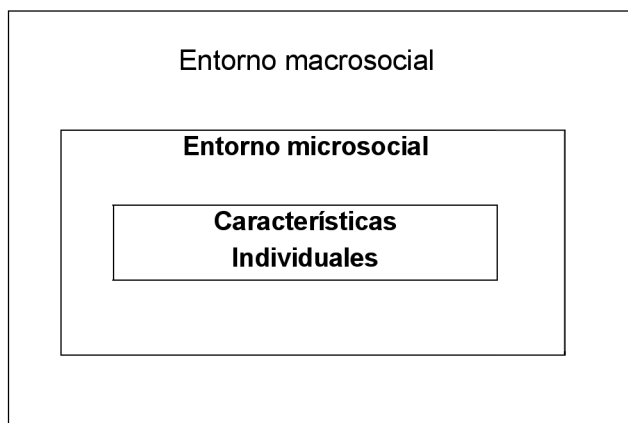
La salud y la enfermedad son fenómenos de una realidad multidimensional y es en este sentido en el que la intervención requiere de un enfoque sistémico. Básicamente este enfoque supone el paso de lo "disciplinar" a lo "problémico" a través de un tratamiento interdisciplinar encaminado a la resolución de un problema. Este enfoque plantea:

- Una estrategia unitaria de pensamiento para la resolución del problema, que debe dar lugar a
- Un proceso de intervención interdisciplinar común
- Un marco teórico único
- Con una estrategia metodológica común pero
- Con unos métodos específicos especializados que finalmente diseñaran
- Una intervención coordinada

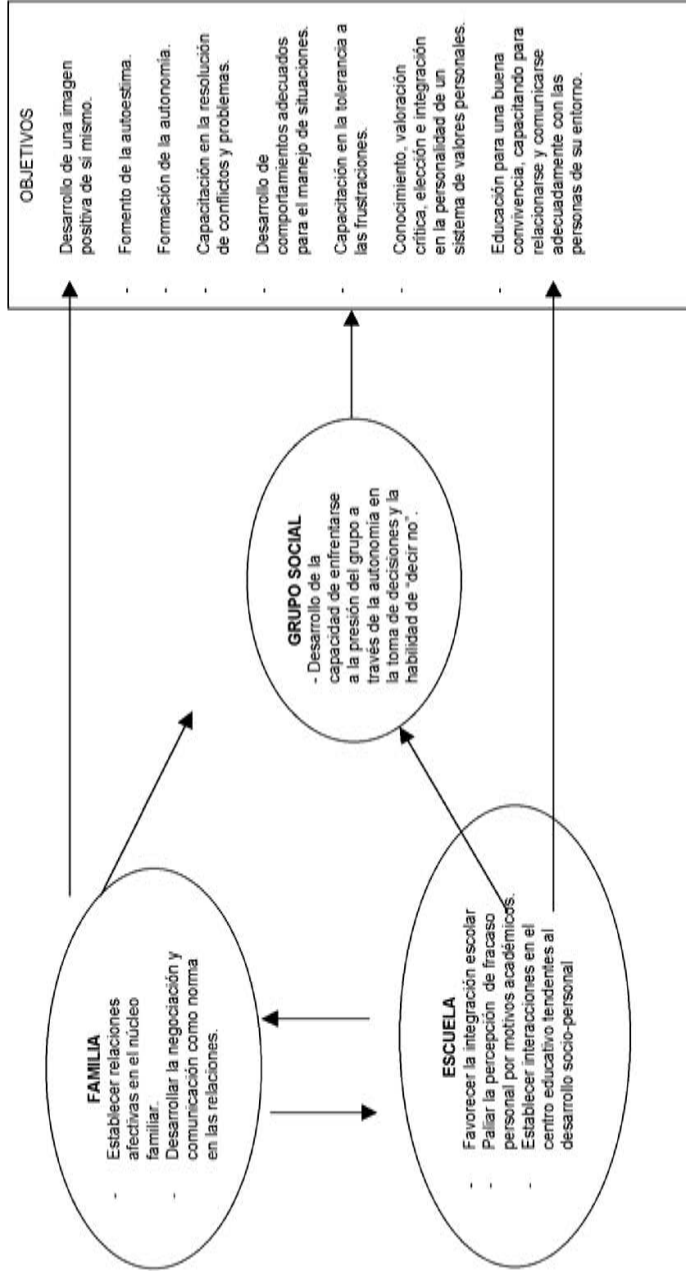
Por comunitario entendemos la intervención en el conjunto de la colectividad y no exclusivamente en determinados ámbitos o sectores. Esta es la razón por la que el Programa plantea una población diana sobre el conjunto de la población adolescente.

El contexto ejerce su influencia a partir del entorno macrosocial o ambiente sociocultural en el que se mueven las personas y del cual recibe las influencias y del entorno microsociales o ambiente más cercano, en el que las personas están vinculadas afectivamente y que lo conforman los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales.

Interrelación macro-microsocial.



INTERRELACIÓN DE LOS FACTORES PROTECTORES MICROSOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES.



Fuente: Adaptado del Programa de Prevención de drogodependencias. Centros educativos de la Comunidad de Madrid. Volumen 1. Módulo Contenidos Generales. PPD.

Para intervenir comunitariamente es necesaria la participación de la población. Es por esta razón por la que adquiere toda su importancia la aplicación de mecanismos de participación activa.

Es sabido por todos que los problemas sociales y sanitarios susceptibles de intervención requieren de la participación de la población a la que va dirigida el programa. Es decir, los problemas de los ciudadanos sólo se pueden resolver contando con su opinión y participación. Bien entendido que los mecanismos que se establezcan serán sujeto de múltiples reajustes y revisiones debido a su dificultad intrínseca.

Por lo tanto, se parte de la convicción de que únicamente con el concurso de los propios adolescentes y de las redes sociales que trabajan con ellos puede ser efectivo un programa dirigido a mejorar su salud.

La Educación para la Salud será un instrumento metodológico básico que impregnará toda la filosofía y las actividades contenidas en un programa de promoción de la salud, apareciendo transversalmente en todas ellas.

La salud, como la educación y la familia, es una forma de socialización. El hombre, igual que incorpora conocimientos, introduce en su ser experiencias de salud, de dolor, de enfermedad, de formas de vivir y de morir. Mensajes que asimila individual y colectivamente en su vida diaria y que le orientan a vivir.

Una nueva visión de la salud requiere una óptica nueva de la Educación para la Salud (EpS) que, desde nuestra experiencia, debe estar orientada por tres objetivos básicos (Serrano, I. Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Una perspectiva metodológica. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1.990)

1. Despertar en los adolescentes su propio valor personal (autoestima) y su fuerza potencial como grupo (ayuda mutua o apoyo solidario).
2. Aportar instrumentos a los adolescentes para analizar la situación patógena en la que viven, los factores de riesgo con los que conviven, a descubrir la necesidad de actuar para modificar estas situaciones.
3. Ayudar a los adolescentes a obtener los recursos y conocimientos necesarios para asumir el control de su propia salud y la de su comunidad.

Dada la dificultad de implantación de actuaciones integrales desde una óptica interdisciplinar e intersectorial, es necesario contar con un ámbito temporal adecuado a la complejidad del proceso. Por esta razón la continuidad del programa es imprescindible para asegurar la intervención gradual y resultados positivos en la salud y calidad de vida de los jóvenes.

4. CONTENIDOS QUE DEBERÍA INCLUIR UN PROGRAMA DE SALUD DIRIGIDO A ADOLESCENTES.

AREA DEL PROBLEMA	DESCRIPCION	MANIFESTACIONES
1) HABITOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> . Inicio tabaco - alcohol . Duerme menos de 9 h. . Abandono del deporte o act.fisica. . Alimentación inadecuada. . Aumento de horas de T.V. (ocio pasivo). . Conductas de riesgo(circulación.) 	<ul style="list-style-type: none"> . Accidentes. . Alcohol - embriaguez. . Tabaquismo. . Uso de sustancias tóxicas.

2) AFECTIVIDAD	. Irritabilidad, decaimiento. . Sentimiento de no ser feliz. . Baja autoestima, descenso de interés.	. Depresión. . Suicidio. . Trastornos adaptativos (crisis vitales).
3) ANSIEDAD	. Dificultades con el sueño. . Cefaleas, fatiga, dolores. . Alteraciones de la imagen corporal. . Uso de medicación para los nervios.	. Trastornos del sueño. . Dolores inespecíficos . Cefaleas recurrentes. . Síndrome premenstrual. . Anorexia, bulimia.
4) DEL APRENDIZAJE Y ADAPTACION ESCOLAR	. Problemas escolares. . Trastornos del desarrollo y aprendizaje.	. Fobia escolar. . Fracaso escolar. . Trastornos profundos del desarrollo.
5) RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES	. Problemas de conducta. . Dificultades de inserción grupal/pareja. . Procesos de individualización / separación.	. Fuga del hogar. . Conducta antisocial. . Sufrimiento de malos tratos y abuso. . Déficit de habilidades sociales.
6) SEXUALIDAD	. Inicio precoz de relaciones coitales. . Falta de información/educación sexual. . No uso de medidas de protección ante embarazo y ETS.	. Trastornos de la identidad sexual. . Embarazos, E.T.S. . Problemas en las relaciones de pareja. . Violaciones y abuso sexual.
7) CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO SALUD GENERAL	. Alteraciones columna . Patología puberal. . Infecciones: Acné, Hepatitis, VIH. . Hipertensión arterial. . Problemas salud bucodental. . Carencia vacunaciones.	. Problemas relacionales. . Absentismo escolar. . Enfermedades y deficiencias físicas.

Referencias bibliográficas de interés relacionadas con educación para la salud

[A]

- Actividad física y salud. Guía para padres y madres, por S. Aznar, et al. Madrid: Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999
- Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud, por José Luis Fernández Turabian. Madrid: Díaz de Santos, D.L. 1991
- Aprender para el futuro. Educación para la salud, por Ricardo Díez Hochleitner. Madrid: Fundación Santillana, 1993.
- Autonomía personal y salud, por Eva Pérez de la Plaza. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Subdirección General de Información y Publicaciones, 2000.

[C]

- La Carpeta: Jóvenes y Salud, por Centro Regional de Información y Documentación Juvenil de Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 1998.
- Catálogo de material didáctico de salud escolar, por Frances Bird, et al. Granada: EASP, Comisión Europea, 2000.
- Catálogo de material didáctico sobre temas de promoción de la salud, por Joan Carles March Cerdá, Andreé Manuel Keenoy, y Luis Andrés López Fernández. Andalucía : EASP, 1993.

- Catálogo de publicaciones y materiales especiales de educación sanitaria, prevención y promoción de la salud. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, 1995.
- Chucherías, no gracias: educación para la salud en ciclo medio. Colegio Público Hermanos Marx, por María del Carmen Bernal Jiménez, Pilar López Lahoz, y Adolfo Lorente Dueñas. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública, 1991.
- Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción, por Juan del Rey Calero. Madrid: Harcourt Brace, 1997.
- Comunidad, escuela de salud, por Carlos Alonso Sanz. Toledo: Junta de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad, Plan Regional de Drogas, 1994.
- Conducta de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990), por Ramón Mendoza Berjano, María Reyes Sagraera Pérez, y Joan Manuel Batista Foguet. Madrid: CSIC, 1994.
- Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990), por Ramón Mendoza Berjano, María Reyes Sagraera Pérez, y Joan Manuel Batista Foguet. Madrid: CSIC, (Politeya : Estudios de Política y Sociedad ; 5), 1994.
- Consejo de la Juventud de España. Asamblea General (12ª. 1999. Madrid) Bases para una política de juventud. Madrid: Consejo de la Juventud de España, 1999.
- Construimos la salud: educación para la salud en un programa comarcal. Bajo Cinca Huesca, por Miguel Torralba Vinue. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública, 1991.
- Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges, por Bjarne Bruun Jensen, Karsten Schmack, y Venka Simowska. Copenhagen, Denmark: The Research Centre for Environmental and Health Education, The Danish University of Education, 2000.
- Cuaderno de Educación para la Salud Almarabú, por Carlos Miguel Álvarez. Zaragoza: Diputación General de Aragón, 1990.
- Cuaderno de Educación para la Salud. (II):guía didáctica Almarabú, por Carlos Miguel Álvarez. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo
- Cuatro años trabajando por la salud de la juventud: Programa de educación y orientación sobre la salud de los jóvenes y adolescentes: 1994-1997. Madrid: Consejo de la Juventud de España, 1998.
- La Cultura de la salud en España, por Asociación de Educación para la Salud. Congreso nacional (1º. 1997. Madrid). Madrid: A.D.E.P.S., 1997.
- Curso de habilidades sociales aplicadas a la promoción de la salud: Zaragoza, 14-15-16 marzo 2001. Zaragoza: Centro Regional de Información y Documentación Juvenil de Aragón, 2001.

[D]

- Desarrollo de la Educación para la salud y del consumidor en los centros docentes, por Valentín Gavidia Catalán, y María José Rodes Sala. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Centro de Investigación y Documentación Educativa, 2000.
- Diccionario de la salud infantil, por Jean Ratel. Barcelona: Grijalbo, 1983.

[E]

- Educación para la salud. Vitoria: Gobierno Vasco, 1987.
- Educación para la salud, por Alain Rochon. Barcelona: Masson, 1991.
- Educación para la salud. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Consejería de Educación, Cultura y Deportes, 1992.
- Educación para la salud, por Miguel Costa. Madrid: Pirámide, 1996.
- Educación para la salud, por Alain Rochon. Barcelona: Masson, 1996.
- Educación para la salud: propuestas didácticas: primaria: primer ciclo. Madrid: Magisterio Casals, 1992.
- Educación para la salud: reto de nuestro tiempo, por Rogelia Perea Quesada. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
- Educación para la salud: una guía práctica para realizar un proyecto, por Alain Rochon. Barcelona: Masson, 1991.
- Educación para la salud a través del juego y el juguete: Terceras Jornadas Desafíos de Juguete en el Siglo XXI, Valencia, febrero, 2001. Valencia: Fundación Crecer Jugando, 2001.
- La Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud, por María Isabel Serrano González (coordinadora-editora). Madrid: Díaz de Santos, 2002; Segovia: Alezeia, 2002.
- Educación para la salud del siglo XXI, La Comunicación y salud. Editorial Díaz de Santos, Madrid, 1997.
- Educación para la salud en Enseñanza Secundaria: SIDA: guía del educador, por Juan R. Ordoñana. Murcia: Sección de Educación para la Salud, Dirección General de Salud, Consejería de Sanidad, Región de Murcia, 1992.
- Educación para la salud en la enseñanza secundaria: propuestas y orientaciones, por Jesús Argudo Periz, y Adolfo Ayuso Roy. Zaragoza: Diputación General de Aragón. Dirección General de Salud Pública, 1994.
- Educación para la salud en la escuela. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
- Educación para la salud en la escuela: experiencia y participación, por Antonio Sánchez Moreno, et al. Murcia: Universidad de Murcia, 1997.
- Educación para la salud y Educación del consumidor en los Centros Docentes de Aragón: programas, formación y materiales. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Comisión Mixta Departamento de Educación y Ciencia, Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2000.
- Educación para la salud y participación comunitaria, por María Isabel Serrano González. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
- Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela, por Hilda Arasa Ferrer, et al. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública, 1991.
- Educación para la salud: un programa de prevención escolar de la drogadicción, por Juan Escámez, et al. Valencia: Generalitat Valenciana, 1993.
- Educación para la salud: un reto para todos, por Juan Agustín Morón Marchena. Dos Hermanas, Sevilla: Ayuntamiento, 1995.
- Educación, salud, discurso pedagógico, por Elsa S. Emmanuele. Buenos Aires: Novedades educativas, 1998.
- Educarse en salud, por José Carlos Sanz Vitales. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social, 1991.

- Los Escolares y la salud, por Ramón Mendoza. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. MEC, 1991.
- Escuela y salud. Las Palmas: Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, 1994.
- Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción basados en la experiencia latinoamericana y caribeña. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
- Este cuerpo tiene que durarme toda la vida: educación para la salud en enseñanza secundaria. C.P. Río Ebro, C.S. Actur Sur Zaragoza, por Carlos Arruga Mombiela, y J. Carlos Moreno Gómez. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Dirección General de Salud Pública, 1994.
- Estrategia de educación para la salud. Vitoria-Gasteiz : Servicio de Publicaciones, Gobierno Vasco, 1990.
- Evaluación de programas de salud y servicios sociales, por María Carmen Pérez-Llantada Rueda. Madrid: Dykinson. Madrid: Dykinson, 1999.
- La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa (un informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea), parte uno, documento base (2 vol), versión española adaptada por Begoña Merino Merino, Hiram Arroyo Acevedo, y Julia Sival Barrera. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000
- La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, configurando la salud pública en una nueva Europa (2 vol.). Luxemburgo: Comisión Europea, 1999.
- Experiencias de educación para la salud en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Regional de Salud. Dirección General de Educación, 1989.

[M]

- Manual de actuación para accidentes en colegios. La Coruña: Ayuntamiento de La Coruña, 19??.
- MAINSTREAMING occupational safety and health into education: good practice in school and vocational education. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. 149p.
- Memoria del curso 2000/2001 del Programa de Educación para la Salud: C.P. Cortes de Aragón. Zaragoza: Colegio Público Cortes de Aragón, 2001.
- Mi, tu, nuestra salud. Cuadernos para la Salud 2 y 3. Madrid: Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, 1997.

[N]

- Las Niñas, los niños y la salud, cuarto grado, por Ángel René Estrada Arévalo. Tuxtla Gutiérrez (Chiapas): Dirección de Divulgación de la Secretaría de Educación de Chiapas, 2001.
- Nuestro cuerpo nuestro amigo: educación para la salud en una escuela rural. Colegio Público San Fernando. La Portellada (Teruel), por María Renales Soler, et

- al. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública, 1991.
- Nuevas demandas de la sociedad actual: Educación para la salud y Educación para el consumo, por Juan Agustín Morón Marchena. Sevilla: Grupo de Investigación "La Profesión Docente Andaluza". Universidad de Sevilla, 1998.
 - Nuevos adolescentes. Aprender a vivir, por María Isabel Serrano González (coordinadora), et al. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía; 2002.
 - Nuevos horizontes para la promoción de la salud en las escuelas (Literatura gris): la investigación en la educación para la salud, por Valentín Gavidia. Ponencia de la Reunión de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), Cáceres 28-30 de septiembre de 1998.

[O]

- Los Objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.

[P]

- Planificación de la educación para la salud en la escuela en Aragón (1985-99), por Javier Gallego Diéguez. Zaragoza: 1999.
- Prescribing learning: a guide to good practice in learning and health, por Kathryn James. Leicester: NIACE, 2001.
- Primeras Jornadas Municipales sobre Adolescencia y Salud. Madrid: Escuela de Sanidad y Consumo, 1997.
- Primeros auxilios en la Educación Infantil: guía práctica para docentes, por Rocío Carrera Cores. Pontevedra: Ideas Propias, 2004, 111p.
- Promoción de la salud basada en la evidencia, por E.R. Perkins, I. Simnett, y L. Wright. Chichester: John Wiley, 1999.
- Promoción de la salud de la juventud europea: la educación para la salud en el ámbito educativo. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos, por Owen Metcalfe, et al. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- Promoción de la salud en los centros de educación secundaria de Europa, por Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa, 1998.
- Promoción de la salud en los Centros de Educación Secundaria de Europa: guía práctica, por Carmen Pérez Rodríguez (coordinadora). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- La Promoción de la salud: una perspectiva pedagógica, por María Dolores Flores Bienert (coordinadora). Valencia: Nau Llibres, 2003.
- La Promoción integral de la salud: un reto de futuro, por Honorio Carlos Bando Casado. Madrid: GlaxoSmithKline, 2002.
- Proyecto Vivir con el río: XVII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. París, 15-20 de julio de 2001, por Ángel Pueyo Izquierdo. Teruel: Vivir con el río, 2001.

[R]

- Red de actividades de promoción de la salud Andalucía: EASP, 1993. RED de actividades de promoción de salud nº 5 : sida y salud , por José Luis, Bimbela Pedrola. Granada: Escuela Andaluza de Promoción de Salud, 1995.
- Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa, Ministerio de Educación y Cultura, 1998.
- Las Representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños, por Fernando Conde, y Cristina Santamarina. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Comunidad de Madrid, 1997.
- Mi, tu, nuestra salud. Cuadernos para la Salud 2 y 3. Madrid: Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, 1997.

[S]

- La Salud del escolar: la escuela como ecosistema, por Manuel Rico Vercher. Madrid: EOS, 2002.
- La Salud en la escuela y la guardería: aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por Manuel Alfonso, et al. Barcelona: Laertes.
- Forum de Pediatría Psicosocial, 1995. La Salud es una buena opción: ¿crees que la salud está en manos del destino o depende de los buenos hábitos?, por Carmen Cárdenas. Madrid: Cruz Roja Juventud, 1996.
- Salud y desarrollo de los jóvenes : Documento de trabajo para el examen y la evaluación de las medidas adoptadas para aplicar el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes, por OMS, UNICEF, FNUAP, y ONUSIDA. Ginebra: Naciones Unidas, 1998.
- Salud y juventud, por Mariano, Hernán, María Ramos, Alberto Fernández, y Escuela Andaluza de Salud Pública.

[V]

- La Vida saludable. Madrid: Fundación Española del Corazón, 2001.
- Vida sana: educación para la salud en la escuela rural. Colegio Público Roman García. Albalate del Arzobispo (Teruel), por Alicia Calavia González. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública, 1991.
- VIII Semana de la salud Zaragoza, 20-26 de marzo de 1999: mascotas y salud. Zaragoza: Colegio Santo Domingo de Silos, 1999.

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
Consulta del Adolescente

Feliciano Motilla López
Director de Enfermería de Atención Primaria
Departamento de Salud 5

INFORMACIÓN PREVIA

(Proyecto de detección e intervención precoz en trastornos de la conducta alimentaria DITCA 2003-2004)

- Muestra: 6.666 niños de 14 a 16 años de las tres provincias de la C.V.:
- El 30,2% de los niños beben alcohol durante el fin de semana
- El 5,8% posee bajo peso y el 21,7% sobrepeso u obesidad
- El 18,1 % han seguido dieta de adelgazamiento en alguna ocasión
- Fuman diariamente el 16,5% (18,9% chicas frente al 14,9% de chicos) y con menos periodicidad el 14,5% (17,2% chicas y 12,8% chicos), hay que destacar el mayor hábito tabáquico de las chicas respecto a los chicos.

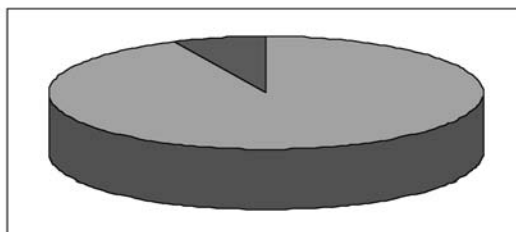
INFORMACIÓN PREVIA

(Encuesta sobre sexualidad en la Comunidad Valenciana)

- Datos procedentes de una muestra de 2.500 jóvenes de 16 a 24 años de ambos sexos
- La edad media de inicio de las relaciones sexuales completas, es de 17,09 en chicas y 16,47 en chicos.
- Se mantienen un elevado porcentaje de prácticas de riesgo para embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (coito interrumpido, pareja desconocida sin protección etc.)
- Existe un elevado número de jóvenes que desconocían los recursos existentes de información y atención a los problemas sexuales.

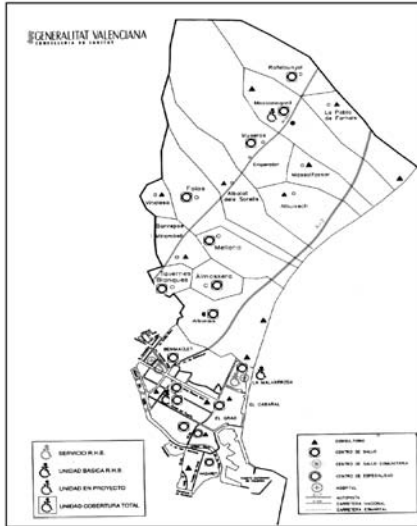
POBLACIÓN DIANA

Población escolarizada entre 12 y 18 años en Centros Docentes de la Comunidad Valenciana (de 1º ESO a 2º de Bachillerato)

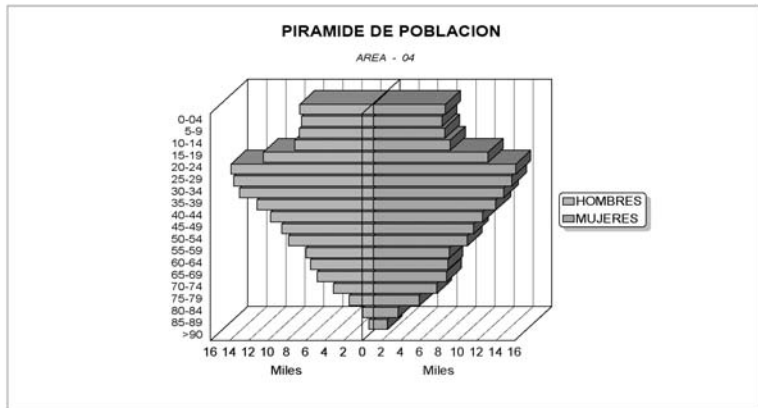


		PORCENTAJE
POBLACION C. VALENCIANA	4.543.304	100
ADOLESCENTES (12-18 AÑOS)	335.442	7,38

Departamento-Salud--5



< DE 15 AÑOS	46.060 habitantes	13,89 %
ENTRE 15 Y 65 AÑOS =	235.912 habitantes	71,14 %
➤ DE 65 AÑOS =	49.634 habitantes	14,97 %
➤ 12- < 18 AÑOS =	49.000 Adolescentes	15%



JUSTIFICACION DEL PROGRAMA

Aumento progresivo en la CV de los factores de riesgo entre la población adolescente:

- Tabaquismo.
- Obesidad.
- Anorexia, bulimia.
- Agresividad.
- Embarazos no deseados.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Potenciar, la presencia y actuación de los profesionales de la Salud entre los adolescentes, en su medio habitual:

“La escuela”.

Desarrollando una actuación integral:

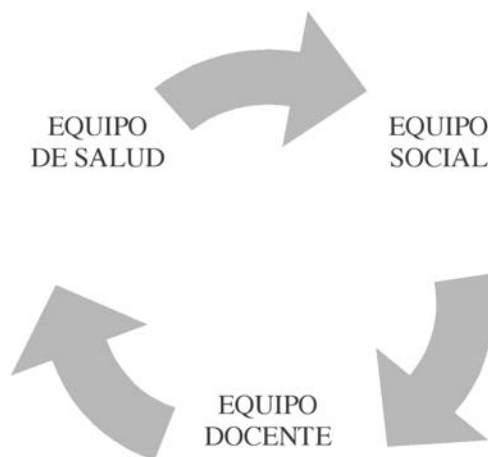
- Intervención
- Captación
- Derivación

- La adolescencia, como etapa clave de cambios en los hábitos, los valores, las actitudes y la consolidación de un estilo de vida, decisivo en la salud futura del mismo
- Baja utilización de los servicios de salud, por los adolescentes.
- Enfermería, como agente sanitario más influyente en los determinantes de promoción y prevención de la salud.(OMS)

OBJETIVO GENERAL

- Promocionar el aumento de adolescentes de la Comunidad Valenciana, que adquieran actitudes y hábitos saludables.
- Potenciar la actuación e interrelación, entre los servicios sanitarios, los centros docentes y los servicios sociales (municipio).

ACTUACIÓN INTERRELACIONADA



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar una respuesta adecuada, a las necesidades actuales de salud, de los adolescentes, por medio de la actuación coordinada entre los profesionales Docentes-Sanitarios.
- Favoreciendo, el acceso ágil a los programas de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. APORTANDO:

Apoyo, Consejo y Orientación

2. MOTIVANDO:

Los factores protectores de Salud, “actitudes y hábitos saludables”.

3. IDENTIFICANDO:

Los factores de riesgo, “comportamientos y estilos de vida que puedan afectar negativamente a la Salud del adolescente.

4. AUMENTANDO:

La capacidad y la responsabilidad del adolescente, en el cuidado de su Salud.

5. DETECTANDO PRECOZMENTE LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS.

- Salud mental:

Trastornos afectivos (ansiedad, depresión, agresividad)

- Salud alimentaría:

Trastornos en la conducta alimentaría (obesidad, anorexia bulimia)

- Conductas adictivas: (alcohol, tabaco y otras drogas)

- Salud sexual:

Conductas y hábitos de riesgo, embarazos no deseados)

6. DESARROLLAR UNA ACTUACIÓN INTEGRAL POR MEDIO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:

• Profesionales sanitarios-(EAP-AE-SP).

• Profesionales docentes.

• Profesionales especializados.

• Asesoramiento y apoyo

• Psicopedagógico.

7. ESTABLECER CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Adecuados entre todos los profesionales y programa implicados.

8. CREAR VÍAS DE ACCESO AL REFERENTE SANITARIO DEL C.S.

Para posibilitar una actuación ágil y precoz, con garantías de privacidad y confidencialidad.

9. ASIGNAR UN REFERENTE RESPONSABLE SANITARIO (ENFERMERA)

Nombre, nº teléfono y correo electrónico del profesional para contacto rápido y directo.

10. PROMOVER ACTUACIONES PREVENTIVAS ORIENTADAS A LA COMUNIDAD:

Municipio, asociaciones sociales y medios de comunicación.

Campañas informativas y publicitarias.

PROCESO DEL PROGRAMA

FASES:

1ª). 1º Curso secundaria 12-13 años.

Pediatra y Enfermería.

Lugar: Centro Salud

2ª). 2º-3º Curso secundaria 13-14 años.

Pediatra y Enfermería.

Lugar: Instituto

*Valoración y Registro

3ª- 4º curso secundaria 15-16 años

Enfermera

Lugar: Instituto

*Registro y control continuado

4ª- 4º curso secundaria 15-16 años.

Enfermera

Lugar: Centro Salud.

*Consejo y orientación

5ª.- 4º curso secundaria 16 años.

Enfermera.

Lugar: Centro Salud.

*Prevención, control y captación.

6ª.-1º Y 2º bachillerato 17-18 años.

Enfermería.

Lugar: Instituto/ C. S.(Cita).

*Registro y Evaluación de resultados

COMUNICACIONES A LA 3ª MESA

**ADAPTACIÓN CULTURAL A POBLACIÓN
ESCOLAR COLOMBIANA, DEL
INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)
PARA ADOLESCENTES:VSP-A.**

Jaimes-Valencia ML.

Richart M.

Cabrero J.

Palacio J.

Florez-Alarcón L.

*Departamento de Enfermería
E.U.E. Universidad de Alicante*

Palabras Clave: Adaptación cultural, adolescentes, bienestar, validez lingüística.

RESUMEN

Objetivo: Adaptar a población escolar colombiana, el instrumento genérico de CVRS para adolescentes: VSP-A.

Material y métodos: La primera fase corresponde a un estudio cualitativo. Desarrollado en tres etapas: a) Acuerdos con autores originales b) Traducción directa y obtención de la primera versión consensuada, con apoyo de informantes clave c) Entrevistas con adolescentes de 11-18 años, de diferentes estratos socioeconómicos de dos ciudades colombianas y obtención de la segunda versión consensuada.

Resultados y conclusión: Las traducciones, ubicaron los 39 ítems como equivalentes. Las reuniones de consenso y entrevistas grupales con la población diana permitieron obtener una segunda versión consensuada con 7 ítems iguales a la versión original española. En general la combinación de diferentes técnicas cualitativas permitió obtener el VSP-A versión colombiana. Considerado útil para valorar la salud y calidad de vida del adolescente.

Cultural adaptation to Colombian school population, of the instrument of quality of life related with the health (CVRS) for adolescents: VSP-A

Key words: Cultural adaptation, adolescents, well-being, linguistic validity.

SUMMARY

Objective: To adapt Colombian school population, the generic instrument of CVRS for adolescents: VSP-A.

Material and methods: The first phase corresponds to a qualitative study. Developed in three stages: to) Agreements with authors original b) Forward translation and obtaining of the first version consensuada, with key informants' support c) Interview with adolescents' groups of 11 to 18 years of different socioeconomic strata of two Colombian cities and obtaining of the second version consensuada.

Results and conclusion: The translations, located the 39 questions like equivalent. The consent meetings and interviews grupales with the population reveille allowed to obtain it unites second version consensuada with 7 questions similar to the Spanish original version. In general the combination of different technical qualitative allowed to obtain VSP-A Colombian version. Considered useful to value the health and quality of the adolescent's life.

INTRODUCCIÓN

La literatura cubre un amplio rango de componentes al referirse a la Calidad de vida (CV) que van desde la capacidad o habilidad funcional, incluyendo el desarrollo de las funciones o papeles habituales (doméstico, laboral), pasando por el grado y la calidad de las interacciones sociales y comunitarias, hasta el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas (dolor) y la satisfacción con la vida. Para los investigadores de las ciencias de la salud, viene surgiendo la preocupación por esclarecer la diferenciación entre estado de salud, estado funcional, síntomas, emociones bienestar, calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a la hora de desarrollar medidas que valoraren estos conceptos. En el caso de la CVRS no existe consenso por parte de los investigadores frente al concepto pero es reconocido que es un constructo multidimensional en el que los investigadores están de acuerdo que deben estar incorporados aspectos físicos, psicológicos, y sociales.

Los instrumentos de CVRS, pueden ser creados o adaptados a diferentes contextos culturales o países, y tiene por objetivo asegurar una equivalencia lingüística y conceptual, con el instrumento original, y replicar en lo posible sus propiedades psicométricas, para ello se recomienda hacer uso de la metodología traducción directa e inversa y estudio piloto de adaptación.

El interés en esta temática es mundial y la literatura reporta que la mayoría de los instrumentos han sido creados en culturas de habla inglesa, siendo reducido el número de instrumentos adaptados o creados en el idioma español y todavía menos los utilizados en América Latina. Esta última situación es lógica puesto que, gran parte del interés en el siglo pasado se dirigió a buscar la supervivencia de la población menor de 5 años, pero en la actualidad, cada vez más se evidencia en países de América Latina y en especial en Colombia, la necesidad de desarrollar acciones hacia los grupos en edad escolar (básica y secundaria), de tal manera que tener la opción de medidas que contemplen aspectos subjetivos podría ser de utilidad, al permitir identificar aspectos del bienestar que estén afectando la CV del adolescente.

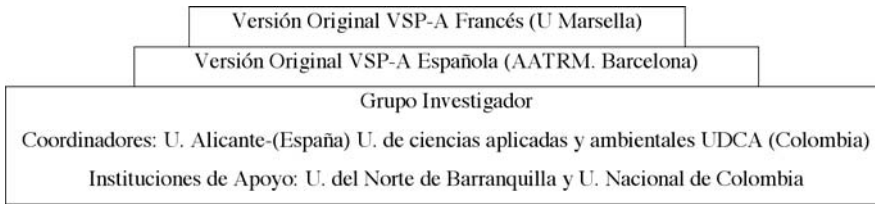
Descripción del instrumento genérico Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent (VSP-A):

Es un cuestionario de salud y CV para adolescentes de 11 a 17 años de edad, creado en Francia, con una fiabilidad valorada mediante el α de Cronbach de 0.83 y la validez de constructo aceptable. El VSP-A, de España con 37 ítems y una fiabilidad de 0,69 a 0,92 que corresponde a 10 dimensiones: bienestar psicológico, vitalidad, bienestar físico, autoestima, relación con los padres, amigos, profesores, actividades escolares, ocio y un módulo adicional de relación con el personal de salud. Con el objeto de introducir medidas que valoren las percepciones que tengan los jóvenes sobre su calidad de vida y la no existencia de este tipo de instrumentos en países como Colombia justifican el planteamiento de adaptar a población escolar colombiana, el instrumento genérico de CVRS para adolescentes: VSP-A.

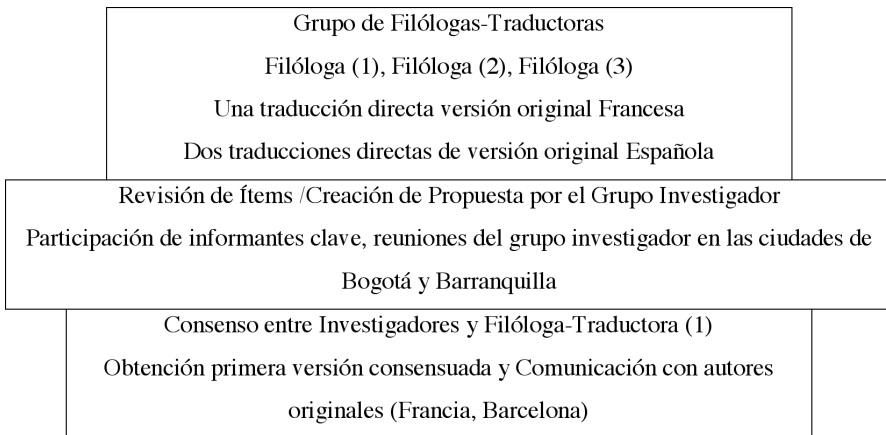
MATERIAL Y MÉTODO

La primera fase de este estudio buscó obtener la validez lingüística del instrumento adaptado con el original, para tales efectos fue dividido el estudio en tres etapas como se presenta en la figura 1.

Etapa I: Acuerdos entre investigadores y autores originales de los instrumentos



Etapa II: Traducción directa /primera versión consensuada (PVC)



Etapa III: Entrevistas grupales /segunda versión consensuada (SVC)

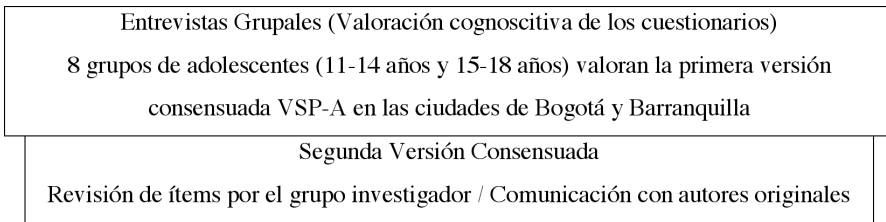


Figura 1. Etapas del proceso de adaptación cultural

Etapa I. Acuerdos entre investigadores y autores originales de los instrumentos

Los acuerdos con los autores correspondieron: a) hacer la traducción directa de la versión original francesa (VOF) y de la versión original española (VOE) esta última del español de España al español de Colombia. b) no realizar la retro-traducción del castellano colombiano al francés c) realizar entrevistas grupales d) desarrollar el estudio piloto de adaptación (los resultados del estudio piloto de adaptación no se presentan en esta comunicación). Estas dos últimas con jóvenes de 11 a 18 años de las ciudades de Bogotá y Barranquilla.

Etapa II. Traducción directa hasta obtener la primera versión consensuada (PVC)

Etapa que comprendió, las traducciones por parte de las filólogas y posteriores acuerdos con investigadores, buscó obtener la validez lingüística: sintáctica, semántica y pragmática de los ítems (con la ayuda de lingüistas-traductoras, informantes clave y reuniones de discusión del grupo investigador). Para efectos de la organización de esta investigación, son denominados filólogas (1) (2) (3). Todas reunieron los requisitos internacionales exigidos (traductores bilingües cuya lengua materna sea el idioma al que va dirigido el cuestionario); Error! Marcador no definido.. Las traducciones directas permitieron organizar las equivalencias en tipo A (filólogas por separado coincidieron en dejar igual que la VOE) tipo B con necesidad de ser modificados para obtener la equivalencia semántica y conceptual (B1, identificados cambios menores entre las traducciones; B2, cambios que requieren introducir aspectos culturales) y tipo C (ítems no adecuados al contexto de los adolescentes colombianos).

Valoración por separado grado dificultad de traducción (0-10)
Filóloga-traductora (1) con conocimientos en Francés, Inglés, Español
Realiza traducción hacia delante de la versión original VSP-A Francesa.
Filóloga (2) con conocimientos en el idioma Inglés y Español.
Filóloga (3) con conocimientos en el idioma Español y Francés.
Filóloga (2,3) realizan por separado traducción de la versión original VSP-A Española
Las traducciones directas de las filólogas (2) y (3) y las propuestas de investigadores son tenidos en cuenta para el consenso, con la filóloga-traductora (1)

Figura 2. Grupo de filólogas –traductoras del VSP-A

Los informantes clave valoraron la dificultad en la comprensión de los ítems, (0 mínima dificultad y 10 máxima dificultad en la comprensión), de la versión original del VSP-A en español e hicieron observaciones al respecto para mejorar la comprensión de los ítems, Dichas observaciones fueron clasificadas en tipo A (ítems para dejar iguales al original español), tipo B (B1 ítems con algunas dificultad así fuera mínima para la comprensión de las palabras o ítems con necesidad de especificar el sentido del mismo, B2 ítems con necesidad de introducir expresiones culturales más adecuadas al medio colombiano) y tipo C (ítems no adecuados al contexto colombiano). Las observaciones permitieron obtener una primera validez lingüística de los ítems previa a las reuniones de consenso con las filólogas.

Traducción directa de las versiones originales español y francés VSP-A (valoración 0-10 dificultad traducción)
Informantes clave (valoración 0-10 dificultad en la comprensión ítems) clasificación de observaciones (ítems tipo A, B1, B2 YC)
Revisión de los ítems por parte del grupo investigador

Identificación de equivalencias (tipo A, B1,B2,C)
Elaboración de propuesta unificada por parte de los investigadores.
Primera versión consensuada y comunicación con autores originales

Figura 3. Proceso revisión de ítems y consenso

Etapa III. Entrevistas grupales con adolescentes y segunda versión consensuada (SVC)

Esta etapa buscó comprobar la comprensión de las palabras y frases, de igual manera mejorar y facilitar la formulación de las preguntas teniendo en cuenta el vocabulario frecuente de los jóvenes colombianos entre los 11 y 18 años. Además fue valorado el periodo recordatorio y las escalas de respuesta. Las observaciones y el análisis de los datos cualitativos recolectados, permitieron generar la segunda versión consensuada (SVC).

La muestra en las entrevistas grupales fue de conveniencia, equilibrada en sexo, y edad, de igual manera se buscó que dentro de los participantes estuvieran jóvenes que pertenecientes a los 6 estratos socioeconómico de las ciudades de Bogotá y Barranquilla, con el fin de que en los grupos estuvieran representados adolescentes de todas las condiciones de vida de la población colombiana. El procedimiento para las entrevistas grupales fue unificado, se comentaron los instrumentos (VSP-A original español y primera versión consensuada del VSP-A colombiano). Los participantes recibieron inicialmente la primera versión, la cual debían diligenciar y las inquietudes que surgieran a ser comentadas en la entrevista grupal.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes entrevistados

RESULTADOS

Los resultados del VSPA se muestran siguiendo las dos partes del cuestionario. La primera comprende la introducción con las instrucciones de diligenciamiento, y la segunda incluye los resultados respecto a los ítems, dimensiones y los módulos de relación con el personal de salud y satisfacción con la vida sentimental y sexual.

La dificultad en la traducción directa (0-10 puntos) de la VOE y VOF en la primera parte del cuestionario fue valorada en 0 puntos. Las equivalencias de la traducción directa VOF (comparada con la VOE), y las dos traducciones directas de la versión original española VOE en general fueron de tipo B1, (es decir con cambios menores en algunas palabras) en los aspectos de instrucciones de diligenciamiento, periodo recordatorio, contacto con los autores y las escalas de frecuencia e intensidad.

Los resultados de la segunda parte del VSP-A, en la valoración de la comprensión de los ítems por parte de los informantes clave (3 enfermeras estudiantes de doctorado de la Universidad de Alicante, de nacionalidad colombiana) identificaron 14 ítems con mayor dificultad para ser comprendidos por los adolescentes colombianos con valores entre 6-10 puntos, (ítems 3, 5, 6, 10, 17, 18, 19, 24, 25, 27, 34, 35, 36, 38) algunos ejemplos son: “VOF.. Satisfait de votre vie sexuelle?, Trop gros(se) ou

trop maigre, trop grand(e) ou trop petit(e)?.. Le moral?” “VOE..¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida sexual?, ¿Te has sentido demasiado gordo/a, demasiado delgado/a, demasiado alto/a, demasiado bajo/a?, ¿Te has sentido con la moral alta?.” En general las observaciones de los informantes clave permitieron identificar 10 ítems para dejar igual que el original español (tipo A), 24 ítems tipo B1 (introducir cambios en algunas palabras), y 2 ítem tipo B2 (introducir ejemplos). En síntesis, los informantes clave consideraron a todos los ítems como preguntas cercanas a las realidades de los jóvenes colombianos con requerimientos en aspectos semánticas y culturales.

Respecto a la traducción independiente de la VOF, 5 ítems reportados con valores de 10 puntos (ítem 24, 25, 37, 38, 39), por ej. “Tendance à prendre la vie du bon côté?, Le moral?, Êtè entouré(e), aidé(e) par le personnel soignant (médecin, infirmière, psychologue...)?” “Tienes tendencia a tomar la vida por el lado amable? y el ánimo?, Te has sentido rodeado (a), atendido(a) por el personal médico (doctores, enfermeros, psicólogos...)?”. Respecto a las traducciones independientes de la VOE, ningún ítem fue reportado con valores entre 6 y 10 puntos. En general la primera versión consensuada consto de 7 ítems iguales a la versión original española (tipo A) y 32 ítems de tipo B1 y B2. De los cambios más discutidos fue el ítem 16, para dejarlo en sentido positivo “VOE ¿Te has sentido acomplexado/a por tu físico tu aspecto?” por “¿te has sentido a gusto con tu aspecto físico?.” Esta propuesta se informó a los autores originales de los instrumentos.

Por otra parte las entrevistas con los 8 grupos de jóvenes, permitieron identificar 6 de los 39 ítems del cuestionario (PVC) con necesidad de incorporar algunos aspectos que dieran mayor claridad al ítem para ser asequible al lenguaje de los jóvenes, es el caso del los ítems 5,6, 8, 11, 23 y 37 algunos ejemplos se presentan en la tabla 2. Respecto a los ítems de los módulos adicionales de relaciones con el personal de salud, la mayoría de los jóvenes comentaron que si debían pensar en el personal de salud que iba a las escuelas/colegios o si era el personal de salud que estaba en los hospitales o centros de atención, por este motivo en las opciones de respuesta se modifico de la siguiente manera “VOE No he solicitado servicios de salud” versión adaptada en Colombia “No hemos tenido contacto escuela/hospital” otro caso es el módulo de satisfacción con la vida sentimental y sexual, en el grupo de 11 a 14 años el inicio de relaciones sexuales es menos frecuente, por ese motivo para algunos de lo jóvenes era importante que en las opciones de respuesta estuviera la opción de respuesta “No tengo” y se hiciera más evidente dentro del formulario, de esta manera los jóvenes sugirieron resaltar con negrilla “No tengo” puesto que para algunos de los entrevistados al diligenciar el formulario rápidamente no se habían dado cuenta de esa opción de respuesta, otros participantes manifestaron que esa pregunta era para los adolescentes de mayor edad. Otro de los hallazgos respecto al tiempo utilizado por los participantes en el diligenciamiento del cuestionario (PVC) oscilo entre 7 y 11,15 minutos. En la tabla 2 son presentados algunos de los ítems remodificados por sugerencias de los adolescentes después de las entrevistas, otros en los que los jóvenes ratifican como comprensibles los cambios que se habían incorporado. De esta manera la segunda versión consensuada quedó conformada con 7 ítems iguales a la versión original española, y 27 ítems con modificaciones semánticas y 5 ítems con cambios culturales.

DISCUSIÓN

Este estudio permitió obtener la versión colombiana del cuestionario genérico de CVRS para adolescentes VSP-A, cumpliendo con la primera fase del proceso de adaptación cultural. Además se ha seguido la metodología aceptada para adaptación de instrumentos Traducción directa e inversa, reuniones de consenso entre traductores e investigadores/entrevista individuales o grupos de discusión con población diana, estudio piloto de adaptación,⁶ con algunas modificaciones respecto a la normativa general.

En general la adaptación cultural de instrumentos requiere de una metodología rigurosa y sistemática que permita mantener los significados de los ítems y el mantenimiento de las propiedades psicométricas con que fue creado el instrumento. Para tales efectos las traducciones hacia delante de este estudio han permitido obtener la validez lingüística (sintáctica, semántica, y pragmática de los ítems, es decir la equivalencia de significados entre culturas), junto con las reuniones de los investigadores (Alicante, Barranquilla y Bogotá), y la combinación de técnicas cualitativas como la participación de informantes clave (personas generalmente con un bagaje de conocimientos y experiencias relacionados con el problema o fenómeno a estudio),⁷ y las entrevistas grupales con los grupos diana, permitieron determinar las dificultades en la comprensión de los ítems.⁸

Las traducciones hacia delante, con sus respectivas puntuaciones de dificultad en la traducción, y las equivalencias del cuestionario VSP-A original francés, en el que la cuantificación en la adaptación permitió identificar necesidades de cambios semánticas y culturales en especial en la dimensión de bienestar psicológico, vitalidad y el módulos de relaciones con el personal de salud, siendo similar en la traducción directa del VSPA original español, donde se identificaron mayores dificultades en las dimensiones de bienestar psicológico, vitalidad y el módulo de relaciones con el personal de salud, y satisfacción con la vida sentimental y sexual, este último aspecto fue identificado también por los informantes clave y coincide con los reportes del proceso de adaptación al español del VSP-A.⁹

Este proceso permitió, en general, crear una PVC muy cercana a las realidades de la población diana, hecho evidenciado en las entrevistas grupales donde los jóvenes de las dos ciudades y de los 6 estratos socioeconómicos identificaron en su mayoría que los ítems de la versión colombiana del VSPA eran más comprensible que las versiones originales. Por otra parte la indagación con los adolescentes colombianos no solo buscó determinar la comprensión de las palabras, frases y formulación de los ítems a través de entrevistas grupales si no el consenso de cada grupo entrevistado.

REFERENCIAS

- ¹ Bowling A. Conceptualización de la función física, la salud y la calidad de vida: La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Ediciones Masson- Barcelona. 1994:1-13.
- ² Anderson K, Burckhart C. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29 (2), 298-306
- ³ Prieto L, Badia X. Cuestionario de salud: concepto y metodología. *Atención Primaria*. 2001; 28 (3):201-209.

- ⁴ Simeoni Mc, Auquier P, Antoniotti S, Sapin C, San Marco J. Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Quality of Life Research*. 2000; 9: 393-403
- ⁵ Serra-Sutton V, Rajmil L, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Ferrer M, Robitail S, Simeón M. Fiabilidad y validez del cuestionario de salud y calidad de vida para adolescentes Vécu et Santé Percue de l'Adolescent (VSP-A). *Atención Primaria*. 2006;37(4): En prensa
- ⁶ Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, Auquier P, Power M, Abel T, Czemy L, Mazur J, Czimbalmas A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J. the European KIDSCREEN Group. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert. Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2005;5(3):353-364.
- ⁷ Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. *Editorial universitaria de Antioquia (Colombia)*. 2003:230-233
- ⁸ Barofsky I. Cognitive approaches to summary measurement: Its application to the measurement of diversity in health-related quality of life assessments. *Quality of Life Research*. 2003;12:251-260
- ⁹ Serra V, Herdman M, Rajmil L. Adaptación al español del cuestionario Vecú et Sante Percue de l'Adolescent (VSP-A): Una medida genérica de calidad de vida para adolescentes. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002;76(6):701-712

Tabla 2 Transformaciones de algunos ítems del cuestionario VSP-A

Dimensión	Original Español	Informante Estudiante Doctorado	Filólogas (2) y (3)	Filóloga (1)	Primera versión consensuada		Aspectos detectados en las entrevistas cognitivas	Segunda versión consensuada
					Observación Dificultad comprensión (B2) V:5	Equivalencia Dificultad traducción (B2) V:3		
Relación personal de salud	37. ¿Te has sentido ayudado por el personal de sanitario (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a. etc)?	(B2) V:5	Equivalencia Dificultad traducción (B2) V:3	Equivalencia Dificultad traducción (B2) V:10	37. ¿Te has sentido ayudado(a) por el personal de salud (Médico/a, Enfermero/a, Psicólogo/a, Odontólogo/a, Nutricionista, etc.)?	37. “es con el personal del colegio o el de afuera también” “el personal de salud no lo visita a uno, uno va para que lo atiendan” “que lo atienden a uno bien, un buen servicio..que lo tratan bien”	37. ¿Te has sentido atendido(a) por el personal de salud (Médico/a, Enfermero/a, Psicólogo/a, Odontólogo/a, Nutricionista, etc.)?	
Satisfacción con la vida sentimental y sexual	9.¿Te has sentido satisfecho/a con la relación sentimental con tu chico/a?	(A) V:0	(B1) V:3	(B1) V:0	9.¿Te has sentido a gusto, satisfecho(a) de tu relación sentimental con tu novio(a)?	9. “relación sentimental es una relación amorosa, piensa uno en la novia” “que si uno tiene novio(a) que si esta feliz con ella..”	9. Igual a la primera versión consensuada	

Tabla 2 Continuación. Transformaciones de algunos ítems del cuestionario VSP-A

Dimensión	Original Español	Informante	Filólogos	Filóloga	Primera versión consensuada	Aspectos detectados en las entrevistas cognitivas	Segunda versión consensuada
		Estudiante Doctorado	(2) y (3)	(1)			
Actividad de ocio	23. ¿Has hecho algún tipo de actividad al aire libre con tus amigos o amigas: ir en bici, practicar algún deporte...?	Observación Dificultad comprensión (B2) V:5	Equivalencia Dificultad traducción (B2) V:3	Equivalencia Dificultad traducción (B2) V:5	23. ¿Has hecho algún tipo de actividad al aire libre con tus amigos(as): caminar, ir al parque, practicar algún deporte...?	23. "practicar algún deporte, básquetbol, patinaje" "caminar, jugar fútbol, ir al parque"	23. ¿Has hecho algún tipo de actividad al aire libre con tus amigos(as): caminar, ir al parque, practicar algún deporte (fútbol, básquetbol, patinaje)?
Autoestima	16. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu físico, por tu aspecto?	(B1) V:5	(B1) V:2	(B1) V:0	16. ¿Te has sentido bien, con tu aspecto físico, tu apariencia?	16. "que si estoy amañado con mi físico" "acomplejado no la entiendo..acomplejado es como preocupado..que no le gusta la oreja del cuerpo"	16. Igual a la primera versión consensuada
Vitalidad	24. ¿Te has sentido con la moral alta?	(B1) V:10	(B1) V:5	(B1) V:10	24. ¿Te has sentido animado, con deseos de salir adelante?	24. "moral alta???" "moral es como los ánimos" sentirse orgulloso animado "salir adelante aclara que es esforzarse por algo"	24. Igual a la primera versión consensuada

PROTOCOLO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL Y DIETÉTICA DE COMEDORES ESCOLARES

Manuel Gallar^{1,2}, Juan Maestre¹, Juan Mario Domínguez²,
Manuel Lillo², Isabel Casabona²

¹Instituto de Formación Profesional Superior La Melva. Elda.

²Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

PALABRAS CLAVE

Nutrición comunitaria, protocolo comedores escolares, alimentación infantil.

I. OBJETIVO

Valoración del proceso de alimentación escolar ofertado en un colegio público de Alicante mediante un protocolo específico diseñado por nosotros.

II. MÉTODO

En el mencionado centro escolar, se ha llevado a cabo la valoración de los menús de los siguientes meses:

- Octubre de 2004: 19 menús. Valoración cualitativa.
- Noviembre de 2004: 21 menús. Valoración cualitativa.
- Febrero de 2005: 17 menús: Valoración cuantitativa.
- Noviembre de 2005: 21 menús. Valoración cualitativa y cuantitativa.
- Diciembre de 2005: 13 menús. Valoración cualitativa y cuantitativa.
- Enero de 2006: valoración del informe nutricional aportado por el catering.

Se han valorado, por tanto, un total de 91 menús diarios ofertados por el catering contratado por el mencionado centro educativo, más un informe nutricional del menú de enero de 2006.

La valoración de los menús se ha basado en dos fases:

A) Valoración nutricional y dietética: se ha basado en el Protocolo de valoración nutricional del menú escolar, avalado por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Los datos cuantitativos provienen de los informes de valoración nutricional aportados por el catering del centro, asumiéndose que los mismos aportan datos correctos y fiables. Dado que de la mayoría de los menús analizados no se disponía de las cantidades exactas de los alimentos/raciones cuya valoración cuantitativa se refleja en los informes que el catering adjunta, diversos datos de la tabla de frecuencia de consumo de alimentos del protocolo no se han podido registrar, por lo que se ha centrado el estudio en la calidad de los menús ofertados, determinando especialmente:

- Raciones: número, tipos y distribución.
- Calidad de los macronutrientes (tipos de azúcares, carnes, grasas, frutas...).
- Riqueza en vitaminas y minerales, incluidos ácidos grasos y aminoácidos esenciales.

- Riqueza en fibra (integrales, verdura, fruta, legumbres y frutos secos).
- Calidad culinaria (exceso de fritura, presencia de vegetales crudos...).

Para dicha valoración se han empleado los valores dietéticos y nutricionales de refrendados por diversos autores (Aranceta, 2001; Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2004; Gallar, 2005).

B) Valoración higiénico-sanitaria del comedor: se ha estructurado en ítems basados en el protocolo propuesto por Pedregal et al (20002).

C) Valoración antropológica y social: se ha llevado a cabo un estudio cualitativo (observación participante) en el comedor escolar del centro educativo.

Para la valoración de los parámetros antropológicos y sociales del comedor se llevó a cabo un estudio etnográfico basado en una observación participante, en la que intervinieron:

- Informantes: fueron principalmente cuatro personas que estuvieron presentes en el comedor escolar:
 - La directora del centro.
 - El encargado del comedor.
 - La Gobernanta.
 - Maestro de Educación especial.
- Observador único: ajeno al centro.

La observación se llevó a cabo en dos sesiones: la primera, sin alumnado, para valorar todas las instalaciones pormenorizadamente; la segunda se realizó durante la hora de comer del primer turno del día.

Se admite un sesgo parcial al conocer dos de los informantes del comedor (encargado y gobernanta) la intencionalidad del observador.

III. RESULTADOS

A) VALORACIÓN NUTRICIONAL Y DIETÉTICA

Por cuestiones de espacio, no se ha glosado el resultado del protocolo en estas páginas, dada su extensión. Resumimos a continuación algunos de sus datos nutricionales más relevantes:

PROMEDIO DE APORTE ENERGÉTICO Y DE % MACRONUTRIENTES

Se valoraron los meses de noviembre y diciembre de 2005, así como enero de 2006:

Mes	% Glúcidos	% Proteínas	% Lípidos	Kcal.
Noviembre 2005	47	25	31	767
Diciembre 2005	48.5	23.5	32.6	764
Enero 2006	46.3	22.8	35.9	768
Media:	47.2	23.7	33.1	766

PROMEDIO DE APORTE DE PROTEÍNAS, LÍPIDOS Y FIBRA

Se valoraron los meses de noviembre y diciembre de 2005, así como enero de 2006:

Mes	Gramos Proteínas	Gramos Lípidos	Cociente Ins/sat.	Gramos Fibra
Noviembre 2005	49.83	27.65	2.31	7.9
Diciembre 2005	44.93	27.68	2.65	6.89
Enero 2006	43.84	30.63	2.52	6.94
Media:	46.2	28.65	2.52	7.24

B) VALORACIÓN HIGIÉNICO-SANITARIA DEL COMEDOR.

Parámetros de control higiénico-sanitario	
A) COCINA O LOCAL DONDE SE ELABORA LOS ALIMENTOS	Cumplimiento
Protegido contra la entrada de insectos u otros animales	Sí
Dispone de lavamanos de accionamiento no manual	Sí
Posee agua potable y caliente	Sí
Posee instalaciones de limpieza y secado higiénico de manos	Sí
Posee recipiente de basura con tapa y está cerrado	Sí
Estado de limpieza adecuado	Sí
Estado adecuado de instalaciones (diseño, dimensiones, etc...)	Sí
Evacuación de aguas residuales	Sí
Recipientes de residuos alejado suficientemente de alimentos	Sí
B) EQUIPOS Y ÚTILES DE TRABAJO	Cumplimiento
Equipo adecuado (resistente, íntegro, sin oxidaciones, etc.)	Sí
Estado de limpieza de los equipos	Sí
Estado de limpieza de útiles	Sí
Superficies de trabajo lisas, anticorrosivas, en buen estado, fácil de limpiar	Sí
Posee material adecuado de limpieza y desinfección de útiles y equipo de trabajo	Sí
C) MANIPULADORES DE ALIMENTOS	Cumplimiento
Ropa adecuada y limpia	Sí
Utiliza prenda de cabeza en elaboración de alimentos	Sí
Hábitos higiénicos adecuados (fumar, uñas limpias, lleva anillos, pulsera, etc...)	Sí
D) OTRAS CARACTERÍSTICAS	Cumplimiento
Existen servicios que puedan utilizar los trabajadores y con dotación adecuada	Sí
Almacenamiento de materias primas sin frío correcto	Sí
Cámaras de materias primas refrigeradas correcta y congeladas	Sí
Posee termómetro de control y temperatura correcta	Sí
Usa mayonesa industrial	Sí
Productos elaborados se conservan adecuadamente separados de las materias primas	Sí
Los vegetales crudos se lavan adecuadamente	Sí
Los alimentos se protegen con vitrinas	Sí
Se conservan en frío cremas, salsas, natas, etc... y pescado – marisco	Sí
Los productos alimenticios están colocados de forma que prevengan el riesgo de contaminación, así como, evitar la contaminación cruzada	Sí
Las sustancias peligrosas (detergentes, desinfectantes) se almacenan adecuadamente.	Sí

Modificado de Pedregal et al (2002).

C) VALORACIÓN ANTROPOLÓGICA Y SOCIAL

Los resultados de los parámetros que se registraron figuran en la siguiente tabla:

Parámetro	Comentario/valoración
<i>Características organolépticas de la comida ofertada</i>	Los alimentos ofrecieron un aspecto, olor, sabor y texturas adecuadas, incluidos el agua y el pan.
<i>Disponibilidad de alimentos</i>	Todas las bandejas observadas mostraron las raciones adecuadas de los alimentos del menú correspondiente, incluida el pan, la fruta y el agua, de los que se permitía repetir si se solicitaba.
<i>Disponibilidad de útiles</i>	El alumnado disponía de los útiles de mesa necesarios para comer en condiciones adecuadas.
<i>Actitud y conducta alimentaria del alumnado</i>	En general no se observaron conductas de rechazo al alimento; la sensación general fue de aceptación de la comida. En algún caso, los alumnos más rezagados eran estimulados mediante inducción verbal y en algunos casos física (asistencia con tercer cubierto por la cuidadora).
<i>Organización de turnos</i>	La organización de turnos estaba bien organizada, lo cual era especialmente necesario en dicho centro, ya que existían varios turnos y era necesaria una exhaustiva organización del tiempo disponible.
<i>Mantenimiento de disciplina</i>	En todo momento se mantuvo la disciplina del alumnado.
<i>Ambiente social</i>	El ambiente era agradable; los alumnos disfrutaban del rato, con frecuentes risas y conversaciones continuas que mostraban la eficaz función social que cumplía el comedor. Una vez fuera del comedor, los niños están bajo continua supervisión, incluyendo el equipamiento con un teléfono móvil aborador para cualquier imprevisto. Además, se llevan a cabo actividades lúdicas hasta el comienzo de las clases.
<i>Habitabilidad</i>	El local del comedor se consideró de una habitabilidad bastante aceptable; la temperatura ambiente era la correcta, así como el mobiliario.
<i>Nivel de ruido ambiente</i>	Era bastante aceptable, teniendo en cuenta que en cada turno el comedor llegaba a acoger a 250 alumnos. Ha influido muy positivamente el falso techo instalado.
<i>Asistencia a niños con necesidades especiales</i>	Se constató la presencia de un educador específico de alumnos con necesidades especiales.
<i>Actitud y conducta del personal del comedor</i>	En todo momento se observó una adecuada asistencia a los alumnos del comedor, en cuanto a respeto, asistencia alimentaria y disciplina. El talante de los 11 trabajadores fue positivo y agradable en cuanto al trato con los alumnos.
<i>Medidas de seguridad</i>	Se constataron adecuadas medidas de seguridad: extintores, salida de socorro, todo en correcto funcionamiento. El encargado del comedor señaló que sería muy útil que los extintores fueran algo más pequeños a fin de hacerlos más manejables por el personal.

IV. CONCLUSIONES

De los resultados de la aplicación del protocolo se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1. Se ha detectado una escasa oferta de legumbres (1-2 veces al mes): lo recomendable según la mencionada bibliografía es consumir un mínimo de 2-3 platos de legumbres a la semana. Es frecuente que en muchos otros centros se ofrezca escaso número de platos a base de legumbres, dada la escasa aceptación que tradicionalmente tiene este tipo de alimento, que sin embargo es tan nutritivo y saludable. Consideramos que los niños deben acostumbrarse a la comida que se les ofrece como parte de la rutina, de manera que no extrañen ningún tipo de alimento dietéticamente aconsejable. En este sentido cabe añadir que deben respetarse la opcionalidad y preferencias alimentarias de los menores hasta cierto punto.

2. Oferta excesiva de raciones cárnicas –lo que a su vez explica el carácter hiperproteico del promedio de los menús estudiados, como se describe más adelante- en tanto que el pescado se ha aportado a menudo por debajo de las recomendaciones específicas para comedores escolares, especialmente de pescado azul.
3. El aporte de platos con fritura también se ha detectado por encima de lo recomendable en casi todos los menús mensuales analizados en este trabajo, por lo que se debería moderar su empleo.
4. La descompensación vertical de los menús, entendiéndolo como tal el desequilibrio ocasionado al ofertarse un exceso de alguno de los grupos de alimentos (habitualmente, los proteicos) se ha observado con una frecuencia media de 3-4/mes, incluyendo el menú propuesto para la cena complementaria. En principio, no debería existir ningún día con descompensación vertical, lo que deberían tomarse medidas para evitarla.
5. La valoración nutricional promediada de los menús (incluyendo la ración de pan) de noviembre y diciembre de 2005, y de enero de 2006 revela una tendencia recurrente a aportar un exceso de proteínas (46.2 g/día, es decir, el 23,7%), ligeramente baja en carbohidratos (47,2%) y adecuada en lípidos (28.65 g/día, es decir, el 33,1%). Hay que tener en cuenta que las recomendaciones propuestas por Aranceta (2001) son de 12-25 g/día de proteínas (según edades), lo que pone de manifiesto un incremento de proteínas del 84.8% sobre las cifras recomendadas. Estos resultados se explican por la tendencia a ofertar primeros y segundos platos ambos con alimentos de carácter proteico, sirvan de ejemplo el menú del 5-10-04 (guisado de albóndigas y huevo cocido con loncha de queso), el del 20-10-04 (guisado de pollo y varitas de merluza), o el del 27-10-04 (estofado de ternera y mero en salsa). Este tipo de menús son muy frecuentes en otros catering y justifican el hecho de que en España, la mayor parte de los menús escolares pequeños de hiperproteicos, tal y como demuestran numerosos estudios (Del Pozo et al, 2005; Bascompte, 1996; Baric, 2001).
6. La variedad alimentaria permite cubrir aceptablemente las necesidades de vitaminas y minerales, así como de fibra. No obstante se considera prioritario fomentar la presencia de frutas frescas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, kiwi, fresa, piña...) a fin de asegurar esta importante micronutriente. Sin embargo, ninguno de los menús que ofertan fruta analizados especifica la naturaleza de la fruta del tiempo, lo que conviene especificar, a fin de que los padres puedan asegurar que al menos una vez al día se consume una ración de fruta rica en dicha vitamina.
7. El perfil lipídico de los menús puede considerarse dentro de los parámetros recomendados, aunque sería aconsejable incrementar el aporte de aceite de oliva virgen, a fin de evitar un exceso de grasa poliinsaturada. Con todo, el cociente de ácidos grasos insaturados/saturados se ha encontrado por encima del 2 puntos en todos los menús evaluados para el presente informe, lo cual indica que cumple las recomendaciones dietéticas cardiosaludables.
8. Se han detectado numerosas incongruencias de carácter cuantitativo en todos los informes nutricionales de los menús evaluados, lo que podría poner en duda

la fiabilidad del análisis de sus datos. Así, por ejemplo, el informe nutricional del menú de noviembre de 2005 indica un valor calórico medio de 813,3 kcal, pero si se suman las kcal. de cada uno de sus macronutrientes el resultado es 665,33 kcal, mientras que si se calcula dicho promedio energético a partir de la tabla de cantidades de macronutrientes el resultado es 681,08 kcal.

9. Aunque el informe nutricional de los menús está disponible en el centro para cualquier padre/madre que le interese, numerosos platos ofertados no aclaran, ya sea explícita u orientativamente, su contenido (delicias tenebrosas, tiburones a la napolitana...), por lo que convendría que de alguna manera se aclarara en la propia tabla de menús mensuales que llega a todos los padres. En este informe se ha considerado dicha disponibilidad de los datos, pero la realidad consultada indica que el menú que les llega a los padres no explicita suficientemente la naturaleza de muchos de los platos analizados .
10. La valoración higiénico sanitaria de los recursos materiales y humanos del comedor escolar es positiva, destacando el rigor y actualización de todos los requisitos que la normativa vigente establece al respecto.
11. De los resultados de la investigación cualitativa del comedor cabe concluir que ninguno de los doce parámetros ha merecido una valoración negativa, destacando la correcta organización y armonía en cuanto a convivencia, aceptación, habitabilidad y profesionalidad del personal del comedor, sin olvidar el mencionado sesgo al conocer los informantes la intencionalidad del observador, que ha predispuerto al personal a una probable y quizá inevitable sobreactuación de actitudes y conductas percibidas por el observador.
12. Como conclusión final, se ha observado que la calidad nutricional de los menús ofertados es mejorable en diversos aspectos referidos a lo largo de este apartado, por lo que se considera procedente llevar a cabo periódicamente un sistema de control de calidad que ratifique la idoneidad de la alimentación recibida en el centro escolar, y acordar la medidas necesarias para mejorarla.
13. Consideramos que el protocolo de valoración diseñado es el más indicado, puesto que a diferencia de otros, con este se valora además la dimensión cualitativa y holística del proceso de alimentación en el ámbito escolar. Esta visión es clave y todavía escasa en muchos profesionales de la salud (Gallar, 2006). El presente protocolo puede ser perfectamente desarrollado por la figura del enfermero/a escolar, como una actividad más de promoción de la salud en el centro educativo (Jiménez Jaén, 2005).

Correspondencia: manuel.gallar@ua.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranceta J. Nutrición Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
2. Bascompte Bonvehi E, Esteban Gómez J. Estudio de los menús escolares. *Nutrición Clínica* 1996; 2: 39-44
3. Baric IC, Cvjetic S, Satalic Z. Dietary intakes among Croatian schoolchildren and adolescents. *Nutr Health* 2001; 15:127-38.

4. Del Pozo de La Calle S, Cuadrado Vives C, Quintalla Murillas L, Rodríguez Sangrador M, Ávila Torres JM, Moreiras O. Menús escolares de los centros públicos de Madrid: estudio de seguimiento. *Nutr Hosp.* 2005, suplemento 1.
5. Instituto de Salud Pública de Madrid. Protocolo de valoración nutricional de comedores escolares. Madrid, 2004.
6. Gallar M. Alimentación en la infancia y la adolescencia. Alicante: Avante Claro, 2003.
7. Gallar M. Dietotecnia. 3ª ed. Alicante: Avante Claro, 2005.
8. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 4ª ed. Madrid: Thomson Paraninfo, 2006.
9. Iturbe A, Perales A. Evaluación del programa de intervención dietética (escolares 3º ESO). *Nutri Hosp.* 2002; 17: 296-301.
10. Jiménez Jaén F. Enfermería escolar: una necesidad inminente. XVI Jornadas de Interrelación de Enfermería. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2005.
11. Moreiras Tuni O. Menús escolares de los centros públicos de la comunidad de madrid.
12. Estudio de seguimiento Nutrición Hospitalaria. Vol. XX.Suplemento 1, 2005.
13. Pedregal F, García Garví MF, Naharro A, López Honrubia F. Estudio microbiológico y condiciones sanitarias de los comedores no permanentes de Albacete. *Rev. Centro de Salud*, septiembre 2002.
14. Velasco H, Diaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta, 1997.

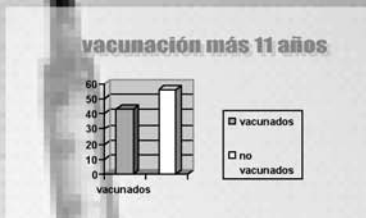
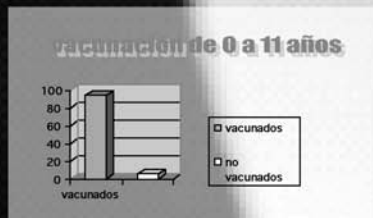
POSTERS

IMPORTANCIA DE LA LLAMADA TELEFÓNICA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO VACUNAL EN ADOLESCENTES

AUTORES: (1)Oliva Villaplana, Ángela (2)Jiménez Jaén Félix (3)Anaya Cuevas Manuel José (4)Rodríguez Pérez Patricia (1,2) Enfermeros Hospital General de Elda, (3,4) Enfermeros Consultorio Auxiliar avenida de Sax.

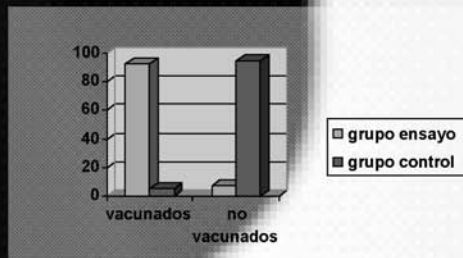
INTRODUCCIÓN: La carta de Ottawa de 1986 define los principios de la promoción de la salud y dentro de las funciones de enfermería proclama la detección de problemas y la defensa de la salud.

Uno de los principales objetivos de la salud pública tanto a nivel nacional como autonómico es el cumplimiento del calendario vacunal. El 93,63% de los niños menores de 11 años se vacuna según el calendario de vacunación mientras que sólo el 43,69% mayores de 11 años lo hacen.



PALABRAS CLAVES: calendario vacunal, vacunas, intervención comunitaria, adolescentes, centro de salud, cita telefónica.
OBJETIVOS: establecer un protocolo para el mayor cumplimiento del calendario vacunal en adolescentes de 11 a 14 años.
MATERIAL Y METODOS: población total 238 individuos, muestra 108, estrato raza gitana 26. Estudio analítico experimental, ensayo clínico aleatorio utilizando técnica de enmascaramiento simple ciego en la población de adolescentes correspondientes al consultorio de AVD de Sax de Elda. Tipo de variables; cualitativas dicotómicas. El tipo de muestreo es estratificado.

RESULTADOS: Sólo el 43,69% de los adolescentes acuden a vacunarse según el calendario vacunal infantil. Realizado el ensayo clínico en los no vacunados observamos que el 92,58% de los adolescentes que se le recuerda la cita por teléfono acuden a vacunarse. El 94,45% de los adolescentes que no se ha realizado el recuerdo telefónico no han acudido a vacunarse. Al observarse diferencias entre los distintos estratos. Para evitar los sesgos se han desestimado los adolescentes de etnia gitana.



CALENDARIO VACUNAL
 11 años VARICELA (no incluida en el estudio)
 12 años HEPATITIS B 3 dosis 0,1, 6 meses (incluida en 1994 al nacer)
 14 años DIFTERIA Y TETÁNOS 6ª dosis
 MENINGITIS menores 20 años

CONCLUSIONES: necesidad de establecer un protocolo de recuerdo de la cita previa a través del teléfono para el cumplimiento del calendario vacunal en adolescentes. El protocolo consistirá en:

- Recuerdo por escrito de la cita para la próxima vacuna durante la revisión en la consulta del niño sano de los 11 años.
- Recuerdo telefónico la semana anterior a la mencionada cita
- un último recuerdo el día anterior

BIBLIOGRAFÍA: -Mendez B, Ramirez S : contextos, trayectorias y Salud.Fmc 1999; 213-217
 -Alvarez Barriet C, Colomer C, Promoción de la Salud y Cambio social Ed. Masson
 -Francisca Jús Díaz, Francisco Javier Barón Lopez, Elisa Sánchez Font y Luis Parras Guñosa
 Biostatística: métodos y aplicaciones

GESTIÓN DE LA SUPERVISORA ANTE EL RIESGO DE INOCULACIONES ACCIDENTALES

AUTORES: ELBA FERRER BERNABÉ, D.º M.º CALVO LOZANO DINA, D.º M.º JOSÉ MARTÍNEZ BERNABÉ. HOSPITAL GENERAL DE ELDA.

INTRODUCCIÓN:

El riesgo biológico es el más relevante dentro del riesgo laboral de los trabajadores de la salud y, dentro de este grupo, las inoculaciones accidentales. La Enfermería es el colectivo más afectado por este tipo de accidentes.

Las consecuencias derivadas de estas inoculaciones accidentales suponen un elevado coste personal y material y es por ello que debemos actuar con medida preventiva que ayuden a evitar estos riesgos. La supervisora, como mando intermedio de la Dirección, le corresponde la gestión de minimizar estos riesgos.

OBJETIVOS:

Disminuir los riesgos relacionados con la exposición a los agentes biológicos durante el trabajo, conjuntamente con el Servicio de Medicina Preventiva.

RESULTADOS:

El Hospital General de Elda junto con el Hospital General de Castellón, y el Hospital Arnau de Vilanova (Hospital de la Comunidad Valenciana) estamos desarrollando un proyecto, financiado por el Ministerio de Sanidad, que evaluará el impacto potencial de la utilización de dispositivos de seguridad comercializados en España.

ACCIDENTES REGISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ELDA DURANTE EL AÑO 2004 (EPINETAC)

El número total de accidentes registrados fueron 77, de ellos 63 (82%) se produjeron con objetos punzantes y 8 (10%) fueron salpicaduras.



-La tasa de exposiciones percutáneas se ha situado en 20,17 por 100 camas, 6 puntos por encima de la media en hospitales españoles (14 exposiciones por 100 camas).

-La tasa de exposición cutáneo-mucosa ha sido de 2,3 por 100 camas (1 punto por encima de la media estimada).

-La zona de mayor riesgo han sido UCI y REA, donde se han producido 7 accidentes (10% con una tasa de 35 exposiciones por 100 camas).



-El 30% de los accidentes fueron considerados de riesgo alto, al haberse producido con objeto utilizado para acceso vascular (22%) o intervención quirúrgica (8%).

-De las 63 exposiciones evaluadas, 68 no utilizaron dispositivo de seguridad.

Los accidentes prevenibles mediante dispositivo de seguridad se sitúa en un 72%.

CONCLUSIONES:

La supervisora tendrá un papel clave para transmitir a los profesionales la implantación, seguimiento y evaluación de dicho proyecto.



CONCLUSIONES II: MEDIDAS A TOMAR:

- Información de la importancia en utilizar adecuadamente la material de seguridad
- Formación Continua a los profesionales de Enfermería y demás trabajadores de las Unidades
- Establecimiento de procedimientos de trabajo
- Adopción de medidas seguras de protección colectiva e individual para la recepción, transporte y manipulación de los agentes biológicos
- Utilización de material de bioseguridad para la recogida, almacenamiento y eliminación de residuos
- Catéteres periféricos de seguridad
- Jeringa de seguridad para extracción de sangre arterial
- Palomillas de seguridad para extracción de sangre con tubo de vacío
- Lancetas de punción capilar de seguridad
- Agujas hipodérmicas de seguridad para inyección IM y SC
- Jeringas de insulina con aguja incorporada de seguridad
- Valvula de acceso IV presión positiva para catéteres

CIRCUITO DE EXPOSICIÓN



FRACASO ESCOLAR: Corresponsabilidad de Enfermería

Isabel Casabona Martínez, Manuel Lillo Crespo
Juan Mario Domínguez Santamaría, Pedro David Rodríguez Picazo
Manuel Gallart Pérez-Albadalejo, M^a. Teresa Ruiz Royo
Rafaela Casanova.

Departamento de Enfermería, E.U.E. Universida de Alicante

- EL TEMA IMPLICA ACTIVIDADES, MEDIOS Y PERSONAS QUE ACTUAN EN LAS ESCUELAS Y TAMBIEN INSTITUCIONES SOCIOAS-
NITARIAS, CON ACTIVIDAD SOBRE ELLAS.
- CORRESPONDE A ALGO VISIBLE, UN NIÑO QUE NO APRENDE, Y A
ALGO INVISIBLE: EL FRACASO SOCIAL. (Molina 1997)
- SE REQUIERE UN ABORDAJE INTEGRAL: ACTUACIONES COORDI-
NADAS DE TODOS LOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON EL
DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE.
- ENFERMERIA PARTICIPAMOS EN SU COMPRESIÓN, DESDE NUES-
TRO AMBITO DE ACTUACION. ES UN PROBLEMA PEDAGOGICO Y
COGNITIVO TAMBIEN UN PROBLEMA BIOPSIOSOCIAL.

FRACASO ESCOLAR

CAUSAS:

- RELACIONADAS CON EL NIÑO:
 - Dificultades de origen primario.
 - Dificultades específicas.

- RELACIONADAS CON EL ENTORNO:
 - Individual.
 - En relación con la familia.
 - En relación con la escuela.
 - En relación con el entorno socio-cultural.

- ABORDAJE ENFERMERO
- HISTORIA O ANAMNESIS.
- EXAMEN FISICO.
- VALORACION DE ENFERMERIA.
- VALORACION DE ENFERMERIA:
- NUTRICION –ALIMENTACION.
- ELIMINACION.
- ACTIVIDAD-EJERCICIO.
- SUEÑO-DESCANSO.
- COGNITIVO-PERCEPTIVO.
- ROL-RELACIONES.
- AUTOESTIMA-AUTOPERCEPCION.
- TOLERANCIA Y ADAPTACION AL ESTRÉS.
- PERCEPCION-MANTENIMIENTO DE LA SALUD.
- SEXUALIDAD.

CONCLUSIONES

- ENFERMERIA SOMOS CAPACES DE ENTENDER LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, QUE DERIVAN DE UN MAL RENDIMIENTO ESCOLAR.... DEL MISMO MODO QUE ENTENDEMOS COMO ENFERMEDADES CRONICAS DE LA INFANCIA, EVOLUCIONAN BIEN SI SE DETECTAN Y ABORDAN DE MANERA PRECOZ.
- EL DESARROLLO DE NUESTROS NIÑOS Y ADOLESCENTES, SERA DETERMINANTE EN SU PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, Y POR TANTO EN SU POSTERIOR CALIDAD DE VIDA.
- LA COORDINACION EN EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR, FACILITARA UNA ACTUACION INTEGRAL HACIA EL NIÑO Y ADOLESCENTE CON PROBLEMAS, Y LA SOLUCION DE ESTOS DE UNA MANERA SATISFACTORIA.

¿QUÉ IMAGEN PROYECTAMOS SOBRE NUESTROS ADOLESCENTES?

Capel López M^a. Dolores. Villanueva Antoni Armando. Aracil Millán Azucena.
Terol Gosálvez Teresa. Trueba García Rafaela
C.A.P. Castalla (Alicante)

Resumen:

Objetivo:

Conocer el nivel de información que tienen los adolescentes de Castalla sobre la enfermería en general y en concreto la relación con los profesionales de su pueblo.

Palabras clave:

Adolescentes. E.P.S. (Educación para la Salud). Promoción de la Salud. A.P. (Atención Primaria).

Metodología:

Estudio observacional descriptivo transversal.

Material:

Encuesta cerrada.

Muestra: 204 alumnos de los centros educativos M^a Asunta e I.E.S. de Castalla.

Resultados: Un 73% sabe que somos universitarios, el 94% considera importante nuestro papel en la sociedad actual. El 56% no ha recibido ninguna charla por parte de enfermería, al 66% le resulta fácil contactar con nosotros y consideran claras las explicaciones en un 59%.

Un 39% no nos consultaría dudas relacionadas con su salud, sólo el 17% conoce la promoción de la salud como tarea de enfermería.

Conclusiones:

Debemos potenciar los programas de E.P.S. Somos accesibles, cercanos y comunicativos, capaces de transmitir el mensaje con éxito, nos falta más participación en la educación.

GUÍA VISUAL PARA SUTURAS ADHESIVAS SINTÉTICAS

Beatriz Serrano Carrasco, Lucia Climent Coronado, Pedro Jose Samper Torres,
Vicente Jose Carrasco Tortosa, César Rico Beltrán, M^a. Luz Ruescas Rubio
Servicio de Urgencias Hospital General de Elda

Palabras claves: Suturas, octilcianocrilato, cianocrilato, sutura adhesiva sintética, heridas

Resumen

Objetivos:

1. Verificar la efectividad de las suturas adhesivas sintéticas
2. Realizar una guía para la utilización de las suturas adhesivas sintéticas que pueda ponerse en cualquier sala de curas y resuma didácticamente el proceso de actuación

Material y método:

Se trata de un estudio de casos descriptivo analítico y prospectivo.

De los casos susceptibles de sutura adhesiva sintética que se atendieron en las Puertas de Urgencias del Hospital de Elda se presenta un caso típico documentado fotográficamente. Este fue seguido desde su inicio hasta una semana después de su llegada.

Se solicitaron los permisos pertinentes a la dirección del centro, al paciente y al acompañante.

Realizamos fotografías digitales para documentar el caso y el procedimiento de actuación

Resultados y conclusiones:

Pendientes de obtenerse

TALLER: APRENDE A NO FUMAR

Pedro Martínez, M^a Catalina Hernández
Centro Salud Villena I

Palabra Clave: Terapia de grupos

OBJETIVOS

- Atender a la población adulta que quiere abandonar el hábito
- Trabajar en los tres tipos de dependencia: psicosocial, gestual y física
- Seguimiento

MATERIAL Y MÉTODO

El taller se desarrolla en el Centro de Salud, con dos grupos en paralelo de 10/11 personas, cada uno, distribuidos en dos horarios, uno de mañanas y otro de tardes. Se realizan 5 sesiones de deshabituación y 3 de seguimiento, con una sesión a la semana, para cada grupo.

Los materiales que utilizamos son de elaboración propia, que se distribuyen a cada uno de los participantes, sesión a sesión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados se miden en tres periodos: a los 3 meses, a los 6 y al año.

PREVENCIÓN DE INOCULACIONES ACCIDENTALES MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE AGUJAS Y DISPOSITIVOS VASCULARES DE SEGURIDAD

M^a. Salud Lozano Durá, Victoria Valls Jiménez
Hospital General de Elda. Departamento 18. Comunidad Valenciana. España

ANTECEDENTES

La utilización de materiales de seguridad es considerado por la ley de prevención de riesgos laborales una medida básica en la prevención de accidentes laborales. Sin embargo, existe poca información sobre la potencial eficacia de los materiales de seguridad en la actividad asistencial para prevención de inoculaciones accidentales en trabajadores sanitarios.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la implantación de agujas y dispositivos vasculares de seguridad en la prevención de inoculaciones accidentales (IA).

DISEÑO

Ensayo cuasi-experimental con evaluación pre- y post-intervención.

ÁMBITO

Hospital General de Elda, con 305 camas, situado en el Departamento 18 de la Comunidad Valenciana. Desde 2002 el hospital dispone de un programa de prevención de IA basado en educación continuada del personal sanitario e investigación y registro prospectivo de los accidentes.

INTERVENCIÓN

Sustitución de los materiales clínicos utilizados para acceso vascular, toma de muestras y administración de medicación por materiales de seguridad: catéteres intravasculares (Smith Protective TM), sistemas de extracción de vacío para extracción venosa (Terumo Surshield TM), jeringas de gasometrías (Smiths TM), lancetas (Beckton-Dickinson TM), y agujas para administración de medicación IM o SC (Beckton-Dickinson Eclipse TM).

MÉTODOS

La intervención se realizó en las áreas de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias; siendo consideradas áreas control el resto de áreas de hospitalización. Se realizó formación específica del personal de enfermería en las áreas de intervención sobre el manejo correcto de los materiales. Se estimaron y analizaron las tasas de inoculación accidental en los periodos pre- y post-intervención (octubre-diciembre 2004 y octubre-diciembre 2005 respectivamente) en las áreas de intervención y control. Se midió el consumo de los diferentes tipos de dispositivos y se evaluaron los costes considerando los precios 2005 como referencia.

RESULTADOS

Durante el año pre-intervención se documentaron en el hospital 76 IA (31 por 100 camas ocupadas, 95%IC: 29-32) En las áreas de hospitalización donde se realizó la intervención la tasa de IA cayó desde 6.1 (95%IC: 5.6-6.6) a 0 inoculaciones por 100 camas-ocupadas. En Urgencias la tasa de IA cayó desde 0,23 a 0 inoculaciones por 1,000 pacientes-atendidos. Sin embargo, en las áreas control de hospitalización, las tasas de IA permanecieron estables: 6.9 (95%IC: 6.4-7.4) y 6.11 (95%IC: 5.6-6.6) inoculaciones por 100 camas-ocupadas. Con la utilización de dispositivos de seguridad, el coste de la asistencia se incrementó en 0,79 _ por paciente-día atendido en las áreas de hospitalización y en 0,75 % por paciente atendido en Urgencias.

CONCLUSIONES

El uso de agujas y dispositivos de seguridad para administración de medicación y acceso vascular ha demostrado ser altamente efectivo en la prevención de inoculaciones accidentales en nuestro centro. La utilización de este tipo de materiales debería generalizarse.

Grupo colaborador de Prevención de inoculaciones accidentales: Ginesa Lagunas, M^a Angeles Palanca, Catalina Oliver, Paco Olcina, M^a Luz Ruescas, Alejandro Ciscar, Delia Fayos

EMPRESAS E INSTITUCIONES COLABORADORAS



Marvax, s. l.



Consejo de Enfermería de la
Comunidad Valenciana
CECOVA



Colegio Oficial de
Enfermería de Alicante

