



PERSPECTIVAS Y ANÁLISIS DE LA SALUD

Comps.

José Jesús Gázquez

M^a del Mar Molero

M^a del Carmen Pérez-Fuentes

M^a del Mar Simón

Ana Belén Barragán

África Martos

Edita: ASUNIVEP

Perspectivas y Análisis de la Salud

Comps.

José Jesús Gázquez

M^a del Mar Molero

M^a del Carmen Pérez-Fuentes

M^a del Mar Simón

Ana Belén Barragán

África Martos

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Perspectivas y Análisis de la Salud”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-617-5568-4

Depósito Legal: AL 1672-2016

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ENFERMEDAD: TRATAMIENTO Y CUIDADOS**CAPÍTULO 1**

Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el área de salud de San Adrián de la comunidad de Navarra..... 11

Alcibíades Segundo Díaz Vera, y Nieves Mata Santín

CAPÍTULO 2

Aparición del síndrome de RETT y consecuencias neuromusculares desde la infancia..... 19

Inmaculada López Caler, María José Cobos Carvajal, y María del Carmen López Caler

CAPÍTULO 3

Análisis del trastorno alimentario infantil..... 25

Laura Liñán Urbano, María del Mar Díaz Ortega, y Lucía Zúñiga Estévez

CAPÍTULO 4

Estimación de la edad ósea, mediante el análisis carpal..... 31

Noelia Portero Salvador, M^a Azahara de la Poza Rodríguez, y M^a José Trujillo Peña

CAPÍTULO 5

Asociación entre desequilibrio nutricional y alteraciones orofaciales miofuncionales, en una población TEA y S. de Down 37

Álvaro Domínguez García

CAPÍTULO 6

Análisis de los datos de prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista 43

Francisco Alcantud-Marín, y Yurena Alonso-Esteban

CAPÍTULO 7

Manejo Clínico-Terapéutico en Pacientes con Trastorno Bipolar: Asociado al Trastorno del Consumo de Sustancias Psicoactivas..... 51

Elena María Villamor Ruiz, Susana Gómez Coca, y Katia Torres Martínez

CAPÍTULO 8

Manejo del Burnout en enfermeras que trabajan en la Unidad de Oncología 59

Rocío Martín Almenta, Elena María Cruz Morales, y Beatriz Valdayo Rosado

CAPÍTULO 9

Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: Abordaje de Enfermería en el ámbito familiar y escolar..... 65

Tamara Gómez Gómez, Noelia Manzano Barranco y María de los Ángeles Navarro Mateo

CAPÍTULO 10

Dificultades en la adherencia al tratamiento en diabetes infantil 71

Sonia Salas Frías , Cristina Cazorla Luque y María de las Mercedes Hidalgo Collazos

CAPÍTULO 11

Fibromialgia: importancia de un diagnóstico precoz, un reto para la enfermería 77
Clotilde Pérez Bernal, Manuela Pérez Bernal, y Beatriz García Giménez

CAPÍTULO 12

Trastornos en la sexualidad en pacientes diagnosticados con el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño..... 83
María Victoria Leal Romero, Laura Martín-Bejarano Diéguez, y María Velarde Rodríguez

CAPÍTULO 13

Trastornos Biopsicosociales en Hijos de Padres Divorciados y Prevención desde el Ámbito Sanitario..... 91
M^a Inmaculada Romero Quirantes, M^a Isabel Serrano Carrillo, e Inmaculada Godoy Gómez

CAPÍTULO 14

Anorexia: el rol de la psicoterapia y la farmacoterapia en adolescentes 99
Sebastián Manuel López Ramírez, Adela Cara Navarro, Luisa M^a Moreno Fernández, y María Cristina Lozano Mengíbar

CAPÍTULO 15

Prevalencia de género en relación al estudio del Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)..... 107
María Velarde Rodríguez, Laura Esther Martín Bejarano Diéguez, y María Victoria Leal Romero

CAPÍTULO 16

Calidad de vida en el cáncer infantil: un enfoque desde enfermería..... 113
M^a Isabel Serrano Carrillo, Inmaculada Godoy Gómez, y M^a Inmaculada Romero Quirantes

CAPÍTULO 17

Análise dos Riscos de Síndrome Metabólica em Escolares e 16 a 19 Anos 119
Rodrigo Gomes de Souza Vale, Danielli Braga de Mello, Antonio Alias, Camila Ranieri Chaves Barbosa, Carlos Soares Pernambuco

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO 18

Análisis de las estrategias de intervención multidisciplinar en el Síndrome de Asperger 129
Eva María Castro Martín, Ana Real Bernal, y María del Mar Jiménez Molina

CAPÍTULO 19

Obesidad en niños y adolescentes: Epidemiología, factores de riesgo e intervención.... 135
Eduardo Sánchez Sánchez, Elisabeth Ariza Cabrera, y Francisco Martín Estrada

CAPÍTULO 20

Violencia de género: Abordaje integral para profesionales sanitarios.....141

Juan Antonio Tíscar Martínez, María del Mar Magán Magán, y María del Carmen López López

CAPÍTULO 21

La depresión como consecuencia de la jubilación.....147

Lucía Zúñiga Estévez , M^a del Mar Díaz Ortega, y Laura Liñán Urbano

CAPÍTULO 22

Características del cuidador del enfermo terminal: el riesgo de sufrir un duelo patológico153

Rocío Torres María, Fátima Góngora Hernández, y María Luisa Pérez Pallarés

CAPÍTULO 23

Abordaje terapéutico ante el síndrome febril en niños.....157

Elena del Águila Cano, María Ángeles del Águila Cano, y María del Pilar Segura Sánchez

CAPÍTULO 24

Análisis y Adaptación de Actividades: Programas de Intervención en Terapia Ocupacional.....163

M^a Dolores Hurtado Montiel, Julio Castellano Ramírez, y M^a Isabel Contreras Parody

CAPÍTULO 25

Efectividad de las medidas de prevención contra la obesidad infantil.....169

Cristina Cazorla Luque, María de las Mercedes Hidalgo Collazos, y Sonia Salas Frías

CAPÍTULO 26

Afrontamiento del profesional al estrés laboral175

Ignacio Pichardo Bullón, Ezequiel Montero García, y Lidia Ester Llovet Romero

CAPÍTULO 27

La calidad de vida de una familia con un miembro con síndrome de asperger: una visión enfermera.....181

M^a del Mar Gómez Tapia, M^a de los Ángeles Maqueda Martínez, y Begoña Gómez Varela

CAPÍTULO 28

Revisión bibliográfica: medidas y técnicas complementarias para el tratamiento del paciente con EPOC.....187

M^a Dolores Rodríguez Porcel, M^a del Mar Rodríguez Martínez, y Tortosa Salazar Verónica

CAPÍTULO 29

Análisis del rol de enfermería en la prevención de enfermedades cardiovasculares desde Atención Primaria 193

Inmaculada Godoy Gómez, M^a Inmaculada Romero Quirantes, y M^a Isabel Serrano Carrillo

CAPÍTULO 30

Cuidados de enfermería en el paciente con una ostomía 199

Silvia Sanz Martínez, Alicia Méndez Salguero, Alberto Javier Rivas Andrades, y Pablo Navarro Hernández

SALUD, OCIO Y ENVEJECIMIENTO

CAPÍTULO 31

Embarazo en adolescentes, riesgos y consecuencias..... 207

M^a de las Mercedes Hidalgo Collazos, Sonia Salas Frías, y Cristina Cazorla Luque

CAPÍTULO 32

Hábitos saludables en la infancia: Comer en familia..... 213

Ana del Rosario Martínez Vilar, Ramona Esther Nieto Tirado, y Mónica Yarleth Riaño Riaño

CAPÍTULO 33

La importancia de una buena higiene del sueño en pacientes con apnea obstructiva del sueño..... 219

Laura Martín-Bejarano Diéguez, María Victoria Leal Romero, y María Velarde Rodríguez

CAPÍTULO 34

Diagnóstico de salud de un barrio de una población del área metropolitana de Valencia 225

Paco Serrano Devís

CAPÍTULO 35

Revisión bibliográfica sobre deporte y autoconcepto en escolares y preadolescentes..... 237

Julio Alberto Martínez Sánchez, Javier Belmonte Fragoso, Andrea Martínez Martínez, Nerea Manzanera Teruel, Soraya Manzano Gómez, y María del Carmen Giménez Sánchez

CAPÍTULO 36

Valoración del paciente geriátrico en la consulta médica de Atención Primaria 243

Luisa M^a Moreno Fernández, M^a Cristina Lozano Mengibar, y Sebastián Manuel López Ramírez

CAPÍTULO 37

Beneficios del contacto precoz piel con piel del recién nacido con su madre251

María Teresa Oller Parra, Pedro Javier Guijarro García, y Arantzazu Sánchez Fernández

CAPÍTULO 38

Relación entre violencia filio-parental y métodos de disciplina parental.....257

M^a Carmen Cano, y Patricia Jiménez-García

CAPÍTULO 39

Análisis del impacto fisiológico y psicológico en la salud de los trabajadores sanitarios que trabajan a turnos.....267

María Isabel Segovia Galera, Isabel Rosa Galera Pérez , y Ana López Sánchez

CAPÍTULO 40

Promoción y educación para la salud en Primaria273

Fátima Góngora Hernández, María Luisa Pérez Pallarés, y Rocío Torres María

CAPÍTULO 41

Quality of Life of Elderly Postmenopausal Women enrolled in a Concurrent Training Program.....279

Cristiano Andrade Quintão Coelho Rocha, Maria Helena Rodrigues Moreira, Andrea Carmen Guimarães, Antonio Alias, Danielli Braga de Mello, y Estélio Henrique Martin Dantas

CAPÍTULO 42

Resiliencia versus síndrome burnout en cuidadores de pacientes geriátricos.....289

Antonio Rico Cano, Clemencia María Ferrer Moreno, y Soledad Sánchez Martínez

CAPÍTULO 43

Detección del riesgo de suicidio en atención primaria.....295

Antonio Rico Cano, Soledad Sanchez Martínez, Rosa M^a Nieto Santander, y M^a Úrsula Nieto Rubia

Enfermedad: Tratamiento y cuidados

CAPÍTULO 1

Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el área de salud de San Adrián de la comunidad de Navarra

Alcibíades Segundo Díaz Vera*, y Nieves Mata Santín**

*Universidad de Alcalá (España), **Servicio Navarro de Salud (España)

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es un trastorno con una base neurobiológica que suele iniciarse en edades tempranas de la vida y se caracteriza por un déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad (Martínez-León, 2006; American Psychiatric Association, 2013; Holder, y Blumstein, 2014). Todo ello se traduce en un deterioro del funcionamiento cognitivo, académico, conductual, emocional y social de los niños y adolescentes. Existiendo la probabilidad de que persista a lo largo de la vida.

El TDAH se suele asociar a otros trastornos comórbidos como la ansiedad, depresión, etc. (Jensen, Hinshaw, y Kraemer, 2001; Larson, Russ, Kahn, y Halfon, 2011; Koolwijk, Stein, y Chan, 2014).

Este trastorno presenta un fuerte componente genético, en el que interactúan varios genes con factores ambientales y neurobiológicos, lo cual aumenta la susceptibilidad genética y heterogeneidad del cuadro clínico de quienes lo padecen. (López, Rodillo, y Kleinsteuber, 2008; Faraone, y Mick, 2010; Cortese, 2012).

El TDAH trae consigo graves y potenciales repercusiones en el desarrollo personal, y socio-familiar del niño, y motivo por el cual, es uno de los trastornos más estudiados en los últimos años. Se estima que alrededor de un solo 4% de quienes lo padecen alcanza una situación profesional (Barkley, Fisher, Medelbrock, y Smallish, 1990).

Las tasas de prevalencia varían según los criterios diagnósticos utilizados, el tipo de muestras, la metodología empleada, la edad, el sexo, y la población estudiada (si provienen de atención primaria o de la derivada de consulta especializada, etc. (Barbareasi, Katusic, y Colligan, 2004; Froehlich, Lanphear, y Epstein, 2007; Pliszka, y AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Merikangas, He, y Brody, 2010; Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Agency for Healthcare Research and Quality, 2011; National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 2011).

El TDAH constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar y cuya prevalencia en población infantil se estima entre 2 y 18% (Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Agency for Healthcare Research and Quality. Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011; Pliszka, y AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Merikangas, He, y Brody, 2010; Larson, Russ, Kahn, y Halfon, 2011; Perou, Bitsko, y Blumberg, 2013; Visser, Danielson, y Bitsko, 2014).

En el año 2011, según la Encuesta Nacional de Salud Infantil de los Estados Unidos se estimó la prevalencia en un 11 %, entre los niños de 4 a 17 años de edad (Visser, Danielson, y Bitsko, 2014). Se observa un aumento del 42% con respecto a la prevalencia estimada de 7,8 % en el año 2003.

El TDAH es más prevalente en niños que en niñas (razón hombre-mujer de 4 a 1 para el tipo predominantemente hiperactivo y 2 a 1 para el tipo predominantemente por déficit de atención (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011). La prevalencia del TDAH aumenta con la edad: 7,7 % entre los 4 a 10 años de edad; 14,3% entre los 11 y 14 años de edad; y el 14 % en personas de 15 a 17 años de edad (Visser, Danielson, y Bitsko, 2014; Thomas, Sanders, y Doust, 2015; Visser, Zablotsky, y Holbrook, 2015).

En España, la estimación de la prevalencia del TDAH en población normal de la isla de Mallorca fue del 4,6% (Cardo, Servera, y Llobera, 2007). En otro estudio similar de prevalencia TDAH en la Comunidad Autónoma de Canarias, en la población de 6 a 12 años se encontró una tasa global de prevalencia del 4.9% (Jiménez, Rodríguez, Camacho, Alfonso, y Artiles, 2012).

La prevalencia del trastorno de hiperactividad por déficit de atención en los niños y adolescentes en España, según una revisión sistemática y meta-análisis de estudios epidemiológicos publicados en el año 2012 fue del 6,8% (Catalá-López, et al., 2012).

Las variaciones en su prevalencia en diversas partes del mundo, su frecuente asociación con otras enfermedades, y la influencia que tiene sobre el rendimiento escolar y el funcionamiento social, motivaron la realización del presente estudio epidemiológico.

En la actualidad no existen estudios que estimen la prevalencia del TDAH en la población pediátrica del área de salud San Adrián, por lo que resulta importante determinar la prevalencia del TDAH en dicha área de salud, para conocer de cerca la magnitud de este trastorno.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia del TDAH en niños escolares del área de salud de San Adrián, una población urbano- rural de la comunidad de Navarra situado a 75 km de la capital de la comunidad, Pamplona, y determinar su distribución por grupos de edad y sexo.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal de registro en la historia clínica de prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en población en edad pediátrica en el área de salud de San Adrián de la comunidad de Navarra (población urbano rural). Una muestra poblacional aleatoria de 745 individuos es suficiente para estimar, con un intervalo de confianza del 95%, una precisión de 3%, y una potencia del 97%. Con la finalidad de aumentar la potencia del estudio se decidió ampliar el tamaño de la muestra a 1.234 niños.

La población en estudio estuvo constituida por pacientes con edades comprendidas entre 4 y 14 años, de uno u otro sexo, atendidos en la consulta pediátrica de atención primaria, que recibió la autorización por parte de la familia o tutor y del sistema sanitario de salud para participar. Se excluyeron los niños con edades superiores o inferiores a las definidas previamente.

Se consideró diagnóstico de TDAH a aquellos niños que habían sido diagnosticados en la consulta especializada por el neurólogo, según los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-IV).

Para la selección de las unidades finales de análisis se siguió un procedimiento polietápico, mediante el empleo de una muestra aleatoria de los conglomerados de los centros de salud, con un tamaño proporcional a los mismos. El criterio general de elección consistió en seleccionar los estratos y los grupos según una probabilidad proporcional a su tamaño; es decir, los centros de salud con mayor cantidad de niños tuvieron una mayor probabilidad de ser elegidos. Los datos recolectados fueron revisados antes de digitalizarse.

Para su análisis y procesamiento se empleó el programa estadístico SPSS 8.0. Los datos se analizaron de manera descriptiva utilizando medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (intervalo y desviación estándar) para el análisis de la edad. Para el análisis de las variables categóricas se utilizaron proporciones, y para su comparación se empleó el test estadístico del chi-cuadrado (χ^2).

Se calcularon los intervalos de confianza del 95% para los estimativos obtenido con respecto a los parámetros poblacionales de los que se deseaba hacer inferencia.

Resultados

De un total de 1.234 niños que participaron en el estudio, la prevalencia estimada fue del 4,7%, de los cuales el 62 % eran varones y el 38 % fueron mujeres. La edad promedio fue 11,34 con una

desviación típica +/- 2,43. La distribución por intervalos de edad fue de 17 % entre 0-8 años, 17 % de 9 a 10 años, 21 % 11 a 12 años, y 45 % de 13-14 años.

Al realizar el análisis estadístico mediante la prueba del chi-cuadrado (χ^2) entre la variable sexo y edad se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Gráfico 1 donde se muestra la distribución de la población con diagnóstico de TDAH según edad

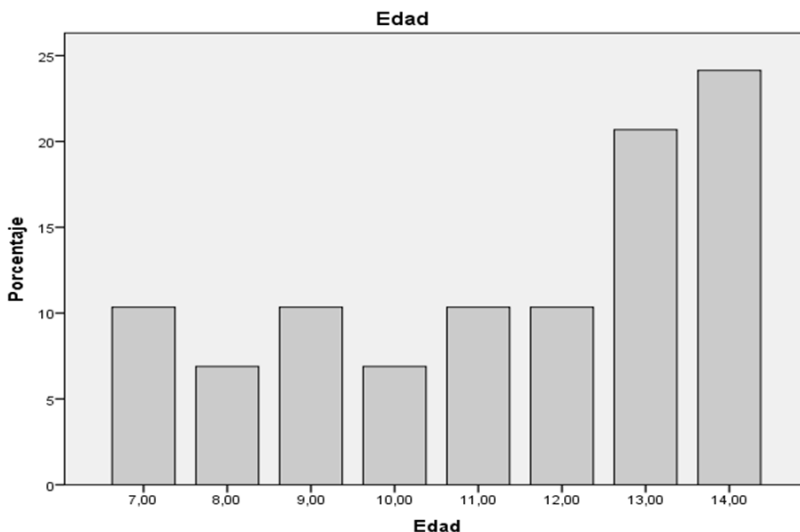


Gráfico 2 donde se muestra la distribución de la población con diagnóstico de TDAH según edad y sexo

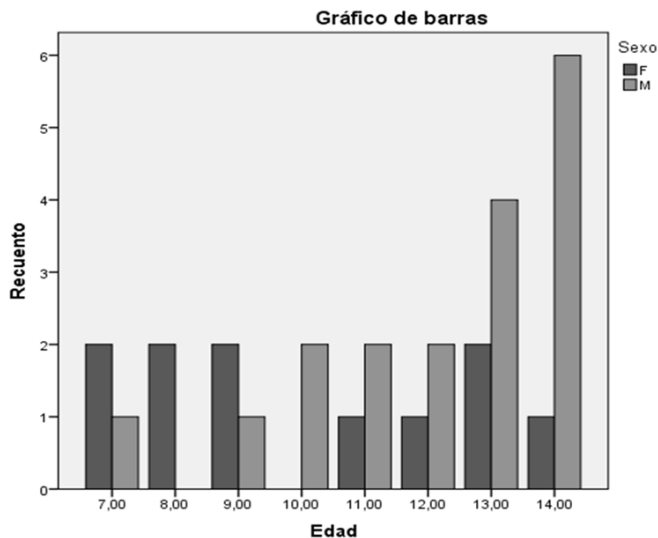


Tabla 1. Frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), según el género

Frecuencia TDAH	Género		Total
	Hombre	Mujer	
N	36	22	58
%	62,1%	37,9%	100%

Tabla 2. Frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), según el género y la edad

Frecuencia TDAH	Género			Total
		Hombre	Mujer	
7 años	N	4	2	6
	%	6,9%	3,4%	10,3%
8 años	N	4	0	4
	%	6,9%	0%	6,9%
9 años	N	4	2	6
	%	6,9%	3,4%	10,3%
10 años	N	0	4	4
	%	0%	6,9%	6,9%
11 años	N	2	4	6
	%	3,4%	6,9%	10,3%
12 años	N	2	4	6
	%	3,4%	6,9%	10,3%
13 años	N	4	8	12
	%	6,9%	13,8%	20,7%
14 años	N	2	12	14
	%	3,4%	20,7%	24,1%

Conclusiones

En el área de salud de San Adrián la prevalencia estimada del TDAH en población pediátrica fue de 4,7%. Siendo más frecuente en el sexo masculino (62% en hombres frente al 38% en mujeres), y que dicha prevalencia aumenta con la edad (66% entre los 11-14 años).

Nuestros resultados obtenidos son consistentes con los encontrados en otras áreas de España. Resultados similares se describen en el estudio de estimación de la prevalencia del TDAH en población normal de la isla de Mallorca en el año 2007, donde la tasa de prevalencia es del 4,6% (Cardo, Servera, y Llobera, 2007). En otro estudio similar de prevalencia TDAH en la Comunidad Autónoma de Canarias en el año 2012, la tasa global de prevalencia estimada fue del 4.9% (Jiménez, Rodríguez, Camacho, Alfonso y Artiles, 2012).

Los resultados obtenidos también corroboran lo descrito en la literatura médica en cuanto a que es más frecuente en varones, y a que dicha prevalencia aumenta con la edad (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011; Visser, Danielson, y Bitsko, 2014; Thomas, Sanders, y Doust, 2015; Visser, Zablotsky, y Holbrook, 2015).

Es importante mencionar que el diagnóstico de TDAH es muy complejo debido en parte a su gran heterogeneidad clínica y a la ausencia de un marcador biológico.

Al ser uno de los trastornos crónicos más frecuentes de la infancia, resulta importante conocer la patogénesis de este trastorno y el mecanismo de acción del metilfenidato. Este último utilizado como tratamiento para controlar los síntomas del TDAH.

En la actualidad El TDAH, como una entidad clínica propia, es motivo de debate en la literatura médica. Sin embargo, existen varios estudios clínicos, de genética molecular, epidemiológicos, y neurológicos (psicológicos, imagenología, y farmacología), que pueden avalar su probable base neurobiológica. (López, Rodillo, y Kleinstuber, 2008; Faraone, y Mick, 2010; Cortese, 2012; Segal, 2014)

El TDAH con frecuencia tiene otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados, que incluyen el trastorno de conducta, depresión, trastorno de ansiedad, y trastornos del aprendizaje (Jensen, Hinshaw, y Kraemer, 2001; Larson, Russ, Kahn, y Halfon, 2011; Koolwijk, Stein, y Chan, 2014). Estas condiciones comórbidas pueden ser primaria o secundarias. En cualquier caso, requieren un tratamiento independiente del tratamiento para el TDAH (Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011).

La patogénesis del TDAH no se conoce con exactitud. Un desequilibrio genético del metabolismo de catecolaminas en la corteza cerebral parece desempeñar un papel principal, como se ilustra por las imágenes estructurales y funcionales del cerebro, los estudios en animales, y la respuesta a los fármacos con actividad noradrenérgica como el metilfenidato (Taylor, Döpfner, y Sergeant, 2004; Pliszka, y

AACAP Work Group on Quality Issues, 2007; Millichap, 2008). Sin embargo, diversos factores ambientales pueden jugar un papel secundario.

La evidencia de una base genética del TDAH es apoyado por estudios realizados en gemelos, donde se observa una concordancia tan alto como del 92 % en gemelos monocigóticos y del 33 % en gemelos dicigóticos (Goodman, y Stevenson, 1989; Levy, Hay, y McStephen, 1997; Neuman, Heath, y Reich 2001).

Los estudios realizados en familias se han identificado una serie de genes implicados (dopamina, serotonina, receptores glutamato, etc.) que parecen desempeñar un papel en el desarrollo y génesis del TDAH (Nyman, Ogdie, y Loukola, 2007; Elia, Glessner, y Wang, 2012).

Los estudios de neuroimagen en grupos de niños/as con y sin TDAH demuestran diferencias significativas en muchas áreas. Las diferencias se indican particularmente en áreas del cerebro anterior, incluyendo volúmenes más pequeños en áreas prefrontales corticales y la reducción de espesor de la corteza cingulada anterior, así como el adelgazamiento cortical en las regiones superiores bilaterales frontales del cerebro (Shaw, Lerch, y Greenstein, 2006; Makris, Biederman, y Valera 2007). Estos resultados apoyan la hipótesis de que el TDAH se caracteriza por la función frontal-estriada atípica y que el metilfenidato afecta a la activación del estriado de manera diferente en el TDAH que en los niños sanos (Vaidya, Austin, y Kirkorian, 1998).

Los test neuropsicológicos sugieren que los pacientes con TDAH tienen problemas de funciones ejecutivas como la planificación a largo plazo, incluyendo el razonamiento abstracto, flexibilidad mental, la memoria de trabajo y/o dificultades con la inhibición de la respuesta (Barkley, 1999).

Estos resultados son consistentes con estudios de neuroimagen que muestran anomalías estructurales y funcionales en las estructuras pre-frontales y en las regiones de los ganglios basales lo que resulta en la inhibición de la respuesta motora y las funciones ejecutivas (Tannock, 1998; Hauser, Iannaccone, y Ball, 2014). El metilfenidato aumenta los niveles de dopamina extracelular en el cerebro (Volkow, Wang, y Fowler, 2001).

Varios factores ambientales pueden jugar un papel secundario en la patogénesis del TDAH, sin embargo, La importancia de los factores ambientales es al día de hoy muy controvertido (Taylor, Döpfner, y Sergeant, 2004; Banerjee, Middleton, y Faraone, 2007).

La influencia de la dieta en la atención, hiperactividad y comportamiento es muy controvertida. Sin embargo, se piensa que ciertos alimentos podrían tener relación con el TDAH, entre ellos los aditivos alimentarios (colores artificiales, sabores artificiales, conservantes, etc.), el consumo de azúcar refinada, la sensibilidad a los alimentos (alergia o intolerancia), la deficiencia de ácidos grasos esenciales, y el déficit de hierro y zinc. Estos factores dietéticos en general no afectan el comportamiento a un nivel clínicamente significativo y no se dan en la mayoría de los casos de pacientes diagnósticos con TDAH (Barrett, 2007).

A pesar de que estos hallazgos apoyan una relación entre los aditivos alimentarios y los síntomas del TDAH. Las principales guías de práctica clínica para el tratamiento del TDAH y para la gestión de la alergia alimentaria no suelen recomendar la eliminación de los aditivos alimentarios en el tratamiento de los niños con este trastorno (Sampson, Aceves, y Bock, 2014). Algunos niños pueden tener sensibilidades identificables a ciertos alimentos. No obstante, sensibilidad a los alimentos no juega ningún papel importante en la mayoría de casos descritos de TDAH.

La deficiencia de hierro en el TDAH no se ha definido claramente. El nivel bajo de ferritina sérica se ha asociado con los trastornos cognitivos y de aprendizaje, y la deficiencia de hierro se ha asociado con la neurotransmisión dopaminérgica anormal, siendo este oligoelemento una coenzima en la síntesis de dopamina (Konofal, Lecendreux, Arnulf, y Mouren, 2004). Sin embargo, los resultados de los estudios de casos y controles de los niveles de ferritina en niños con TDAH han sido contradictorios (Donfrancesco, Parisi, y Vanacore, 2013).

En algunos estudios, la exposición prenatal al tabaco se asocia con el desarrollo del TDAH. Otros factores que se han asociado con el desarrollo del TDAH, incluyen: la prematuridad, el bajo peso al nacer, la exposición prenatal al alcohol, y traumatismo craneal. Sin embargo, su asociación es muy débil (Mick, Biederman, y Faraone, 2002; Thapar, Fowler, y Rice, 2003; Zhu, Olsen, y Liew, 2014).

El metilfenidato actúa bloqueando la recaptación de dopamina y noradrenalina en la neurona presináptica y aumenta la liberación de estos neurotransmisores al espacio extraneuronal.

La falta de atención, impulsividad e hiperactividad se producen en cierta medida en todos los niños. Es la persistencia, la profundidad y las complicaciones funcionales de los síntomas de comportamiento que conducen a un diagnóstico de TDAH.

Para cumplir con los criterios para el TDAH, los síntomas deben estar presente en más de un entorno (por citar, la escuela y el hogar), persistir durante al menos seis meses, estar presentes antes de la edad de 12 años, alteran su funcionamiento en las actividades académicas, sociales o laborales, ser excesivo para el nivel de desarrollo del niño, esta no es causada por otros trastornos mentales.

El diagnóstico del TDAH se apoya en la evaluación del comportamiento mediante la aplicación del Manual de diagnóstico estadístico (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013), el cual demanda la presencia de un cierto número de síntomas en más de un ambiente, que se hayan manifestado desde cierta edad.

El TDAH causa deterioro personal a los pacientes y a sus familias, y representa una carga importante para los servicios de salud. Los profesionales sanitarios y los gestores de la salud deben tener la información epidemiológica recopilada de la mejor evidencia científica disponible, para la planificación de las políticas de salud pública. Esta información es necesaria para mejorar el diseño de futuros estudios epidemiológicos y para evaluar el impacto sanitario de las intervenciones y/o programas sobre el TDAH. En este sentido, las medidas de prevalencia pueden ser utilizadas en indicadores de la salud de la población, y ajustarlas por años de vida perdidos en función de discapacidad que produce este trastorno.

Las implicaciones educativas y socio-sanitarias nos sugieren la importancia de llevar a cabo una identificación, diagnóstico y tratamiento temprano, lo que ayudará a que los niños diagnosticados de TDAH puedan desarrollar todo su potencial, y con ello una reducción importante del gasto público.

Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Focus*, 116(2), 78-82.

American Psychiatric Association. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1(1), 59-60.

Banerjee, T.D., Middleton, F., y Faraone, S.V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*, 96(1), 1268-1269.

Barbatesi, W., Katusic, S., y Colligan, R. (2004). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Paediatr Suppl*, 93(1), 55-56.

Barkley, R.A. (1999). Theories of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Handbook of Disruptive Behavior Disorders. *Kluwer Academic/Plenum*, (12), 295.

Barkley, R.A., Fisher, P., Medelbrock, C.S., y Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 9-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(2), 546-557.

Barrett, J.R. (2007). Diet & nutrition: hyperactive ingredients? *Environ Health Perspect*, 115(1), 577-578.

Cardo, E., Servera, M., y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1), 10-14.

Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Génova-Maleras, R., y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12(1), 168-173.

Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. Review article. *European Journal of Paediatric Neurology*, 30(1), 1-12.

- Donfrancesco, R., Parisi, P., y Vanacore, N. (2013). Iron and ADHD: time to move beyond serum ferritin levels. *J Atten Disord*, 17(1), 346-347.
- Elia, J., Glessner, J.T., y Wang, K. (2012). Genome-wide copy number variation study associates metabotropic glutamate receptor gene networks with attention deficit hyperactivity disorder. *Nat Genet*, 44(2), 77-78.
- Faraone, S., y Mick, E. (2010). Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 33(1), 159-180.
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., y Epstein, J.N. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(2), 856-857.
- Goodman, R., y Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *J Child Psychol Psychiatry*, 30(1), 691.
- Hauser, T.U., Iannaccone, R., y Ball, J. (2014). Role of the medial prefrontal cortex in impaired decision making in juvenile attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 1165.
- Holder M., y Blumstein, J. (2014). Puberty and Adolescence as a time of vulnerability to stressors that alter neurobehavioral process. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(1), 89-110.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., y Kraemer, H.C. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(1), 146-147.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Alfonso, M., y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 13-26.
- Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I., y Mouren, M.C. (2004). Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158(1), 1113.
- Koolwijk, I., Stein, D.S., y Chan, E. (2014). "Complex" attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. *J Dev Behav Pediatr*, 35(2), 590-591.
- Larson, K., Russ, S.A., Kahn, R.S., y Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(2), 462-463.
- Levy, F., Hay, D.A., McStephen, M. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(1), 736-737.
- López, I., Rodillo, E., y Kleinstaub, K. (2012). Neurobiología y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención. *Rev.Med.Clin.Condes*, 19(1), 511-524.
- Makris, N., Biederman, J., y Valera, E.M. (2007). Cortical thinning of the attention and executive function networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cereb Cortex*, 17(1), 1364-1365.
- Martínez-León, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 379-399.
- Merikangas, K.R., He, J.P., y Brody, D. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75.
- Mick, E., Biederman, J., y Faraone, S.V. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(1), 378.
- Millichap, J.G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121(1), 357-358.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. (2000). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(1), 181-182.
- Neuman, R.J., Heath, A., y Reich, W. (2001). Latent class analysis of ADHD and comorbid symptoms in a population sample of adolescent female twins. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(1), 933.
- Nyman, E.S., Ogdie, M.N., y Loukola, A. (2007). ADHD candidate gene study in a population-based birth cohort: association with DBH and DRD2. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(1), 1643-1614.
- Perou, R., Bitsko, R.H., y Blumberg, S.J. (2013). Mental health surveillance among children--United States, 2005-2011. *MMWR*, 62(1), 78-79.
- Pliszka, S., y AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(2), 893-894.
- Sampson, H.A., Aceves, S., y Bock, S.A. (2014). Food allergy: a practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*, 134(19), 1016.
- Segal, M. (2014). We cannot say whether Attention Deficit Hyperactivity Disorder exists, but we can find its molecular mechanisms. *Pediatric Neurology*, 54(1), 15-16.

- Shaw, P., Lerch, J., y Greenstein, D. (2006). Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(1), 540.
- Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(1), 1007.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry*, 39(1), 64-65.
- Taylor, E., Döpfner, M., y Sergeant, J. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(1), 17-18.
- Thapar, A., Fowler, T., y Rice, F. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *Am J Psychiatry*, 160(2), 1984-1985.
- Thomas, R., Sanders, S., y Doust, J. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(1), 994.
- Vaidya, C.J., Austin, G., y Kirkorian, G. (1998). Selective effects of methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: a functional magnetic resonance study. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 95(1), 1494-1495.
- Visser, S.N., Danielson, M.L., y Bitsko, R.H. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(1), 34.
- Visser, S.N., Zablotsky, B., y Holbrook, J.R. (2015). Diagnostic Experiences of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Natl Health Stat Report*, 11(1), 126-127.
- Volkow, N.D., Wang, G., y Fowler, J.S. (2001). Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *J Neurosci*, 21(1), 121-122.
- Zhu, J.L., Olsen, J., y Liew, Z. (2014). Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: The Danish national birth cohort. *Pediatrics*, 134(1), 381-382.

CAPÍTULO 2

Aparición del síndrome de RETT y consecuencias neuromusculares desde la infancia

Inmaculada López Caler*, María José Cobos Carvajal**, y María del Carmen López Caler***

**Hospital Torrecárdenas (España), **Hospital Materno-Infantil Málaga (España),*

****Hospital Carlos Haya (España)*

Introducción

El síndrome de Rett (SR) pertenece a los trastornos generalizados del desarrollo, presentado en común con otras patologías pertenecientes a este grupo de trastornos la dificultad en la interacción social, en la comunicación social, en la habilidad imaginativa, en la comunicación no verbal y verbal, y en el uso de actividades repetidas (Gener, y Martínez González, 2009).

Es un trastorno que aparece en la infancia de carácter neurodegenerativo. Se caracteriza por tener en edades tempranas una evolución inicial de carácter normal con la presencia de un cuadro clínico característico. La incidencia en su totalidad es en el sexo femenino, y en su gran mayoría de aparición esporádica y determinado genéticamente (Blanco, Manresa, y Mesh, 2006).

Este síndrome fue descrito y descubierto en el año 1966 por el Pediatra Andreas Rett, el cual descubrió casos de niñas las cuales habían presentado una regresión de carácter mental tras un estado inicial de carácter normal (Tejada, 2006).

La herencia es de tipo dominante, estando ligada al cromosoma X, por lo que los varones que llegan a nacer mueren al poco tiempo o no llegan. En cambio el sexo femenino si llega a término, siendo la evolución del deterioro y la gravedad de los síntomas diferente de una niña a otra, teniendo como característica común el desarrollo normal hasta la aparición de los síntomas (Pavetti, Aguirre, y Pereno, 2012).

La región del gen encargada de codificar es la proteína metilo citosina 2 que será la encargada de unirse al DNA teniendo como función principal la de inhibir a otros genes. Este gen se considera con un gen con función reguladora de otros genes los cuales disponen de una función primordial a nivel cerebral (Coronel Carvajal, 2012).

Este gen en las personas afectadas de esta enfermedad no funcionará de forma correcta y normal, formándose de forma insuficiente cantidades de la proteína encargada de codificar el gen. Esta situación provocará como consecuencia no realizará la función de regulación de estos genes permaneciendo activos y produciendo a largo plazo problemas neurológicos (Roche, Armstrong, y Pineda, 2011).

Se ha descubierto que existen tres fenotipos teniendo como referencia si se ha adquirido o no la marcha. Fenotipo I, el cual presenta SRC ambulante el cual tiene una correspondencia a un estadio III el cual se puede presentar de forma permanente o de larga evolución hasta llegar al estadio IV. Este fenotipo tiene unas características específicas como la pérdida de la utilidad de las manos, teniendo esta lugar a la edad de los 25 días a los 6 meses, la aparición de la retracción social aparecería a la edad de los 25 meses, el deterioro o déficit del lenguaje aparecería a los 20 meses y los problemas osteo-articulares y signos de espasticidad a la edad de los 22 meses hasta los 8-10 años. Fenotipo II se caracteriza por SRC transitoria y ambulante correspondiente a un estadio de IVA de forma precoz. Los signos tanto físicos como psíquicos que indican presencia de anormalidad suelen aparecer entre los 9 y 10 meses de edad. Existe una pérdida del uso propósito de ambas manos entre los 22 y 24 meses de edad, presencia del retraimiento social a los 21 meses de media, déficit o deterioro del lenguaje a los 20 meses, aparición de las estereotipias manuales a los 25 meses y los trastornos neurológicos, motores, tróficos y vasomotores a los 45 años si se consigue alcanzar esa edad. Fenotipo III con presencia de SRC de forma no ambulante, correspondiente este a un estadio IV-B con iniciación de media a los 56 meses de edad, existe una

pérdida de la prensión voluntaria a los 18 meses de edad, aparición de retraimiento a nivel social a los 18 meses, déficit o deterioro del lenguaje a los 12 meses, aparición de estereotipias manuales a los 13 meses de edad e inicio de forma precoz de trastornos a nivel motor, trófico y vasomotor (Villalba, Quispe, 2014).

Aunque un 83% de los casos de aparición de enfermedad de Rett está ligado a la mutación del gen MECP2, existe un 17% de aparición de la enfermedad y en la cual no se ha encontrado ninguna mutación en este gen y por lo tanto nula relación como en el resto (Schwartzman, 2007).

Objetivo

Analizar qué es el síndrome de Rett y cómo está asociado a un deterioro neuromuscular en la infancia.

Método/ Metodología

Bases de datos

Estudio basado en una revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, Scielo, Dialnet y Web Enferpro.

Descriptores

Los descriptores utilizados para la búsqueda del tema en estudio han sido: Síndrome de Rett, retraso mental, alteraciones genéticas, trastornos del desarrollo.

Fórmulas de búsqueda

Las fórmulas de búsqueda introducidas en los buscadores han sido: Rett syndrome AND mental retardation AND autism.

Resultados

Este tipo de trastorno afecta en su totalidad al sexo femenino, siendo la segunda causa de retraso mental genético más grave en mujeres. La sintomatología presentada es: microcefalia adquirida, pérdida o disminución de habilidades ya adquiridas después de un periodo de normalidad, atrofia a nivel cerebral, hiperamoniemia y forma de las manos de “lavado de manos” (Nieto Barrera, y Nieto Jiménez, 2003).

Las formas de presentación de esta enfermedad son cuatro: una clásica y cuatro atípicas, estando relacionado el gen MECP2 con la aparición de la forma clásica. La expresión que se manifiesta más fuerte es la forma clásica, la cual se caracteriza por la presencia de cuatro fases: fase de normalidad clínica (la familia de la niña que lo padece manifiesta que hasta los 6-12 meses de edad de ésta su desarrollo neurológico se ha realizado con total normalidad); esto se basa únicamente en una percepción superficial de la familia, ya que si se observa con detenimiento la historia clínica de la niña se puede observar que en estadios previos se ha alcanzado de forma escasa los límites del desarrollo. Existen diferentes signos que nos pueden alertar de encontrarnos ante esta fase como son: asimetría en la zona facial como en la velocidad al parpadear, alteración en el patrón sueño, dificultar para movilizarse solos como al gatear, involuntad al estirar los brazos para pedir cercanía a sus padres y bebés que suelen ser o muy tranquilos o muy nerviosos (Narbona 2010).

Fase de regresión (existe una pérdida de habilidades manuales, el lenguaje anteriormente aprendido, el interés por el entorno social que le rodea e incapacidad en los movimientos voluntarios), las características sintomatológicas son: alteración del equilibrio, presencia de palmadas y salivación, y movimientos de las manos hacia la boca (Taboada, y Lardoeyt, 2003).

Fase de estabilización (tras la fase anterior en la que se produce una regresión, se produce una estabilización en el deterioro de las capacidades en las que se puede incluso mejorar alguna). Fase de

declive (empeoramiento motriz de la paciente con cambios de humor y estados depresivos) (Antonietti, y Fabio 2004).

En las formas de presentación atípicas las personas que la padecen pueden presentar alguna o ninguna de las fases de la forma clásica, existiendo diferentes formas de presentación como: Forma congénita (hay signos iniciales que indican anormalidad motriz y no hay periodo de normalidad al inicio), Epilepsia (se inicia en las primeras semanas de vida 6-10 con la presencia de espasmos y crisis tónico-clónicas, Regresión tardía (se produce una regresión en hábitos motrices ya adquiridos después de los tres años de edad en el cual se puede observar un desarrollo previo bajo los límites de la normalidad), lenguaje conservado (Zapella), estas pacientes pueden expresar frases sencillas y sus emociones entre los 8 y 10 años de edad (Antigas, y Gabau, 2005).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el síndrome de Rett

A. Criterios necesarios	<ul style="list-style-type: none"> — Período prenatal y perinatal normales — Desarrollo psicomotor normal en los 6 primeros meses — Perímetro craneal normal al nacer — Deceleración del crecimiento cefálico entre los 3 meses y 4 años — Pérdida del uso intencional de las manos entre los 6 y 30 meses — Disfunción comunicativa-social durante el mismo período — Instauración de retraso psicomotor y lingüístico graves — Movimientos estereotipados de las manos (retorcimiento, golpeteo, 'lavado', aplauso) — Apraxia y estereotipias bucales (babeo y bruxismo) — Aparición del trastorno de la marcha ('ataxia', y astasia-abasia) a partir de 1-4 años de edad — Diagnóstico reservado hasta la edad de 2-5 años.
B. Criterios de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> — Disfunción respiratoria en vigilia: apnea e hiperventilación repetitivas — Anomalías EEG: enlentecimiento basal y enlentecimiento rítmico (3-5 Hz), con descargas epileptiformes — Crisis epilépticas — Disonía muscular en extremidades inferiores que puede asociarse a espasticidad y a atrofia muscular distal — Trastornos vasomotores periféricos — Citoescoliosis — Retraso del crecimiento — Pies hipotróficos con trastornos vasomotores C.
C. Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> — Retraso de crecimiento intrauterino y/o microcefalia neonatal — Organomegalia, retinopatía, atrofia óptica u otros signos de enfermedad degenerativa/de almacenamiento — Evidencia de daño cerebral adquirido perinatal — Existencia de enfermedad progresiva identificable — Trastornos neurológicos adquiridos por trauma o infección

Existen diferentes patologías asociadas a este síndrome como son: epilepsia, trastorno del sueño y del comportamiento, problemas respiratorios y disfunción motora, problemas óseos como la cifosis, trastornos en la alimentación, disminución de la esperanza de vida y aumento de la mortalidad a una media de 60 años (Antigas, y Rigau, 2008). El tratamiento utilizado en la actualidad es sintomático y no curativo, ya que sirve para paliar síntomas procedentes de la epilepsia, y disminuir la gravedad que puede suponer las complicaciones, siendo utilizado para el control de las convulsiones el ácido valproico o Fenobarbital, para el control del sueño melatonina, para control de malformaciones óseas será preciso el uso de férulas o tratamiento protésico general o quirúrgico para así un aumento en la calidad de vida (Martín Sanjuan, y Moreno Martín, 2008). Otra técnica usada actualmente para la mejora de la sintomatología es la equino-terapia, la cual es entendida como una terapia de tipo complementario que se basa en el uso de los caballos para conseguir la rehabilitación física de este tipo de personas (Durá Travé, y Yoldi Petri, 2009).

Tabla 2. Estadios Síndrome de RETT

Estadio 1: estancamiento precoz	Estadio 2: regresión funcional rápida	Estadio 3: período pseudoestacionario	Estadio 4: deterioro motor tardío
1. Inicio entre 6 y 18 meses	1. Inicio entre 1 y 4 años	1. Inicio tras el anterior (a partir de los 3 años)	1. Inicio al finalizar la etapa anterior (variable)
2. Retraso madurativo inespecífico por detención del desarrollo (no hay clara regresión)	2. Pérdida de hitos madurativos (ya hay regresión)	2. Clínica característica	2. Cesa la deambulación, prevalece la rigidez (silla de ruedas)
3. Patrón conductual poco anómalo. Irritabilidad. Desconexión	3. Evolución rápida a demencia y estereotipias características	3. A veces mejoría parcial de la comunicación (socialización, contacto ocular)	3. Incapacidad funcional muy severa, marasmo
4. Duración: meses	4. Crisis (15% casos)	4. Regresión neuromotora lenta: casos con deambulación preservada. Los casos no ambulantes pueden pasar directamente del estadio II al IV	5. Duración: décadas
	5. Duración de semanas a 1 año máximo	5. Duración de años a décadas.	Los casos que llegan a este estadio y nunca caminaron se les llama IVB (IVA al resto)
EEG: normal o discretamente enlentecido	EEG: focal o multifocal, con generalizaciones	EEG: aplanamientos pseudorítmicos	EEG: trazado lento, a veces actividad puntas continuas

Discusión/Conclusiones

Tras el análisis de diferentes estudios se ha llegado a la conclusión que existe una gran variabilidad fenotípica en la manifestación de esta enfermedad. Las manifestaciones clínicas provocadas del síndrome de Rett pueden ser agrupadas al menos en doce categorías las cuales expresan alteraciones neurológicas con alteraciones del Sistema nervioso central y del Sistema nervioso periférico, especificando para esta enfermedad: 1) presencia aparente en pruebas radiológicas de la función cortico-subcortical fronto-temporo-parietal y del sistema Límbico de carácter bilateral cerebral; b) Disfunción de ganglios basales o en sus conexiones; c) Disfunción del tallo cerebral, concretamente de su sistema reticular; d) Disfunción del sistema reticular general y del sistema límbico; e) Disfunción bioeléctrica paroxística cortico-subcortical con aparente expresión clínica; f) Disfunción neuronopática y concretamente de neuropatía periférica; g) Complicaciones musculoesqueléticas tanto posturales como tónicas; h) Disfunción pseudobulbar; i) Disfunción de la autonómica ya adquirida; j) Disfunción de la sensibilidad al dolor, poca o excesiva tolerancia. Este grupo de manifestaciones facilita el diagnóstico y un mejor estudio integral, por lo que es muy recomendable basarse en esta categorización (Serrano López, Martín Moreno, 2011).

Cuanto más precozmente aparecen estos síntomas, más grave es la manifestación de la enfermedad. La expectativa de vida es reducida, siendo la media los 40 años, aunque un 7% ha llegado a los 60 años. La detección y diagnóstico de esta enfermedad suele ser muy dificultoso ya que se puede confundir con una alta gama de enfermedades psiquiátricas y de carácter degenerativo. Es preciso la observación directa de la paciente y valorar la historia clínica de ésta ya que hoy en día no existe ningún marcador molecular, bioquímico, citogenético y morfológico que permita una detección más precisa. Hoy en día siguen las investigaciones con el objetivo de encontrar un posible marcador de diagnóstico y frenar el proceso patológico de la enfermedad, para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes y la familia que les rodea a través del uso de ayudas de la sintomatología como la ingesta de una dieta equilibrada y adecuada a la edad para así favorecer el crecimiento, estimulación temprana, uso de fisioterapeutas, logopedas, psicólogos y neuropediatras para así mantener la motricidad de las manos, la comunicación y la interacción con el medio, las técnicas de modificación de conductas y el tratamiento ortésico, llegando a la conclusión de que la prevención de esta patología no existe.

La terapia génica aún se encuentra en estudio experimental. Para concluir hay que determinar que para sospechar que nos encontramos ante un caso de enfermedad de Rett se tienen que cumplir determinadas circunstancias como: paciente de sexo femenino con retraso mental idiopático o parálisis cerebral infantil que presente un retardo físico de habilidades anteriormente ya adquiridas.

Es de vital importancia escuchar a los padres cuando acuden a la consulta del pediatra a manifestar sus sospechas de que sus hijos tienen algún tipo de alteración observada en su desarrollo normal, para así poder hacer futuras investigaciones, un diagnóstico precoz y por lo tanto una instauración temprana del tratamiento paliativo para así retardar las repercusiones de la sintomatología.

Referencias

- Tejada, MI. (2006). Síndrome de Rett: actualización diagnóstica, clínica y molecular. *Revista de Neurología*, 42(1),55-59.
- Blanco, NM., Manresa, VS., Mesch, GJ., Melgarejo, MJ. (2006). Síndrome de Rett, criterios diagnósticos. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina* 153,22-28.
- Pavetti, J., Aguirre, J., Pereno, G. (2012). Estudio Bibliométrico de las publicaciones científicas sobre los aportes de las Técnicas de Neuroimágenes en el Síndrome de Rett. *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento* 4(1), 11-20.
- Roche Martínez, A., Armstrong Morón, J., Pineda Marfa, M. (2011). Síndrome de Rett. *Revista Anales de Pediatría*, 9(5), 288-295.
- Villalba Herrera, EW., Quispe Quelca, J. (2014). Síndrome de Rett. *Revista de actualización clínica* 46, 2431-2436.
- Schwartzman, JS. (2007). Síndrome de Rett. *Revista Arq Neuropsiquiatría*, 65(2), 544-545.
- Gener, B., Martínez González, MJ. (2009). Síndrome de Rett. *Revista Española de Pediatría*, 65(1), 42-47.
- Coronel Carvajal, C. (2002). Síndrome de RETT: un nuevo reto para los pediatras. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Pediatría*, 74(2), 162-167.
- Nieto Barrera, M., Nieto Jimenez, M., Silgestrom, ML. (2003). Fenotipos Clínicos del Síndrome de Rett Clásico. *Revista de Neurología*, 36(1), 146.
- Narbona, J. (2010). El síndrome de Rett como patología de la hodogénesis. *Revista de Neurología* 28(1), 1-11.
- Taboada Lugo, N., Lardoyt Ferrer, R. (2003). Criterios para el diagnóstico clínico de algunos síndromes genéticos. *Revista Cubana de Pediatría*, 75(1).
- Antonietti, A., Castelli, I., Fabio, RA., Marchetti, A. (2004). La Síndrome di Rett. *Revista Giornale Italiano Delle Disabilita* 2, 68-72.
- Artigas Pallarés, J., Gabau Vila, E., Guitart Feliubadaló, M. (2005). El autismo sindrómico: II. Síndromes de base genética asociados a autismo. *Revista Neurología* 40(1), 151-162.
- Artigas, J., Rigau, E., García Nonell, K. (2008). Trastornos del lenguaje. *Revista Neurología Pediátrica* 24, 178-184.
- Martín Sanjuan, C., Moreno Martín, MC., Rios de la Peña, JM., Urberuaga Erce, M., Domingo Malvadí, R. (2008). Hallazgos orales en el síndrome de Rett: a propósito de tres casos. *Revista Gaceta Central: industria y profesiones*, 197,172-179.
- Durá Travé, T., Yoldi Petri, ME., Hualde Olascoaga, J., Etayo Etayo, V. (2009). Epilepsia y síndromes epilépticos durante el primer año de vida. *Revista Neurología*, 48(6), 281-184.
- Serrano López, AE., Martín Moreno, C. (2011). Cadasil e síndrome de RETT: Estudo de caso de dois doenças raras neurológicas. *Revista do Instituto de Ciencia da Informacao da UFBA*, 5(3), 130-148.

CAPÍTULO 3

Análisis del trastorno alimentario infantil

Laura Liñán Urbano, María del Mar Díaz Ortega, y Lucía Zúñiga Estévez
Universidad de Almería (España)

Introducción

Durante la infancia son frecuentes los periodos en los que se desarrolla un rechazo a la comida, por lo que los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (TIAI) se puede considerar como una parte normal en el desarrollo del niño.

Los trastornos de la ingesta alimentaria de la infancia o la niñez son motivo de frecuentes consultas a los profesionales sanitarios, llegando a representar el 5% de ellas (Graham, 1991).

Dichos trastornos alimentarios en los últimos años han captado gran atención por su nivel de gravedad y prevalencia. A pesar de ello, son muy limitados los trabajos que pretenden detectar de manera precoz alteraciones en la conducta alimentaria en la infancia.

Esta atención prestada, se debe por un lado, a que ha aumentado notablemente la incidencia del trastorno objeto de nuestro estudio, así como las consecuencias sobre el estado nutricional y por consiguiente la salud infantil. Y por otro lado, es debido a la complicada y entramada etiología multifactorial. Los manuales utilizados por los sanitarios para la elaboración de diagnósticos son la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10, 1992), y el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2000).

Diversos estudios identifican insuficientes los criterios de dichos manuales para el diagnóstico de los TIAI, ya que su etiología es multifactorial (Manikan, y Perman, 2000).

Según Davies et al. (2006) y Bryant-Waugh, Markham, Kreipe y Walsh (2010) ninguno de los manuales identifica en qué momento, en función de la intensidad de los síntomas, se debe realizar el diagnóstico del trastorno.

Algunos autores: Burcklow, Phelps, Schultz, McConnell y Rudolph, (1998); Chatoor y Ganivan, (2003); Kedesdy y Budd, (1998) y Lindscheid, Budd y Rasnake, (2003), han identificado nuevas clasificaciones válidas en la práctica sanitaria y asistencial, pero aún no han sido incluidas en los manuales.

Es importante diferenciar los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos (TCA), que son la Anorexia y Bulimia Nervosa, que se caracterizan por la negativa a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo establecido por talla y peso con la alteración de la percepción de la silueta corporal (DSM-IV, 2000).

Los TIAI pueden presentar la sintomatología que se muestra a continuación: disminución de peso o IMC, estreñimiento, malnutrición, cólicos, retraso en el desarrollo, así como otros síntomas psicológicos y físicos relacionados con el proceso de alimentación.

El este trastorno influyen factores del niño, como son su estado emocional, el estado de salud y su experiencia en aprendizaje de la alimentación.

También influyen componentes relacionados con los padres, como son las habilidades educativas, su salud, sus hábitos alimentarios, el nivel socioeconómico, los conocimientos sobre la alimentación, y la relación de pareja.

El origen de los cuidados prestados por las madres a sus hijos durante su desarrollo infantil es fundamental en su futuro hábito nutricional. Las dificultades tempranas que surjan en el vínculo madre-

hijo pueden contribuir a generar alteraciones en el desarrollo del niño, entre las que se pueden encontrar trastornos en el patrón de alimentación.

Por último también tiene influencia sobre los trastornos en la ingesta alimentaria de la infancia o la niñez el ambiente doméstico y social en el que conviva el niño.

Toda esta serie de factores afectan al niño, así como los condicionamientos negativos ejercidos también favorecen los trastornos en la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (Kedesdy, y Budd, 1998).

Este trabajo tiene como objetivo analizar los aspectos más relevantes de los trastornos en la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, con el fin de favorecer el conocimiento de este trastorno.

Metodología

Para la elaboración del presente estudio, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, tanto en inglés como en castellano.

Los descriptores usados fueron: “trastornos en la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez”, “TIAI”, “diagnóstico”, “etiología”, “intervenciones de enfermería” y “trastornos de la infancia”. Y se introdujeron esos mismos descriptores en inglés para la obtención de datos internacionales.

Resultados

La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10, 1992) y el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2000), tiene un capítulo que tratan los trastornos de la ingestión en la alimentación infantil y de la niñez.

Los criterios diagnósticos necesarios para determinar los TIAI son:

- Alteración en la alimentación que se manifiesta por la dificultad reiterada de comer correctamente, con pérdidas de peso durante un mes al menos o con dificultad significativa para aumentar de peso.
- La alteración en la alimentación no se debe a enfermedades del sistema digestivo ni a otro tipo de enfermedad médica.
- El trastorno no se debe a la incapacidad de adquirir alimentos o a otro trastorno de origen mental.
- El trastorno se inicia antes de los 6 años.

Ambos manuales identifican los criterios de diagnóstico del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, en una alteración mantenida a la ingesta de alimentos, que cursa con dificultad en el aumento de peso, siempre y cuando no se asocie a trastornos mentales o problemas de salud.

Sin embargo, Waller en 1997 estableció que ante la presencia de los siguientes síntomas se debería realizar una interconsulta a los servicios sanitarios:

- Pérdida acentuada del peso que precisa alimentación por sonda o la necesidad de nutrición parenteral.
- Pérdida de peso continua a pesar de llevar a cabo intervenciones conductuales.
- Sospecha de problemas familiares que contribuyan a originar o agravar el problema.

El origen de este trastorno también se puede deber a psicopatología parenteral o maltrato infantil. Se han detectado casos de madres y /o padres con trastornos del estado de ánimo debido al abuso de sustancias.

En el criterio que hay consenso, es que los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez se originan debido a factores fisiológicos, sociales, médicos, ambientales y socio-familiares (Byars, 2003; Heffer y Kelly, 1994; Rommel, DeMeyer, Feenstra, y Veereman-Wauters, 2003; Silverman, 2010). La literatura identifica también el origen de los TIAI en la teoría del aprendizaje.

La alta incidencia de los trastornos y su coexistencia con altas cifras de malnutrición en la población infantil, indican que el estilo de vida que llevan los adultos está influyendo negativamente en el comportamiento de sus hijos respecto a los hábitos nutricionales saludables.

Diagnóstico y tratamiento interdisciplinar

El rechazo a alimentos nuevos se considera una parte más del proceso de desarrollo del niño y una expresión normal sobre los dos años de edad, sin embargo, su permanencia en la infancia es patológica y puede producir importantes consecuencias nutricionales.

Por ello es necesario un equipo interdisciplinar para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, al tratarse de un trastorno de origen multifactorial (Arvedson, y Brodsky, 2002; Martin, Southall, Shea, y Marr, 2008; Manikam, y Perman, 2000; Puntis, 2007).

Evaluación y tratamiento

La evaluación de los TIAI se puede desarrollar tanto en los centros de atención primaria como en la unidad de hospitalización de pediatría o en unidades hospitalarias especializadas en el trastorno objeto de nuestro estudio (Martin et al, 2008; Patel et al, 2006).

El tratamiento de estos niños incluye la preparación a los padres en el afrontamiento de comportamientos problemáticos por parte del niño durante las comidas.

Los tratamientos pueden ser realizados a nivel hospitalario (Piazza, Patel, Gulotta, Sevin, y Layer, 2003; Martin, Southall, Shea, y Marr, 2008) o a nivel domiciliario (Werler, Murphy, y Budd, 1998).

Actuación de los padres

Se ha demostrado que los niños aprenden por imitación, por lo que aprenden a aceptar los alimentos por observación directa de las personas de su entorno. Es por ello que el rol que desempeñan los padres es clave (Evans-Morris, y Dunn, 2000). Al igual que la influencia que ejercen otros cuidadores sobre el niño con trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, como educadores y niños también desempeñan un rol importante.

La actitud errónea de los padres ante los problemas de comportamiento en las comidas, junto con las reticencias que el niño este presentado, como por ejemplo, tener dificultad en la ingesta de alimentos de consistencia sólida, pueden desarrollar altos niveles de estrés en relación a la ingesta de alimentos (Harris, y Booth, 1992).

Blissett, Harris y Kirk, (2000) identifican la presión que ejercen los padres durante la comida sobre sus hijos, como un aumento en los problemas de alimentación, llegando a convertir el acto de la alimentación en una experiencia negativa.

La literatura existente muestra que la presión durante la comida se asocia a una disminución en la ingesta de alimentos que se estuviera consumiendo en el momento de la presión. Sin embargo, la restricción, incita al consumo del alimento restringido (Fisher, y Birch, 1999).

Actuación conductual

La literatura existente ha demostrado que el condicionamiento operante es efectivo para que los niños con trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez aumenten la ingesta de alimentos (Kerwin, 1999; Kelley, Piazza, Fisher, y Oberdroff, 2003; Riordan, Iwata, Finney, Wohl, y Stanley, 1984; Patel, Piazza, Martinez, Volkert, y Santana, 2002). La intervención sobre la conducta incluye la disminución de patrones negativos que perpetúan el conflicto alimentario, aumentar la variedad de comidas; emplear texturas variadas y superar el rechazo a las comidas (Byars, et al., 2003; Piazza, et al., 2003). Estas actuaciones cuyo objetivo es el modificar el comportamiento se pueden desarrollar aisladamente o enlazadas con otros componentes de tratamiento (Douglas, 2000; Kerwin, 1999). Hay evidencia que indica que reforzadores sensoriales pueden ser de gran utilidad en niños con discapacidad y trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (Luiselli, y Gleason, 1987).

Discusión/Conclusiones

Como determino Kedesdy y Budd en 1998, existen diversos factores que afectan al niño, así como condicionamientos negativos que favorecen la aparición de los trastornos en la ingesta alimentaria de la infancia o la niñez.

Por ello es primordial educar e instruir a los padres y responsables del menor en unos hábitos adecuados de alimentación, con el fin de lograr una alimentación adecuada, que se traduzca en una relación equilibrada con la comida, ya que como manifestó Evans-Morris y Dunn (2000) los niños aprenden por imitación, por lo que aprenden a establecer sus hábitos nutricionales por observación directa de los miembros que forman parte de su entorno.

Diversos estudios (Arvedson, y Brodsky, 2002; Martin, Southall, Shea, y Marr, 2008; Manikam, y Perman, 2000; Puntis, 2007) indican que el diagnóstico y tratamiento de los TIAI debe de ser interdisciplinar, donde las medidas terapéuticas garanticen actuaciones preventivas, asistenciales y de continuidad en los cuidados, de forma sectorizada e integrada, disponiendo de los dispositivos y recursos tanto ambulatorios como de hospitalización que permitan abordar el problema bio-social del cada individuo.

Los TIAI, a pesar de tener una importante prevalencia no han sido tan investigados como los TCA, llegando a plantear Manikan y Perman en 2000 insuficientes los criterios diagnósticos de los manuales DSM-IV y ICD-10. Es por ello que queda un largo camino por recorrer, encaminado al desarrollo e investigación del trastorno, que permita prevenir y tratar precozmente y con garantías dicho trastorno.

Referencias

- Arvedson, J.C. y Brodsky, L. (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and management*. New York: Singular Thomson Learning.
- Blissett, J., Harris, G., y Kirk, J. (2000). Growth Hormone therapy and feeding problems in growth disorders. *Acta Paediatrica*, 89, 6, 644-649.
- Bravo, P., y Hodgson, M.I. (2011). Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *Revista chilena de pediatría*, 82(2), 87-92.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R.E. y Walsh, B T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111
- Burklow, K.A., Phelps, A.N., Schultz, J.R., McConnell, K., y Rudolph, C. (1998). Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterological Nutrition*, 27, 143-147.
- Byars, K. C., Burklow, S., Kathleen A., Ferguson, K., O'Flaherty, T., Santoro, K., y Kaul, A. (2003). A Multicomponent Behavioral Program for Oral Aversion in Children Dependent on Gastrostomy Feedings. *Journal of Pediatric Gastroenterology y Nutrition*, 37, 473-480.
- Chatoor I, y Ganiban J. (2003). Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive Behavioral Practice*, 70, 138-46.
- Davies, W.H., Satter, E., Berlin, K.S., Sato, A.F., Silverman, A.H., y Fischer, E.A. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20, 409-417.
- Douglas, J. (2000). Behavioural approaches to the assessment and management of feeding problems in young children. In Southall, A., Schwartz, A., (Eds). *Feeding Problems in Children: A practical guide*. Radcliffe Medical Press: Abingdon.
- Dovey, T. M. (2010). *Eating Behaviour*. McGraw Hill: Open University Press Dovey.
- Evans-Morris, S., Dunn Klein, M. (2000). *Pre-Feeding Skills*. Second Edition. Therapy Skill Builders.
- Fisher, J.O., y Birch, L.L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32, 405-19.
- Galloway, A.T., Lee, Y., Birch, L.L. (2003). *Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls*. *J Am Diet Assoc*, 103(6), 692-698.
- Graham, P. (1991). *Child Psychiatry. A Developmental approach*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press
- Harris, G., y Booth, I. W. (1992). The nature and management of eating problems in preschool children. In P.J. Cooper y A. Stein (Eds.), *Feeding problems and eating disorders in children and adolescents*. London: Harwood Academic Publishers.

- Heffer, R.W., y Kelley, M.L. (1994). Nonorganic failure to thrive: Developmental outcomes and psychosocial assessment and intervention issues. *Research in Developmental Disabilities, 15*, 247-268.
- Kedesdy, J. H., y Budd, K.S. (1998). *Childhood feeding disorders. Biobehavioral Assessment and Intervention*. Paul H. Brookes Eds.
- Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported Treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology, 24*, 193-214.
- Linscheid, T.R., Budd, K., y Rasnake, L.K. (2003). *Pediatric Feeding Problems. In Handbook of Pediatric Psychology*, 3rd ed, Ed Michael Roberts, Guilford Press: New York
- Luiselli, J.K., Gleason, D.J. (1987). Combining Sensory Reinforcement and Texture Fading Procedures to Overcome Chronic Food Refusal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18*, 149-155.
- Manikam, R., y Perman, J. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology, 30*, 34-46.
- Martin, C., Southall, A., Shea, E., y Marr, A. (2008). The Importance of a Multifaceted approach in the Assessment and Treatment of childhood Feeding Disorders. *Clinical Case Studies, 7*, 79-99.
- Patel, M. R., Piazza, C. C., Martinez, C. J. Volkert, V. M., y Santana, C. M. (2002). An evaluation of two differential reinforcement procedures with escape extinction to treat food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis, 35*, 363-374.
- Piazza, C. C., Patel, M. R., Gulotta, C. S. Sevin, B. M., y Layer, S. A, (2003). On the relative contributions of positive reinforcement and escape extinction in the treatment of food refusal. *Journal of applied Behavior Analysis, 36*, 309-324.
- Piazza, C. C., y Vaz, P. C. M. (2010) Behavioural approaches to the management of paediatric feeding disorders. In Southall y C. Martin: *Feeding Problems in children: A guide for health professionals*. Radcliffe Medical Press: London.
- Puntis, J. W. L. (2008). Specialist feeding clinics. *Archives of Disorders of Childhood, 93*, 164-167.
- Rommel, N., DeMeyer, A. M., Feenstra, L., y Veereman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 37*, 75-84.
- Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. *Nutrition in Clinical Practice, 25*, 160-165.
- Waller, D. (1997). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, Parmelee, Dean X. *Harcourt Brace*, Barcelona. España.
- Werler, M. A., Murphy, T. B. y Budd, K. S. (1998). Broadening parameters of investigation in treating young children's chronic food refusal. *Behavior therapy, 29*, 87-105.

CAPÍTULO 4

Estimación de la edad ósea, mediante el análisis carpal

Noelia Portero Salvador*, M^a Azahara de la Poza Rodríguez**, y M^a José Trujillo Peña**
**Técnico Superior en imagen para el diagnóstico (España), **Enfermera (España)*

Introducción

A partir del descubrimiento de los rayos x se ha revolucionado la imagen médica y con ello el diagnóstico de múltiples enfermedades ya que estos permiten mostrar la estructura interna y atravesar objetos opacos (Sizonenko, 1972).

El estudio de la edad ósea, es una herramienta muy útil en la estimación aproximada de la maduración del sistema esquelético.

Aplicando técnicas de procesado a una radiografía podrán compararse algunos indicadores con un atlas radiográfico (Acheson, 1954).

En 1950 aproximadamente aparece uno de los métodos más antiguos, el método de Greulich y Pyle (Greulich, y Pyle, 1959) siendo aproximado y dependiendo del grado de observación del investigador, otro método surge 20 años después por Tanner y Whitehouse (Tanner, Whitehouse, Healy, y Goldtein, 1972) basado totalmente en algoritmos matemáticos.

Ya que tiene muchas aplicaciones e interés médico el determinar la edad a partir de una radiografía, había que estudiar un método que tuviera carácter real y no dependiera del observador.

El nuevo estudio estará basado en la distancia entre píxeles. (Dennis, May, y Einsberg, 2005; Hernández, 2000; Oestreich, 1997; Sobradillo, 2000).

Los huesos de los niños tienen zonas de crecimiento, conocidas como cartílagos de nacimiento, formadas por células responsables del crecimiento de los huesos. Estos cartílagos se pueden diferenciar en una radiografía fácilmente ya que son más blandos representándose en la imagen en un tono más oscuro que el resto de huesos.

Los cartílagos cambian con la edad, volviéndose más delgados hasta que desaparecen. Estudiando este cambio progresivo se puede determinar que imágenes radiográficas del atlas se parece más a la radiografía de los huesos del niño.

Un niño de edad temprana presenta cartílagos y huesos en formación, mientras que una persona mayor tiene los huesos más juntos, reduciéndose la distancia entre ellos (Varela, 1954).

Para determinar la edad ósea el método más aplicado es una radiografía de la mano izquierda, incluyendo mano y muñeca (Malavé, y Rojas, 2000).

Objetivos

- Describir métodos empleados para determinar la edad ósea.
- Analizar el proceso de osificación en los huesos del carpo.

Método/Metodología

Bases de datos: se ha realizado una revisión bibliográfica en el periodo de Junio-Agosto de 2016 en bases de datos como Cuiden y Science, utilizando como descriptores: edad ósea, análisis del carpo, proceso de osificación y nivel de maduración; y como fórmulas de búsqueda: bone age, carpal analysis, ossification process and maturity level.

Resultados

Fisiología de la mano

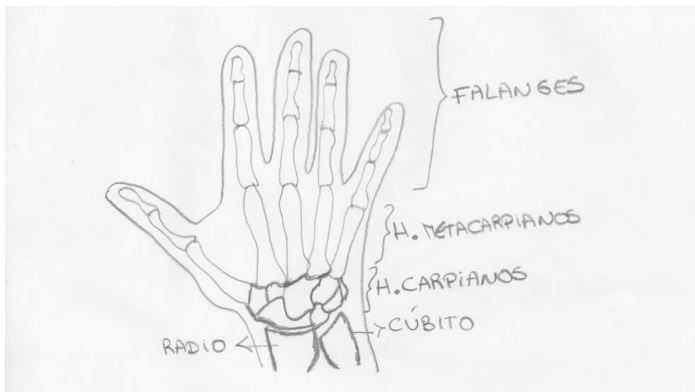
La mano está compuesta por un total de 27 huesos distribuidos en 3 zonas: carpo, metacarpo y falanges.

El carpo está formado por dos hileras compuestas por cuatro huesos cada una, la fila proximal está compuesta por el escafoides, el semilunar, el piramidal y el psiforme; y la hilera distal está compuesta por el trapecio, el trapecoide, el hueso grande y el ganchoso. Situados en forma de canal, formando el túnel carpiano.

El metacarpo está formado por cinco huesos largos, la unión entre la diáfisis y la epífisis es conocida como metafisis o línea de crecimiento, ya que es la zona donde el hueso crece longitudinalmente.

Las falanges son las que forman los dedos, formadas por tres huesos menos el dedo pulgar que está formado por dos.

Imagen 1. Descripción de los huesos de la mano y muñeca



Proceso de osificación

Todos los huesos comienzan con un centro primario de osificación, atravesando varias etapas. A veces, se desarrollan varias epífisis o centros de osificación alcanzando la edad adulta cuando las epífisis se soldan al cuerpo principal del hueso. Estos cambios se distinguen fácilmente en una radiografía visualizándose la zona osificada radiopaca y los cartílagos radiotransparentes.

El proceso de osificación depende de cada persona y la edad ósea se estima conforme al número de centros presentes y el grado de desarrollo que tengan. Para evaluar el desarrollo óseo será de elección la mano izquierda, ya que necesita muy poca cantidad de radiación, está alejada del área gonadal y presenta gran número de huesos de diferente nivel de maduración, administrando gran información.

La osificación de los huesos del carpo en un niño presenta el siguiente esquema en un orden promedio.

Tabla 1. Proceso de osificación promedio de los huesos del carpo. (Valdés y Gómez, 2006).

Estructura	Edad
Hueso grande	5 meses
Hueso ganchoso	6 meses
Extremidad inferior del radio	18 meses
Piramidal	2 o 3 años
Semilunar	3 a 5 años
Escafoides	4 a 7 años
Trapezio	5 a 7 años
Trapezoide	6 a 7 años
Extremidad distal del cúbito	7 a 8 años
Psiforme	10 a 12 años

Método de Greulich y Pyle

Este método está basado en comparar la radiografía realizada con un atlas en el que se recogen patrones de las manos con diferente proceso de maduración. (Greulich, y Pyle, 1959) Este método es fácil de utilizar pero conlleva un inconveniente, que depende de la observación del individuo siendo un método subjetivo.

Método de Tanner-Whitehouse

Asigna un número a cada uno de los huesos según el grado de desarrollo. Calculando la edad ósea en función de la puntuación de los huesos correspondientes. La relación entre puntuación y edad estará recogida según grupos de puntuación. (Tanner, Whitehouse, Healy, y Goldstein, 1972). Se otorga una puntuación a cada centro de osificación del carpo, epífisis distales del cúbito y radio, y a las falanges y metacarpianos de los dedos 1,3 y 5, valorando 20 huesos, diferenciando 8 etapas desde la B a la I; si el hueso no estuviera presente estaría valorado como A. En el método se recogen ilustraciones y descripciones, así calcularemos la puntuación para cada hueso, revisando forma, tamaño y presencia. La suma total será la edad ósea.

Imagen 2. Método de Greulich y Pyle. (Greulich, y Pyle, 1959).



Imagen 3. Método Tanner-Whitehouse. (Tanner, Whitehouse, Healy, y Goldstein, 1972).



En esta imagen se describen los 4 puntos a tener en cuenta: I, ensanchamiento de las epífisis; II, osificación; III, encapsulamiento de las epífisis y IV, Fusión.

Mediante técnicas de segmentación.

Se define como “extracción de interés de una imagen arbitraria” (Duda, y Hart, 1973) también se podría definir como identificación de las regiones a partir de características comunes mediante un patrón definido (Amit, 2002; Bergasa, 2007).

Dependiendo de las características intrínsecas seleccionaremos un algoritmo con el que estudiaremos la morfología celular, mediante este proceso se podrá etiquetar y clasificar diferentes regiones de una imagen. (Duda, y Hart, 1973).

Con los estudios radiológicos se puede analizar la imagen, reconociendo las diferentes partes y quedarnos con las de interés.

Estudiaremos la utilización de un programa llamado Matlab, herramienta de simulación matemática que realiza transformaciones sobre una matriz numérica como es el tratamiento digital de procesado y segmentación. (Math Works, 2011).

1º Pre-procesado de las radiografías: es importante prepararla para no perder información. Una radiografía convencional contiene información que no es de interés como el ruido, la información de interés debe estar delimitada para que se permita la extracción de dicha información mediante un filtro.

El método de pre-procesado es una técnica que prepara y adapta la imagen antes del segmentado principal. Cuantos más detalles tenga una imagen resulta más difícil realizar los algoritmos que permiten desarrollar el etiquetado.

Por ejemplo, en una radiografía de la mano existen tres regiones que se identifican rápidamente, fondo, carne y hueso. Como los píxeles más oscuros de alguna región son más intensos que los más claros de otra región sería prácticamente imposible la segmentación inmediata por lo que hay que combinar varias técnicas. Por ello, es importante que en el pre-procesado se eliminen ruidos, se mejore el contraste, etc. (Davis, 1975).

- Conversión entre tipos de imágenes: una imagen digital es una matriz de $M \times N$ elementos y estará codificada en formato dicom, jpg, etc. En Matlab estará interpretada como un conjunto de números dentro de una matriz. Los elementos de la matriz son clasificados según el valor y la intensidad de gris de los píxeles componentes de la imagen. Convertiremos la imagen a una matriz de elementos con coma flotante, así facilitaremos la conversión a uint8, donde cada elemento estará codificado con un solo bit, permitiendo más eficacia cuando se apliquen los filtrados.

- Filtrado: modifica matemáticamente la matriz original para extraer datos con más sencillez. Aplicaremos unas operaciones algorítmicas con un filtro determinado, a los píxeles constituyentes de la imagen digital pudiendo eliminar ruidos, resaltar contornos, etc.

2º Segmentación: En las imágenes de la mano se tienen que diferenciar tres zonas: fondo, músculo y hueso. Mediante la segmentación se separan las tres zonas obteniendo los huesos de mayor tamaño diferenciados de los cartílagos o huesos determinantes del análisis carpal.

Los algoritmos de segmentación se dividen en dos grupos: considerando contornos y bordes o las regiones de una imagen en función de su propiedad matemática (Bergasa, 2007).

La segmentación por bordes es más eficaz ya que los niveles de intensidad de las regiones no son homogéneas.

- Técnicas de umbral: es una de las técnicas más sencillas y más utilizadas. Determinando unos umbrales que delimitan el rango de intensidad se discriminan distintos objetos de la imagen. La técnica más conocida está basada en el histograma de la imagen o en el método de Otsu. El histograma es un gráfico que describe la apariencia de la imagen, visualizando el histograma se consideraran varios píxeles con un valor superior a un umbral determinado (Abad, 2011).

- Detección de bordes: enfatiza los contornos de un objeto de la imagen, para separar los huesos del músculo y fondo. En una imagen binarizada se generara una imagen con fondo negro y bordes el

detectados en blanco. El filtro idóneo es el tipo Canny (González, y Woods, 2002). Con este filtro se podrá detectar bordes en todas las radiografías con formato dcom (Dennis, May, y Eisenberg, 2005).

- Detección de regiones: es el encargado de encontrar grupos con píxeles similares entre si y que sean diferentes de otros grupos, basándose en el agrupamiento a través de centros, seleccionados por condiciones estadísticas utilizando distribuciones gaussianas (Abad, 2011).

- Agrupamiento a través de centros: su fin es determinar agrupaciones intrínsecas de datos sin etiquetar, utilizando criterios de homogeneidad, basados en las distancias. Utilizando técnicas como el algoritmo de K medidas que divide una imagen según medidas representativas (Nixon, y Aguado, 2002). El primer paso es definir los centros para las agrupaciones colocándolos lo más separado posible unos de otros, el segundo paso es clasificar los datos en función del centro más cercano a la distancia elegida. El número de centros desembocara en cada una de las regiones, cuantos más centros más acotadas estarán las regiones. Queremos detectar tres regiones, fondo, musculo y hueso, por lo que tomaremos cuatro centros acotando las regiones. Identificados los centros asignaremos a cada pixel el clúster que reduce la varianza, consiguiendo la convergencia.

3º Operaciones morfológicas: el procesado morfológico permite cambiar la forma y estructura de los objetos. Aplicando estos algoritmos podremos convertir los resultados que anteriormente hemos obtenido en objetos que se pueden etiquetar fácilmente. Hay dos tipos de filtro de cerrado que añade píxeles que rellenan contornos y el filtro de apertura que elimina píxeles ruidosos (Abad, 2011).

4º Procesado completo: basado en las siguientes etapas:

- 1, carga y convierte la imagen a formato con coma flotante.
- 2, pre-procesado ayudado por determinados filtros: filtro de media y filtro de apertura.
- 3, Imposición de umbral.
- 4, detección de bordes.
- 5, procesado morfológico: elemento estructurante, limpieza de bordes y relleno de contornos.
- 6, radiografía segmentada.

Discusión/Conclusiones

El método de Tanner-Whitehouse es el más eficiente por lo que es el punto de referencia con este método no se requiere de ningún material externo por lo que estaríamos reduciendo el coste.

Cabe destacar que en el proceso de segmentación ya que es un proceso matemático e informatizado existe menos información subjetiva, dependiendo menos de la visualización del observador.

La edad ósea, determinada tras el análisis y comparación de una radiografía de la mano izquierda, es el método más usado y el más concreto para determinar el nivel de maduración de una persona.

Esta prueba ayuda a evaluar si el esqueleto de un niño está creciendo rápido o lento, pudiendo ayudar a los médicos a diagnosticar algunas afecciones que pueden retrasar o acelerar su crecimiento o desarrollo físico.

También se puede predecir cuanto tiempo estará creciendo un niño, cuando entrará en la pubertad y la altura final del niño.

En general, las radiografías son muy seguras pero cualquier exposición a radiaciones ionizantes presenta cierto riesgo para el cuerpo, cabe destacar que la cantidad de radiación utilizada en el proceso de estudio de la edad ósea mediante la radiografía de la mano izquierda es pequeña y no está considerada como peligrosa.

Referencias

- Abad, D. "*Estimación automática de la edad ósea mediante procesado y segmentación de radiografías*". (2011).
- Acheson, R.M., "*A method of assessing skeletal maturity from radiographs*". Oxford Child Health survey. *J.Anat*, 1954.
- Amit, Y. *2D object detection and recognition: models, algorithms and networks*. Universidad de Chicago, 2002.

- Bergasa, L.M. *Modelos flexibles en visión computacional*. Departamento de electrónica. Universidad de Alcalá. 2007.
- Davis, L.S., *A survey of edge detection techniques*. Comput. Graphical Image Processing. 1975.
- Dennis, C. A., May, C.R. y Einsberg, R.L. *Posiciones radiográficas*. Manual de bolsillo. Masson. 2005.
- Duda, R. y Hart, P. *Pattern classification and scene analysis*. Ed. Wiley. 1973.
- Gonzales, R.C. y Wood, R.E. *Digital Image Processing*. Prentice hall (New Jersey). 2002.
- Greulich, W.W. y Pyle, S.I. *Atlas radiológico de desarrollo del esqueleto de la mano y muñeca*. Stanford University Press. 1959.
- Hernández, M. El patrón del crecimiento humano. Métodos de evaluación. *XXIX Congreso nacional ordinario de pediatría de la asociación española de pediatría, Tenerife*. 2000.
- Malavé, Y. y Rojas, I. Análisis carpal como indicador de maduración ósea. *Acta odontol. Venez.* 2000. 38(3): 4-9.
- Mathworks. *Manual de ayuda de la image processing toolbox de MATLAB*. 2011.
- Nixo, A. y Aguado, A. Feature extraction and image processing. *Academic Press (Elsevier)*. 2002.
- Oestreich, A.E. Tanner-Whitehouse versus Greulich-Pyle bone age determination. *The journal of pediatrics*. 131 (1pt1): 5-6. 1997.
- Sizonenko, P.C. Determination et interpretation de l'age osseux. *Rev. pediatri*, 8(1992), pp. 585-592.
- Sobradillo, B. Estudio de la maduración ósea y predicción de la talla adulta. *XXIX Congreso nacional ordinario de pediatría de la asociación española de pediatría, Tenerife*. 2000.
- Tanner, J.M., Whitehouse, R.H., Cameron, W., Marshall, M., Healy, J.R. y Goldstein, H. Valoración de la maduración esquelética y predicción de la talla adulta (método TW2) *Ancora (Barcelona, 2ª ed.)* 1998.
- Varela, J. Tratado de anatomía y fisiología humanas. *Editorial Ripollés. (Bilbao)*. 1954.
- Valdés, S. y Gómez, A. Temas de pediatría. Ed. *Ciencias Médicas, (La Habana)*. 2006.

CAPÍTULO 5

Asociación entre desequilibrio nutricional y alteraciones orofaciales miofuncionales, en una población TEA y S. de Down

Álvaro Domínguez García
Universidad de Granada (España)

Introducción

Debido al énfasis investigador y al avance de la tecnología se ha ido conociendo como cuales son las bases funcionales y anatómicas de la deglución, siendo una sinergia tanto muscular como neurológica muy precisa. Un primer concepto especificó que era una serie de reflejos muy complejos, iniciados intencionalmente y continuar de manera involuntaria (Langley, y Cheraskin, 1956), añadiendo que el bolo alimenticio pasa de la cavidad oral hacia la faringe y esófago, existiendo una conexión neurológica y un sincronismo de acciones musculares (Ferraz, 2001), la importancia al SNC no se le dio hasta pasados unos años, siendo éste el ejecutor y coordinar de todas las estructuras (Viéga, y Martins, 2006).

La deglución atípica deviene de la acción de deglutir mediante el acto de engullir. Es un problema que trae graves problemas para la salud, desde obesidad hasta problemas diabéticos, pasando por cardiopatías. Autores como Acuña (2013), recuerdan la importancia de incluir en una evaluación clínica, un apartado concerniente al diagnóstico de malos hábitos orales, debido a su alta incidencia en la población y los problemas que genera a largo plazo. Más concretamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1965), especifica que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental siendo una de las principales causas de la deglución atípica la presencia de maloclusiones dentales y maxilares, explicando así la gran incidencia a nivel mundial de problemas deglutorios.

Numerosas patologías han sido asociadas a la deglución atípica, las más comunes son, problemas intrabucales como dentales y orofaciales (Donato, Lapitz, y Grandi, 2009), respiración bucal (Guyton-Hall, 2011), paladar ojival, dificultad en articulación fonémica (Quintero, y Molina, 2012), sialorrea y xerostomía (Santos, et al., 2015) neumonía por aspiración (Saldías, y Díaz, 2014) (sobre todo en pacientes con alteraciones neuronales), dificultades gastrointestinales de diversa índole, infecciones respiratorias de vías altas y bajas.

Por todo ello, fundamento la investigación en la asociación entre el desequilibrio nutricional y las alteraciones orofaciales miofuncionales, tan frecuentes en niños con TEA y Síndrome de Down. Para su ejecución llevaré a cabo un estudio observacional mediante la recogida de datos y análisis estadístico a partir de un cuestionario especialmente diseñado y elaborado para esta investigación, con preguntas de diferentes áreas de abordaje que se entregará a los padres, tutores y logopedas.

A través de la obtención de esta información y de su análisis, la presente investigación se dirige a alcanzar objetivos como conocer el grupo más dañado en cuanto a problemas alimentarios, e hipótesis como, los malos hábitos deglutorios provocan daños directos en la salud.

Es importante destacar otro motivo central que justifica dicha investigación, siendo éste la necesidad de desarrollar y ampliar investigaciones dirigidas a conocer en profundidad los problemas de deglución atípica y la tendencia a engullir por parte de personas con autismo y síndrome de Down. Unido esto a beneficios notorios de prevención e intervención, y por tanto de mejora de la calidad de vida de estas personas. La deglución atípica debe ser diagnosticada e intervenida a edades tempranas (Martín, García, Expósito, Estrada, y Pérez, 2010).

Lamentablemente no hay estudios sobre problemas deglutorios en niños con autismo ni Síndrome de Down específicos, aunque sí alguna información anticuada. Este estudio fue realizado en niños normales

y niños con problemas neurológicos, realizado por Cordero y Hernández (2005), en el que arrojan conclusiones como:

1- Gran número de niños tienen alteraciones de deglución, sobre todo, los correspondientes al grupo "alto riesgo neurológico".

2- La detección precoz de dificultades en la alimentación permite crear medidas de tratamiento para su control.

3- Es imperante la importancia de la concienciación en aprender a tratar y conocer la deglución atípica, ya que ésta incide directamente en la salud y calidad de vida de las personas ocasionando problemas gastrointestinales, auditivos, de lenguaje y respiratorios entre otros.

4- La creación y funcionamiento de la clínica para problemas de la deglución dentro y fuera de instituciones, beneficiará tanto a los pacientes, padres y a la propia institución.

La muestra de trabajo (82 niños) quedó conformada por los pacientes que asistieron durante el periodo comprendido del 30 de marzo de 1998 al 29 de marzo de 1999.

Objetivo

1. Relacionar la deglución atípica con problemas de salud y físicos en población con TEA y S. de Down y comprender su relevancia.

Objetivos Específicos.

1.1 Crear un cuestionario de observación para padres sobre la alimentación, problemas de salud asociados y actitudes, enfocado a sus hijos con TEA y S. de Down.

1.2 Analizar los datos entre población estandarizada, TEA y S. de Down.

1.3 Conocer la prevalencia de niños con deglución atípica en cada colectivo y en total.

1.4 Correlacionar las alteraciones deglutorias con problemas para la salud.

1.5 Detectar el grupo más dañado en cuanto a problemas alimentarios.

Método

Fuentes de recogida de información. Sujetos.

El estudio se realizó en 15 niños de cada patología (TEA y Síndrome de Down) y otros 15 con un desarrollo estandarizado. TEA n=15, S. de Down n=15, Control n=15. Total 45 sujetos. La muestra fue escogida de manera aleatoria de otra muestra mayor.

Se tuvo en cuenta pasar el cuestionario a una población lo más homogénea posible, aun existiendo grandes diferencias neurológicas y físicas entre los diferentes colectivos. Se crearon unos criterios para crear semejanzas entre ellos, estos son: edades comprendidas entre 8 y 16 años, sexo indistinto, grado de atención y rendimiento parecido, además de ausencia de problemas psicomotores graves. Se buscó el mismo grado de atención ya que es una variable importante en la deglución, debido a que algunos niños con una fuerte deficiencia en atención pueden tardar en comer más de 1 hora, igualando de esta manera el variable tiempo.

En general se intentó minimizar el riesgo de factores contaminantes, asemejando los diferentes colectivos con los criterios citados anteriormente.

La recogida de datos de niños con TEA y Síndrome de Down fue recogida en diferentes asociaciones y colegios de educación especial del área metropolitana de Granada.

Instrumentos de recogida de información. Material.

En primer lugar, se creó un Screening cualitativo para padres, tutores y logopedas, con el fin de recoger la máxima cantidad de información en el menor tiempo posible (aproximadamente 5 minutos), con una escala de valores comprendida de 1 a 5, siendo además un método de evaluación económico. Las áreas que mide son: conservación sensorial, exploración bucodental, problemas de salud generales, tolerancia a diferentes texturas de alimentos y problemas de actitud y conducta, todo ello de manera observacional. Se añadió al principio el consentimiento informado y premisa de confidencialidad.

Se decidió introducir estas áreas en el cuestionario ya que en la fundamentación teórica, encontramos problemas de salud y malformaciones orofaciales asociados a la deglución atípica. Según Blanco y Quirós (2013), la evaluación temprana logopédica, podría evitar que se creen modelos y hábitos incorrectos, los cuales pueden generar problemas estructurales en los órganos orofaciales como maxilares, paladar, mejillas y dientes. Es por esto que se añadió la evaluación orofacial.

Así mismo Cordero y Hernández (2005), mencionan la importancia de la concienciación en aprender a tratar y conocer la deglución atípica, ya que ésta incide directamente en la salud y calidad de vida de la persona. Por este motivo se agregó el apartado de problemas generales de salud.

Análisis del estudio

Como se explicó en el apartado anterior, el cuestionario contenía un baremo de 1 a 5, siendo el valor 1 sin problemas y 5 graves problemas. Más concretamente:

- Valor 5 problemas graves. Debido a su alta incidencia diaria.
- Valor 3 y 4 problemático.
- Valor 2, poco problemático.
- Valor 1, sin problemas.

Grupo control

Con carácter problemático

• 6 de cada 10 niños → Engullen además presentar de ansiedad por comer y por tanto acumular gases.

• 4 de cada 10 → Presentan deformación dental.

Con carácter poco problemático

• 8 de cada 10 → No beben la suficiente cantidad de agua.

• 6 de cada 10 → Presentan estreñimiento.

• 4 de cada 10 → Respiran por la boca.

Grupo TEA

Con carácter grave

• 7 de cada 10 niños → Engullen y presentan respiración bucal.

• 7 de cada 10 → Muestran ansiedad al comer y diarrea.

• 4 de cada 10 → Tienen problemas para dormir o apnea nocturna.

• 2 de cada 10 → Asumen abundante mucosidad, estreñimiento y problemas gastrointestinales.

Con carácter problemático

• 6 de cada 10 → Muestran paladar ojival

• 4 de cada 10 → Tienen estreñimiento, problemas gastrointestinales y apnea nocturna o dificultad para dormir.

• 2 de cada 10 → Presentan caries, respiración bucal, mucosidad y diarrea.

Grupo Síndrome de Down

Con carácter grave

• 4 de cada 10 → Engullen además de presentar ansiedad al comer

• 2 de cada 10 → Muestran respiración bucal y problemas para dormir o apnea nocturna.

Con carácter problemático

• 3 de cada 10 → Presentan engullimiento, gases y caries.

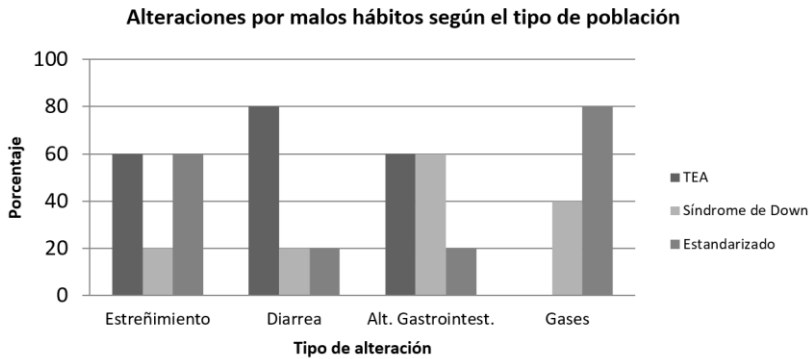
• 2 de cada 10 → Tienen ansiedad al comer y paladar ojival.

Resultados

La prevalencia total de niños con deglución atípica y problemas de engullir queda dispuesta, TEA 90%, Down 80% y estandarizados del 60%.

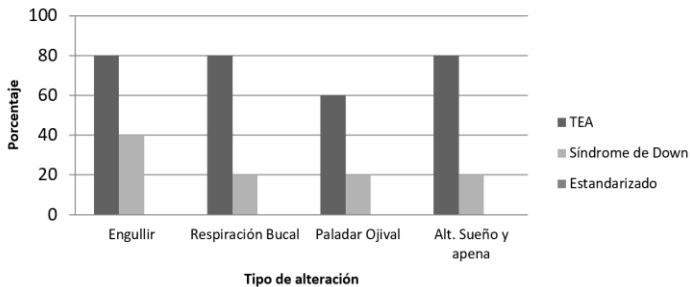
- Los malos hábitos deglutorios (engullir la comida y ansiedad por comer) provocan daños directos en la salud (gráfico 1). Analizados los 3 grupos, se observó cómo en niños con desarrollo normalizado se cumplía una buena relación deglución – salud, sin gravedad aparente. Los niños con Down tienden a padecer problemas de salud probablemente asumidos a unos malos hábitos alimentarios. En cuanto al grupo TEA, presentan problemas de salud asociados a engullimiento y ansiedad con alta incidencia y gravedad.

Gráfico 1. Alteraciones provocadas por malos hábitos deglutorios según la población de estudiada



- Un niño con deglución atípica grave no tiene tonicidad muscular en la mandíbula suficiente por el poco uso de la misma, por lo que se crean hábitos de respiración bucal graves y esto a su vez afecta al infante padeciendo de paladar ojival afectando así al sueño y/o apnea nocturna (gráfico 2). Los datos fueron certeros, el grupo estandarizado no tenía problemas de deglución graves y finalmente ninguno tenía problemas de apnea o sueño. En cuanto a los grupos como TEA y Down, la mayoría de los niños con deglución atípica grave presentaron todas las complicaciones de esta hipótesis, es decir engullir – hipotonía facial- respiración bucal- paladar ojival y apnea y/o problema de sueño.

Gráfico 2. Relación entre deglución atípica y problemas para dormir
Correlación engullir - respiración bucal - paladar ojival - alteracion de sueño y/o apnea.



- Se llegó a la conclusión en la cual, el grupo más dañado en cuanto a problemas alimentarios era el colectivo TEA, no solo por la alta incidencia de niños con problemas alimenticios (gastrointestinales, diarrea y estreñimiento) asociados a problemas deglutorios, sino por la gravedad de los mismos. El 90% de los niños presentó algún tipo de problema grave. Otros colectivos como Down, la incidencia de estos problemas es menor y con poca gravedad.

Discusión

Estudios tales como el realizado por Urrieta et al. (2008), estimaron la prevalencia de pacientes normales con deglución atípica en 64.7% un porcentaje muy similar al de esta investigación con un 60%. No se hallaron autores con datos sobre prevalencia en TEA y Down, aunque en el presente estudio se obtuvo un 90% en autismo y 80% en Síndrome de Down.

Líneas de investigación especifican que la deglución atípica incide directamente en la salud y calidad de vida de las personas, creando problemas gastrointestinales, auditivos, lingüísticos y respiratorios entre otros Cordero y Hernández (2005), los datos obtenidos en el presente estudio refuerzan esta teoría entendiéndose que, cuanto mayor prevalencia de atipias deglutorias mayor incidencia de problemas de salud. Otros estudios siguen una teoría opuesta puntualizando, que la deglución atípica puede ser el resultado de problemas respiratorios, cambios dentales, maloclusiones o malos hábitos mantenidos en el tiempo, (Marchesan, 2003) además Reyes y Quirós (2013), sugieren que la respiración bucal es un factor de riesgo que favorece la instauración de deglución atípica. Entendiendo estas dos líneas de pensamiento podemos intuir que la deglución atípica crea problemas de salud como gastrointestinales, respiratorios, estreñimiento y diarrea entre otros además estas atipias deglutorias puede aparecer por diversos motivos como respiración bucal.

Conclusiones

Durante el presente estudio se ha confirmado una relación entre el desequilibrio nutricional y alteraciones orofaciales miofuncionales, en una población TEA y S. de Down. Pudiendo comprobar cómo los grupos con necesidades especiales, traen consigo problemas de salud derivados de las alteraciones orofaciales miofuncionales como la deglución atípica y por la inestabilidad nutricional.

Por tanto, es de vital importancia un seguimiento y monitorización de las atipias deglutorias junto al estado nutricional de los sujetos, para la realización de un tratamiento y prevención a edades tempranas. Se podría evitar de este modo la malnutrición por exceso o por defecto, otorgándoles a ambos colectivos mayor autonomía personal y calidad de vida.

Referencias

Acuña, E. (2013). *Análisis de la mordida abierta inducida por hábitos y sus consecuencias*. Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología, Ecuador. Recuperado el 3 de mayo de 2015, desde <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3256/1/641%20Esther%20Lisbeth%20Acu%C3%B1a%20Jauregui.pdf>

Clasificación internacional de enfermedades: Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción (Vol. 1). (1965). Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 3 de mayo de 2015, desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70935/2/ICD_10_1968_v1_spa.pdf?ua=1

Cordero, L., y Hernández, A. (2005) Detección y descripción de los problemas de deglución observados en un grupo de pacientes que asistieron al CREE de Puebla de marzo de 1998 a marzo de 1999. Recuperado el 20 de abril de 2015, desde http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Deglucion_deteccion_descripcion_problemas_Puebla.shtml

Donato, G., Lapitz L., y Grandí D. (2009). Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para niños y adolescentes. *Logopèdia*, 3(16), 12-15.

Ferraz, M.C. (2001). *Manual prático de motricidade oral, avaliação e tratamento*. 5ª edición. Rio de Janeiro: Revinter.

Guyton-Hall. (2011). *Tratado de Fisiología Médica*. 12ª edición. Barcelona: Elsevier.

Langley, L.L, y Cheraskin E. (1956). *Dynamics of oral diagnosis*. Chicago: The year book publishers INC.

Marchesan, I. (2003). Deglución – Diagnóstico y posibilidades terapéuticas. *Espacio Logopédico*. Recuperado el 15 de abril de 2015, desde <http://www.cefac.br/library/artigos/31af4e64637e7e8a38e85169f7188c3f.pdf>

Martín, L., García, S., Expósito, I., Estrada, V., y Pérez, Y. (2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(6), 1-10.

Quintero, E.Y., y Molina, E.S. (2012). Mundo virtual interactivo con actividades de articulación de fonemas y sífonos para niños con dislalia funcional. *Pixel-Bit*, 41, 185-195.

Reyes, V., Y Quirós, O. (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. Recuperado el 6 de mayo de 2015, desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art16.asp>

Saldías, P.F., y Díaz, P.O. (2014). Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rev Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 553-64.

Santos, D., de Deus, T., Tejera, C., Expósito, I., Suárez, E., Carpintero, P., y Macías, M. (2015). Gastroparesia y otros síntomas gastrointestinales en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*, 61(6), 261-70.

Urrieta, E., López, I., Quirós, O., Farias, M., Rondón, S., Y Harry, L. (2008). Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. Recuperado el 26 de abril de 2015, desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

Viéga, A. y Martins, L. (2006). Aspectos da deglutição em indivíduos com traumatismo cranioncefálico. *Revista CEFAC*, 8(1), 42-49.

CAPÍTULO 6

Análisis de los datos de prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista

Francisco Alcantud-Marín, y Yurena Alonso-Esteban
Universidad de Valencia (España)

Introducción

La prevalencia de los TEA ha sido un tema controvertido por las implicaciones que conlleva al no ser conocidas aun hoy las causas que lo originan. Durante los últimos años se ha informado de dramáticos incrementos en la prevalencia de los TEA. Muchas publicaciones corroboran la tendencia al alza de este indicador desde 4-5/10.000 en los años sesenta hasta 260/10.000 o más en las primeras décadas del siglo XXI (Matson, y Kozłowski, 2011).

La prevalencia es un indicador epidemiológico que indica cuantas personas en un momento dado, padecen un trastorno o una enfermedad dada, mientras que la incidencia sería el indicador referido a los nuevos casos diagnosticados en un periodo de tiempo dado. La incidencia, de no tratarse de enfermedades contagiosas de obligado registro se estima a partir de la prevalencia. El estudio de la prevalencia comparando zonas geográficas, entre cohortes de edad, estatus sociales, etnias, etc. es un primer paso descriptivo para lanzar hipótesis sobre factores potencialmente causales que pudieran ser después, contrastados de forma experimental o clínica.

La primera revisión crítica de publicaciones sobre la prevalencia de los TEA que conocemos es debida a Wing (Wing, 1993) en la que revisa un total de dieciséis estudios de prevalencia en los que se pueden comparar los resultados por utilizar métodos de búsqueda y estimación similares o equivalentes, el más antiguo de ellos es el de Lotter de 1966 (Lotter, 1966) y el más moderno el estudio de Gillberg y colaboradores de 1991 (Gillberg, Steffenburg, y Schaumann, 1991). En esta revisión se incluyen estudios de Inglaterra (2), Japón (5), USA (2), Suecia (4) y Dinamarca, Canadá y Francia (1). Las tasas específicas variaron desde 3,3 hasta 16,0 por 10.000 (6,5/10.000 de promedio). Para Wing (o.c) todas las diferencias podrían deberse a variaciones en la práctica de diagnóstico y al incremento en el conocimiento de las manifestaciones del autismo.

La revisión sistemática más reciente a la que hemos tenido acceso es la realizada por Hill, Zuckerman y Fombonne que desde el año 2000 hasta el 2014, encuentran un total de 53 estudios en 18 países diferentes (UK (14), USA (13), Suecia(5), Canadá(4), Australia (2), Dinamarca(2), Noruega(2), China(1), Venezuela(1) Japón(1), Holanda(1), Omán(1), Corea del Sur(1), Finlandia(1), Irán(1), Taiwán(1), Israel(1) e Islandia(1)), con tamaños muestrales entre 5000 y 4,5 millones de personas. La mayoría de los estudios recogidos en esta revisión fueron publicados en el 2009 o después (Hill, Zuckerman, y Fombonne, 2015). Aunque la mayoría de los estudios de esta revisión podríamos decir son recientes, resulta curioso la variabilidad de criterios diagnósticos utilizados (CIE, 8,9 y 10, DSM IV, DSM TV-R y otros). Por restricciones en la búsqueda todos los trabajos debían haber sido publicados en inglés, este hecho puede justificar que la inmensa mayoría de estudios sean anglosajones. Entre los datos de prevalencia, varían tanto en su magnitud, desde 6,4/10.000 en Irán (Samadi, Mahmoodizadeh, y McConkey, 2012) hasta el mayor índice prevalencia 264/10.000 en Corea del Sur (Kim, et al., 2011), como en la metodología utilizada. Para los autores, los resultados respaldan la idea de que la incidencia actual de TEA ronda 0,69% o 1/145 niños. Aunque evidencian un incremento en la tasa de prevalencia no se puede atribuir exclusivamente a un incremento de la incidencia. En las conclusiones, estos autores apuntan hacia la idea de que la tendencia al alza del índice de prevalencia del trastorno responde a los cambios de criterios diagnósticos, a la evolución de las prácticas de detección y diagnóstico, al

incremento en la disponibilidad de servicios de atención y en general a un mayor conocimiento del trastorno.

La razón de las variaciones en los resultados de la prevalencia de los TEA es motivo de debate constante, existen quienes apuntan a que los TEA son trastornos con una incidencia creciente (Blaxill, 2004), otros muchos apuntan que reconociendo el incremento, lo explican parcialmente por diversas razones de orden metodológicos, como los cambios de criterios diagnósticos o la mayor divulgación y conocimiento de la sintomatología entre profesionales y familiares o el desarrollo de mejores métodos de detección (Fombonne, 2003; Charman, 2002; Wing y Potter, 2002; Coe, et al., 2008). No obstante, con problemas metodológicos o sin ellos, todos evidencian un crecimiento de la prevalencia más o menos significativo en los últimos 50-60 años. De ser ciertos los datos de prevalencia que actualmente se manejan (Baio, 2012; Baio, 2014; Chistensen, y otros, 2016), significaría que hay más niños con TEA que afectados por cáncer, diabetes juvenil, fibrosis quística y distrofia muscular juntos (Klin, Klaiman, y Jones, 2015).

Objetivo

En este artículo intentaremos analizar los últimos estudios de prevalencia y las posibles y diversas razones que pueden estar detrás del incremento de este indicador epidemiológico, tanto desde el punto de vista metodológicos como desde otros puntos de vista.

Resultados

Por tipos de estudio

De los datos aportados en el epígrafe anterior y en particular de la revisión por Hill, Zuckerman y Fombonne (Hill, Zuckerman, y Fombonne, 2015) se desprende que el tipo de estudio influye directamente en el valor de la prevalencia. Así, estudios de revisión de casos realizados sobre expedientes (ex-post-facto) y en países con bajo desarrollo económico o poca transparencia en la información clínica, tienden a minusvalorar la prevalencia. Este es el caso, por ejemplo, de los estudios desarrollados Irán (Sadami, Mahmoodizadeh, y McConkey, 2012; Sadami, y McConkey, 2011), Venezuela (Montiel-Nava y Peña, 2008), o en China (Wong y Hui, 2008) que informan de valores inferiores a 20/10000. La relación entre calidad de la recogida de información y resultados se evidencia en el estudio de Omán que obtiene solo un 1,4/10000 (Al-Farsi, Al Farsi, y Brooks, 2011). Aunque existe la hipótesis de que las normas sociales y culturales puedan hacer que los síntomas diagnósticos sean más evidentes o más opacos (Ouhitit, et al, 2015). Frente a estos estudios de revisión de casos en expedientes o registros oficiales con o sin contraste clínico, se encuentran con máxima prevalencia los estudios clínicos poblacionales, quizás el más importante de ellos es el estudio realizado en Corea del Sur (Kim, y otros, 2011) en el que se detecta un total de 264/10000 casos.

Al margen de que el desarrollo de los países influya en los recursos dedicados tanto a la detección y diagnóstico como a la calidad de los sistemas de información, se debe contrastar la hipótesis de que según localizaciones geográficas pueda existir una tasa mayor de prevalencia de TEA. El interés de estos estudios diferenciales es hacer covariar la prevalencia con factores ambientales (contaminación, clima, usos culturales, etc.) que den pistas sobre la etiología de los TEA. Si tomamos como referencia los datos del CDC y su descomposición según los diferentes estados de USA, se observa una gran variación entre unos y otros, presentándose así resultados tan dispares como 1/175 en Alabama frente a 1/45 en Nueva Jersey (Baio, 2014). Sin embargo, estudios posteriores atribuyen las diferencias entre estados a las diferentes fuentes de información utilizadas, siendo significativamente menor la prevalencia de TEA estimada en los estados en el que se tuvo acceso solo a fuentes de datos de salud en comparación con la de los estados en los que también se disponían de datos educativos (Boat, y Wu, 2015).

Al analizar y comparar estudios muestrales se puede apreciar diferencias entre unos y otros, incluso entre aquellos en el que se utilizan la misma metodología de muestreo y criterios diagnósticos. Estas

diferencias pueden deberse a que de una única población puede salir infinitas muestras, por tanto, la mejor estimación del estadístico poblacional sería el promedio entre todas las muestras obtenidas. Chakrabarti y Fombonne realizaron dos estudios separados entre 1992 y 1995 en Staffordshire (UK) con una metodología rigurosamente idéntica (Chakrabarti, y Fombonne, 2001). Los resultados de la comparación de estos estudios sugieren que las diferencias al alza obtenidas no son estadísticamente significativas lo que contradice el estudio de Göteborg en el que en tres ediciones consecutivas del mismo estudio se obtienen incrementos de la prevalencia 1989(4/10000); 1984(6,6/10000) y 1988(9,5/10000) (Gillberg, 1984; Gillberg, Steffenburg, y Schaumann, 1991).

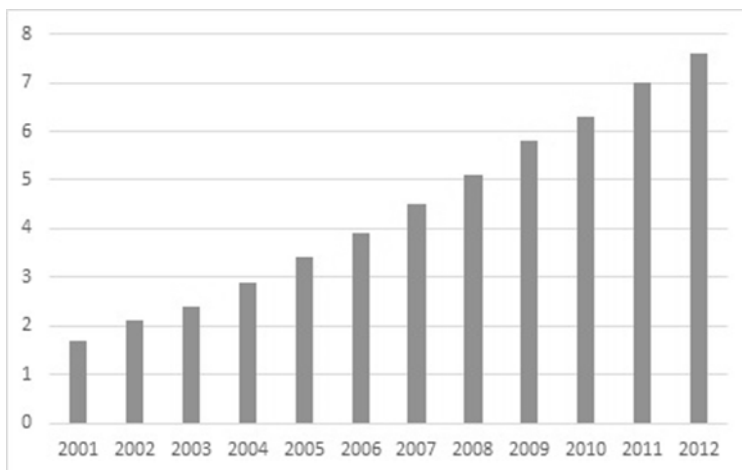
Por criterio diagnóstico:

Es evidente que los cambios de criterio influyen en la definición de casos en los estudios epidemiológicos y, consecuentemente, en la estimación de la prevalencia de los mismos. La combinación de la determinación del caso con el tipo de metodología puede inducir a error, como por ejemplo, en los estudios documentales retrospectivos en los que se utilizaron diferentes criterios diagnósticos. Los resultados de diferentes estudios realizados aplicando criterios diagnósticos o de determinación de casos diferentes a lo largo de los últimos setenta años y muestran la coincidencia de incrementos en la prevalencia con los cambios introducidos a final de siglo XX con la publicación del CIE-10 y el DSM-IV (Rice, 2013).

Método de identificación de los casos

Cuando una población tiene un tamaño o una dispersión que resulta inabordable se recurre a la determinación de muestras que puede basarse en el uso de registros de entidades que proveen servicios a la población objeto de estudio (Ej.: bases de datos de servicios sanitarios, servicios de educación especial, servicios sociales, registros locales o nacionales, etc.). Este tipo de estudios tiene como limitación la suposición de que todas las personas afectadas por el trastorno acceden a los servicios y por tanto, es posible que se subestimen la prevalencia, sobretudo en comunidades donde es reconocida las limitaciones en los servicios disponibles (por ejemplo zonas rurales o de difícil acceso), o en aquellas comunidades donde los servicios se han implantado recientemente y por tanto aun no tienen historia.

Figura 1. Número de niños americanos que reciben atención por Autismo en los servicios de Educación Especial



(tanto por mil) Grafica desarrollada en base a los datos ofrecidos por (Boat y Wu, 2015)

En Estados Unidos, varios estudios han podido disponer de información proveniente de diferentes fuentes de este tipo. En base a los datos educativos del estado de California (Cavagnaro, 2007) se realizaron estudio de prevalencia entre 1987 y 2007 observándose un incremento muy significativo. En un estudio posterior presentado por Boat y Wu (Boat, y Wu, 2015), los índices oscilaron entre el 1,7/1000 en el 2001 al 7,6/1000 en el 2012 (ver imagen de la figura1). Al margen de los datos oficiales ofrecidos por los gobiernos también se dispone de información obtenida por encuesta. Según los datos de la encuesta NHIS (Boyle, y otros, 2011), la prevalencia ha crecido en USA de 1.9 por mil en 1997-1999 hasta un 7,4 por mil en el periodo 2006-2008. En la Encuesta Nacional de Salud Pediátrica (NSCH; National Survey of Children's Health) se USA, se han incluido cuestiones sobre los TEA y entre los años 2003 y 2012 la prevalencia del diagnóstico de TEA ha crecido de un 5,5 hasta un 11,6 por mil (Blumberg, et al., 2013).

Análisis de los cambios de tendencia

En los datos de los estudios consultados (Cavagnaro, 2007; Boyle, et al., 2011; Boat, y Wu, 2015) se desprende que existe en la serie histórica una tendencia secular positiva en las tasas de prevalencia del autismo. Este hecho se ha interpretado como un incremento de la incidencia del trastorno.

Como se señaló anteriormente, la prevalencia e incidencia aumenta cuando la definición de casos se amplía o los procedimientos de diagnóstico, detección o determinación de los casos se mejora. Las tendencias temporales de las estimaciones de prevalencia, sólo pueden ser evaluadas en las investigaciones que tienen parámetros metodológicos estrictos y homogéneos. Así en los estudios del CDC (CDC's Centres for Disease Control and Prevention's) (Baio, 2012; Baio, 2014; Chistensen, et al., 2016) se han unificado criterios de edad, muestreo y forma de diagnóstico. No obstante, se debe caer en la cuenta de que son estudios muestrales.

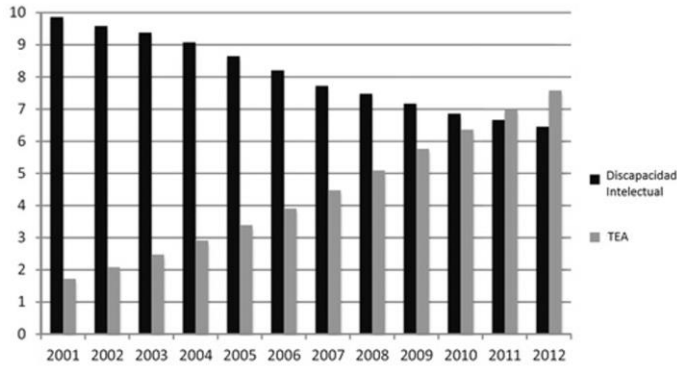
Uno de los datos utilizados para estimar la prevalencia es el número de niños que reciben atención en los servicios especializados sanitarios o de educación especial. Las tendencias al alza de estos datos se han detectado en muchos países (Shattuck, 2006; Lotter, 1966; Taylor, Jick, y MacLaughlin, 2013). Sin embargo, las tendencias al alza de estos datos pueden estar influenciadas por la mayor disponibilidad de servicios, mayor concienciación pública y consecuentemente mayor dotación económica, la disminución de la edad en el momento del diagnóstico, y los cambios con el tiempo en los conceptos y prácticas del mismo.

Otra posible explicación para el aumento de la prevalencia en una categoría diagnóstica es la sustitución de otra categoría diagnóstica o la comorbilidad de síntomas. Esta sustitución de diagnóstico (o conmutación) pueden ocurrir cuando las categorías de diagnóstico se hacen más familiares para los profesionales y / o cuando esta nueva categoría diagnóstica puede facilitar o garantizar el acceso a mejores servicios.

La evidencia más fuerte de como la sustitución de diagnóstico contribuye a aumentar la prevalencia de TEA, se demostró con el análisis de los datos del Departamento de Educación de USA (Shattuck, 2006). En este estudio, se demuestra que mientras la prevalencia de la discapacidad intelectual (RM) disminuye año a año, la de los TEA se incrementa. Sobre todo el cambio de tendencia se observa desde que el diagnóstico TEA se convirtió en una categoría diagnóstica independiente.

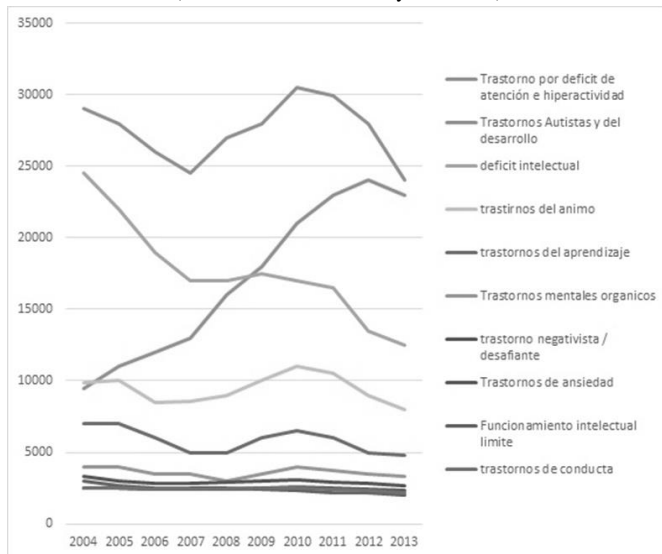
En la misma dirección los resultados del análisis de las solicitudes de subsidio del sistema SSA (SSA Social Security Administration <http://www.ssa.gov>) por trastorno mental apuntan una clara tendencia en los últimos años. En la última década el TDAH es y era el trastorno mayoritario por el que se accedía a una ayuda económica. Se ha observado como los TEA han ido incrementado el número de solicitudes mientras que el resto de categorías ha decrecido o se ha mantenido constante. Debe tenerse en cuenta la no correspondencia estricta entre las categorías diagnósticas del DSM-5 y las categorías que origina la percepción de una pensión (Boat, y Wu, 2015) (ver figura 3).

Figura 2. Representación gráfica de las tasas de prevalencia de TEA y Discapacidad Intelectual según los datos del Departamento de Educación de USA (Base estudio Shattuck, 2006)



Utilizando datos individuales, King y Bearmen analizan la hipótesis de sustitución llegando a la conclusión que en el estado de California, el 24% del aumento de casos de TEA fue debido a una permuta en el diagnóstico o a la acumulación de diagnóstico por comorbilidad (King y Bearman, 2009), en ocasiones se justifica el diagnóstico inicial de TEA con la finalidad de acceder a los servicios de atención necesarios (Rice, 2013). Otro tipo de sustitución de diagnóstico puede darse en el caso de las formas más leves de TEA. Los niños que actualmente son diagnosticados con el trastorno de Asperger, pueden haber sido diagnosticados previamente con otros diagnósticos psiquiátricos (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia escolar, ansiedad social, etc.) (Fombonne, 2009).

Figura 3. Evolución del número de subvenciones solicitadas según diferentes tipos de trastornos (Datos obtenidos de Boat y Wu, 2015)



Debemos considerar que las características clínicas de los TEA y la DI se superponen en muchos casos creando una confusión potencial a la hora de su identificación. En un estudio realizado sobre 2816 niños con DI con y sin TEA (Pedersen, et al., 2016), se observó que los intereses restringidos y las

conductas estereotipadas discriminan mejor entre ambos grupos. Sin embargo, es conocido el peso que tiene en el diagnóstico de los TEA la dimensión de la comunicación social. Es importante para la mejora de la asignación del tipo de intervención la adecuada diferenciación, aunque se reconoce que en ocasiones resulta extraordinariamente difícil y se cae en la comorbilidad de síntomas. Según diversos estudios la concurrencia de los diagnósticos de TEA y DI aumenta (Goldberg, 2006) o decrece (Elsabbagh, et al., 2012). Las dificultades en la diferenciación y la falta de recursos para la intervención en niños con DI puede justificar que en casos de diagnóstico concurrente se ponga el tilde en el diagnóstico de TEA frente a otros.

Conclusiones

A lo largo del presente artículo se han presentado evidencias del incremento en la tasa de prevalencia de los TEA. Sin embargo, este incremento no es totalmente atribuible a un incremento en la incidencia del trastorno. Aunque la mayoría de los estudios expuestos tienen como origen los datos de USA (tendencia creciente, variabilidad en función de localizaciones geográficas, problemas en la identificación y criterios diagnósticos, etc.), entendemos que en general se pueden extrapolar al resto de países occidentales (Elsabbagh, et al., 2012), añadiendo, en el caso de algunos países, razones de índole socio-cultural y económico.

Se han descrito factores como los cambios en los criterios diagnósticos, las prácticas de detección y diagnóstico, las políticas de educación especial, la disponibilidad de servicios y el conocimiento de los TEA (tanto en el público en general como entre los profesionales), pueden ser responsables del aumento de la prevalencia en el tiempo. En la década de los 90, el aumento en el número de niños diagnosticados produjo simultáneamente en muchos países la expansión significativa de servicios para niños con TEA, provocando un efecto domino.

Por otra parte, la significación estadística o las limitaciones muestrales de los estudios o posibles sesgos en los procedimientos de selección de casos puede ser una limitación en la mayoría de las investigaciones; por lo tanto, se pueden detectar variaciones de pequeña magnitud en la incidencia de TEA que deben ser interpretados con precaución.

No obstante, no debe ser eliminada por completo la posibilidad de que un cierto aumento en la incidencia de trastornos del espectro autista también haya contribuido, en parte, a la tendencia al alza en las tasas de prevalencia. Para evaluar si la incidencia se ha incrementado, en los estudios futuros se deben controlar de forma rigurosa los factores metodológicos que, como se ha evidenciado, dan cuenta de una importante proporción de la variabilidad en los datos.

Los futuros programas de vigilancia o aquellos que están en curso actualmente, deberán proporcionar datos más significativos para evaluar esta hipótesis. Además, queda por ver cómo los cambios en criterios diagnósticos introducidos en el DSM-5, o futuros cambios de criterio diagnóstico impactarán en las estimaciones de la prevalencia de TEA. Mientras tanto, las cifras de prevalencia disponibles tienen implicaciones directas para las necesidades actuales y futuras de servicios y programas de intervención temprana y el aumento de investigaciones sobre sus posibles causas. Es evidente que las políticas sociales, educativas, sanitarias deben tener en cuenta la situación descrita incidiendo principalmente en el incremento de servicios de atención temprana o servicios psico-educativos de edades posteriores, no solo en los niños/as con TEA. De la misma forma, se hace necesario que el proceso diagnóstico se tenga en cuenta más el perfil de competencias cognitivo para valorar la discriminación entre TEA y Discapacidad Intelectual o la comorbilidad de ambos trastornos.

Referencias

Al-Farsi, Y., Al Farsi, O., y Brooks, D. (2011). Brief Report: Prevalence of Autistic Spectrum Disorders in the Sultanate of Oman. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41:821-825. doi:10.1007/s10803-010-1094-8

Baio, J. (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly*, 61,1-19. Obtenido de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>

Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63; 1-21. Obtenido de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>

Blaxill, M. (2004). What's going on? The question of time trends in autism. *Public Health Reports*, 119(6); 536-551. doi:10.1016/j.phr.2004.09.003

Blumberg, S., Brankett, M., Kogan, M., Schiever, L., Jones, J., y Lu, M. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children: 2007 to 2011–2012. *National Health Statistics Reports*, 65(20), 1-12.

Boat, T., y Wu, J. (2015). *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington: National Academy Press. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK332882/>

Boyle, C., Boulet, L., Schieve, R., Cohen, S., Blumberg, M., Yeargin-Allsopp, S., y Kogan, M. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in U.S. children 1997-2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034-1042. doi:10.1542/peds.2010-2989

Cavagnaro, A. (2007). *Autistic spectrum disorders: Changes in the California caseload. An update: june 1987-june 2007*. California: California Health and Human Services Agency. (Consultado 23-3-2015). Obtenido de http://www.dds.ca.gov/Autism/docs/AutismReport_2007.pdf

Chakrabarti, S., y Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 285>>; 3093-3099. doi:10.1001/jama.285.24.3093

Charman, T. (2002). The prevalence of autism spectrum disorders: Recent evidence and future challenges. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(6); 249-256. doi:10.1007/s00787-002-0297-8

Christensen, D., Baio, J., Braun, K., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. Yeargin-Allosop, M. (2016). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*, 65(3); 1–23. doi:10.15585/mmwr.ss6503a1.

Coo, H., Ouellette-Kuntz, H., Lloyd, J., Kasmara, L., Holden, J., y Lewis, M. (2008). Trends in autism prevalence: diagnostic substitutions revisited. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 38, 1036-1046. doi:10.1007/s10803-007-0478-x

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y., Kauchali, S., Marcín, C., . . . Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Research*, 5: 160-179. doi:10.1002/aur.239

Elsabbagh, M., Divan, G., Kohn, Y., Kim, Y., Kauchali, S., Marcín, C., . . . Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism REsearch*, 5(3), 160-179. doi:10.1002/aur.239

Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *The Journal of the American Medical Association*, 289; 87-89. doi:10.1001/jama.289.1.87

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6):591-598.

Gillberg, C. (1984). Infantile autism and other childhood psychoses in a Swedish urban region. Epidemiological aspects. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 25(1):35-43. doi:10.1111/j.1469-7610.1984.tb01717.x

Gillberg, C., Steffenburg, S., y Schaumann, H. (1991). Is autism more common now than ten years ago? *British Journal of Psychiatry*, 158,403-409. doi:10.1192/bjp.158.3.403

Goldberg, M. (2006). Are the Majority of Children With Autism Mentally Retarded? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(2), 66-83. doi:10.1177/10883576060210020301

Hill, A., Zuckerman, K., y Fombonne, E. (2015). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. En M. Robinson-Agramonte, *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder* (págs. 12-38). New York: Springer. doi:10.1007/978-3-319-16321-5

CAPÍTULO 7

Manejo Clínico-Terapéutico en Pacientes con Trastorno Bipolar: Asociado al Trastorno del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Elena María Villamor Ruiz, Susana Gómez Coca, y Katia Torres Martínez
Diplomada Universitaria en Enfermería (España)

Introducción

El término diagnóstico dual indica la coexistencia de dos trastornos que pueden o no pueden ser independientes, aunque deben ser relacionados. Se utiliza comúnmente para referirse a la presentación simultánea de un trastorno por uso de sustancias (SUD) y otro trastorno mental. El presente trabajo estudia diagnóstico dual relacionada con el trastorno bipolar (TB) (Krishnan, 2005).

La prevalencia de la BD, utilizando la más amplia definición de esta enfermedad (espectro bipolar) sería de entre 5% y el 7% de la población general. En relación con el diagnóstico dual asociado a este trastorno, ya se ha descrito en el estudio de Captación Epidemiológica (Akiskal, et al., 2005).

Estudio de la zona (ECA) indica que el 60,7% de los sujetos con trastorno bipolar tipo I tenía una comorbilidad por SUD. Este porcentaje supera a la de cualquier otro trastorno psiquiátrico, incluyendo el trastorno bipolar tipo II, que también tiene comorbilidad alta, y sólo es superado por la personas con trastorno antisocial. (Regier, et al., 1990). Estas tasas de comorbilidad aumentan significativamente si los casos más benignos y leves de BD o trastorno ciclotímico que a menudo se producen de forma subclínica o con síntomas sub-umbral, se tienen en cuenta. Estas imágenes afectivas puede ocurrir, y de hecho a menudo hacer, comorbilidad con trastornos por el uso de sustancias, son generalmente, en la práctica clínica, considerado, diagnosticados y tratados exclusivamente como abuso de sustancias o dependencia, con vistas a la presencia de trastorno afectivo, lo que reduce diagnóstico y las posibilidades terapéuticas . Esto indica la elevada prevalencia del doble trastorno de BD y SUD, es por eso que tiene importancia clínica el cuidado de la salud. (Merikangas, et al., 2007). De acuerdo con los datos proporcionados por el Observatorio Europeo de las Droga y Adicciones, indica que la tasa de prevalencia de consumo de cocaína en los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) europeos coloca a España prácticamente en el mismo nivel que Rusia y los Estados Unidos (4,6%), muy por encima de la media para la Unión Europea (1,8%) (Herrero, et al., 2011). Se observan datos similares respecto al uso de anfetaminas, éxtasis o cannabis. Este hecho podría apoyar la especial relevancia del problema en nuestro país e indirectamente «hacer que sea posible extrapolar» su repercusión en el diagnóstico dual (Weiss, 2007). Las causas de esta comorbilidad han sido objeto de diferentes hipótesis, entre las que la impulsividad, considerada por diferentes autores como una dimensión psicopatología subyacente en todos los períodos de enfermedad bipolar, es una de las más relevantes. Impulsividad también se identifica como un primordial factor en SUD. Por otra parte, ambos trastornos, BD y SUD, podría representar manifestaciones de una única diátesis genética (Swann, et al., 2001).

Los pacientes que sufren esta patología dual tienen, por supuesto, peor clínica, ya que tienden a tener una mayor cronicidad, tienen síntomas que son más difíciles de tratar, tales como los del tipo afectivo mixto, y finalmente tienen una mayor frecuencia de ciclos rápidos y hospitalización. (Winokur, et al., 1995).

Por otra parte, estos pacientes tienen un mayor riesgo de suicidio durante su tiempo de vida en comparación con los pacientes con TB sin abuso o dependencia de sustancias (39,5% frente 23,8%, respectivamente). Todos estos factores ponen de relieve la importancia de una evaluación diagnóstica adecuada y completa de este doble diagnóstico y de llevar a cabo un programa de tratamiento individualizado, teniendo en cuenta todos los trastornos comórbidos, sus interrelaciones y sus

implicaciones pronosticas, de cara al objetivo final de lograr un tratamiento en estos pacientes que proporcionaría la mejor eficacia terapéutica posible (Kranzler, et al., 1996).

En este contexto, una guía clínica se elaboró usando la metodología de la revisión exhaustiva de la evidencia científica. Cuando no había ninguna base fáctica para las recomendaciones, el consenso se obtuvo de los expertos clínicos sobre las actitudes clínico-terapéuticas en pacientes en los que hay coexistencia de BD y SUD (abuso o dependencia) (Goldberg, et al., 1999).

El objetivo: Describir un consenso de actuación para el tratamiento de la patología dual.

Metodología

Se realizó una revisión del material publicado mediante una búsqueda bibliográfica en Medline y seleccionó los artículos relevantes publicados hasta el momento; los descriptores empleados fueron: “patología dual”, “trastorno” “abuso de sustancias”, “trastorno bipolar”, “tratamiento” y “consenso de actuación”, se buscaron solo o en combinación con "AND" u OR”. A continuación se llevó a cabo un consenso de expertos y finalmente se realizó una encuesta a expertos en PD. Un grupo de trabajo con experiencia en el manejo del diagnóstico dual, fue formado para llevar a cabo este estudio y realizaron un total de tres reuniones. Durante la primera reunión, los aspectos clínicos más importantes del diagnóstico dual se definieron sobre la base de la experiencia en sí del grupo de trabajo y una búsqueda bibliográfica realizada previa a la reunión. Por otra parte, los artículos fueron discutidos basados en la evidencia científica que proporcionaron. Durante la segunda reunión, celebrada dos meses después, la encuesta fue dirigida a una selección de profesionales con experiencia en el manejo de este trastorno y en base a los puntos de interés generados durante la primera reunión fueron discutidos y aprobados.

Durante las siguientes semanas, las encuestas fueron enviadas a los profesionales y se realizó el análisis estadístico correspondiente. La reunión final se llevó a cabo transcurridos cuatro meses de la segunda reunión. En él, se presentaron los resultados, y se analizaron mediante el grupo de trabajo y las recomendaciones fueron incorporadas. Es importante destacar que durante las tres reuniones de trabajo, siempre que no hubo consenso, la unanimidad se buscó en los criterios por acuerdo de todos los participantes. Si no se pudo obtener este consenso después de la discusión, la propuesta fue retirada. Los resultados del grupo de trabajo se presentan en diferentes secciones de acuerdo a la disponibilidad de los resultados en la siguiente orden:

- 1° La evidencia científica
- 2° El consenso de expertos
- 3° Los resultados de la encuesta

Cuando la evidencia científica era sólida (evidencia nivel A), no se consideró necesario recurrir a cualquier tipo de consenso o encuesta. Por esta razón, en ciertas secciones, ni los resultados del consenso o la encuesta que acompaña a los hallazgos de las pruebas están incluidos. Las conclusiones de este proyecto han sido expresadas en forma de recomendaciones que tienen como objetivo directrices de forma que determinan la acción clínica en la gestión de los pacientes que tienen una presentación concomitante de BD y SUD. La fuerza de las recomendaciones se ha clasificado de acuerdo con los siguientes criterios: por un lado, la grado de evidencia científica que los soporta (publicaciones) y, por otro lado, cuando dijo que la evidencia no existe o no cumple los requisitos para ser considerada como el nivel A o B, de acuerdo con la opinión clínica del grupo de trabajo y la encuesta respondida por los expertos en esta patología dual. Un análisis descriptivo fue hecho de relativa y acumulativa frecuencias para cada una de las preguntas de la encuesta. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS (versión 12).

Resultados

Diagnóstico

Evidencia científica

Las siguientes tres declaraciones tienen un nivel A de recomendación:

En general, BD está infradiagnosticada en cuidados primarios; y hay una SUD asociado en una significativa proporción de los pacientes diagnosticados de BD, lo que complica el diagnóstico, aún más (Das, et al, 2005). Como se sabe, el abuso de determinadas sustancias estimulantes pueden causar síntomas que son no diferenciados de manía o hipomanía durante el tiempo que el fármaco tiene un efecto farmacológico (Brady, 1995). Finalmente, la retirada propia de algunas sustancias estimulantes pueden producir síntomas depresivos, como también se observa en la abstinencia en el alcohol, en el que pueden persistir los síntomas depresivos de dos a cuatro semanas (Brown, 2001).

Manía

El consenso de expertos

Para aquellos pacientes con grado (b) la manía, las siguientes recomendaciones: 2 semanas que pueden ser necesarias para descartar que un episodio de manía en un paciente con SUD, con o sin antecedentes de BD, está siendo inducida o provocada por el efecto de los fármacos y la evaluación de la manía en episodio pacientes con TB y SUD deben realizarse mediante el habitual instrumentos destinados a pacientes con TB para la manía.

Encuesta

Un total de 50% de los profesionales encuestados afirmó que el tiempo utilizado para descartar un primer episodio de manía en SUD, pacientes sin historia previa de BD es menor de 2 semanas en las condiciones de práctica clínica habitual. En condiciones ideales, el 60% cree que se requieren 2 o más semanas. Esta vez no varían en función de la sustancia (nicotina, cannabis, alcohol, cocaína, heroína y psicoestimulantes). Si el paciente tiene antecedentes de BD, al menos 50% de los profesionales encuestados creen que el tiempo necesario es de menos de 2 semanas, tanto en condiciones habituales, así como los ideales de la Práctica clínica.

Desorden bipolar

El consenso de expertos

Con un grado, se recomienda lo siguiente: en los pacientes SUD con y sin antecedentes de BD y que tienen episodios de depresión / manía, los posibles síntomas previos de hipomanía debe ser reevaluado, ya que estos pueden haber sido interpretados como secundaria a la SUD.

Encuesta

Se encontró que en pacientes con SUD sin antecedentes de BD, la mayoría de los profesionales encuestados generalmente enfocan la anamnesis hacia la detección de posibles antecedentes de manía o depresión.

Aspectos clínicos

Evidencia científica

La revisión bibliográfica hizo posible obtener estas dos recomendaciones y conclusiones:

Nivel A: Los pacientes que presentan BD y SUD comorbilidad desarrollan un cuadro más grave (con la ansiedad, mixta o disforicomanía y ciclos rápidos) que los pacientes que sólo tienen BD (Feinman, 1996).

En cuanto a la gravedad de los síntomas, BD es menos grave en pacientes que comienzan con el abuso o dependencia del alcohol y luego desarrollar BD que en aquellos que comienzan con BD. En Además, los primeros tienden a tener una recuperación más rápida. (Winokur, 1995, y Strakowski, et al., 2005).

Las siguientes dos conclusiones se alcanzaron con la evidencia Nivel B: los pacientes con trastornos afectivos y de drogas o dependencia de alcohol tiene un mayor riesgo de suicidio y, como era de esperar,

la presencia de SUD comórbida hace difícil de lograr la estabilización clínica del paciente bipolar y también empeora significativamente su mundial funcionamiento. (Goodwin, 1999; Weiss, et al., 2005).

Relación entre el trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias

Evidencia científica

La revisión bibliográfica que permitió identificar tres artículos sobre el nivel de recomendación A en la que se deduce que la relación de casos y efecto entre SUD y BD no es concluyente y puede variar en cada paciente. Respecto a la presencia concurrente de SUD, complica tanto el diagnóstico y tratamiento de pacientes con BD (Rush, 2003). Por lo tanto, como se ha mencionado anteriormente, SUD asociado con alcohol y otras drogas es frecuente entre los individuos con DB (Regier, et al., 1995).

Encuesta

La mayoría de los profesionales encuestados consideran que hay comorbilidad entre SUD y BD en más de 20% de la los pacientes que acuden con BD o SUD, las sustancias asociadas a mayor comorbilidad son el alcohol y la nicotina.

El tratamiento de las diferentes fases del trastorno bipolar

El consenso de expertos

En lo que respecta a un tratamiento mejor del episodio maníaco asociado o no a la intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia, independientemente de la SUD que provoca las drogas, el grupo de trabajo considera que los medicamentos utilizados son atípicos antipsicóticos y fármacos anticonvulsivos clásicos (carbamazepina y valproato).

Encuesta

Se encontró que la mayoría de los profesionales encuestados no le dieron prioridad a un tratamiento sobre el otro cuando hay un episodio maníaco en presencia de un SUD comórbidos. Sin embargo, 85% de los profesionales encuestados no estaban de acuerdo con el episodio maníaco en presencia o en ausencia de una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia de la misma manera y a ellos generalmente le gustaría reducir la dosis sin sustituir el ingrediente activo.

En la opinión de los encuestados, el tratamiento del episodio maniaco asociado a la intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia, independientemente del consumo problemático de drogas, o atípicos antipsicóticos y los nuevos agentes anticonvulsivos son la opción ideal para el tratamiento, seguido de la clásica anticonvulsivo, las drogas y las benzodicepinas, y que los ISRS y los tricíclico antidepressivos son inadecuados.

Los mejores tratamientos para el episodio maníaco son los antipsicóticos atípicos y clásicos y los nuevos fármacos anticonvulsivos. Esto hace no variar en gran medida si el SUD es causado por el alcohol o la cocaína.

Ciclo rápido

El consenso de expertos

El grupo de trabajo hace dos niveles de recomendaciones: (nivel a), se refiere a la obligación de adaptar el ciclo rápido de tratamiento si el SUD se presenta como la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia. La segunda especifica que el mejor tratamiento de ciclo rápido, asociado o no a la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, independientemente si el SUD es causado por drogas, son los antipsicóticos atípicos y / o anticonvulsivos.

Los expertos hacen los siguientes dos niveles de recomendaciones (nivel b): en primer lugar, si se detecta un SUD concomitante en la práctica clínica común, ambos tratamientos se administra de forma simultánea, sin dar prioridad a uno sobre el otro. En segundo lugar, independientemente de la SUD que causan las drogas, los antidepressivos tricíclicos son tratamientos inadecuados contra un episodio de ciclos rápidos asociados o no a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia.

Encuesta

La mayoría de los profesionales encuestados no daría prioridad a un tratamiento sobre otro cuando los ciclos rápidos y SUD ocurren al mismo tiempo. Por otra parte, la mayoría de estos profesionales

cambiarían el ingrediente activo o reducirían la dosis de ciclo rápido si el SUD se presenta como intoxicación aguda o síndrome de abstinencia. Los mejores tratamientos, en su opinión, para el episodio de ciclos rápidos asociado a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia son los antipsicóticos atípicos y los modernos y clásicos anti-convulsiones. Si el episodio no es asociado a la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, el tratamiento sería el mismo que en la ausencia de SUD.

En la opinión de la mayoría de los profesionales encuestados, los mejores tratamientos para el episodio de ciclo rápido no asociados a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia son los antipsicóticos atípicos y modernos y clásicos fármacos anticonvulsivos.

Fase de mantenimiento

Encuesta

En general, la mayoría de los encuestados no cambiaría el tratamiento de mantenimiento de la BD, independientemente si el SUD está o no asociado a una intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia. En la opinión de la mayoría de los profesionales encuestados, los nuevos fármacos anticonvulsivos, seguidos de los antipsicóticos atípicos, litio y clásicos anticonvulsivos son los mejores tratamientos de mantenimiento de BD asociado a SUD. Los ingredientes activos principales utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar asociado al trastorno por uso (patología dual).

Litio

Evidencia científica

En un artículo que tiene evidencia nivel A se encontró que el tratamiento con litio de un grupo de adolescentes con BD y secundaria SUD fue eficaz en el enfoque de ambos trastornos (Geller, 1998).

Otras publicaciones que suministran un nivel de evidencia B en lo que respecta a tratamiento con litio. Indican que la presencia de una SUD concomitante a BD predice una mala respuesta al litio.

Por otra parte, dos estudios abiertos han evaluado la eficacia de litio en el tratamiento de BD asociado a SUD (cocaína) con resultados contradictorios: Gawin y otros describen su eficacia, mientras Nunes y otros no han encontrado ninguna evidencia de ello (Gawin, y Kleber, 1984; Wager, y Quitkin, 1990).

El valproato

Evidencia científica

Hay una publicación con evidencia nivel A, en el que el valproato disminuye el consumo elevado de alcohol en pacientes con TB y dependencia al alcohol comórbida. (Salloum, I. M., 2005). En dos artículos que no tenían evidencia de nivel B, la utilidad del valproato en pacientes con manía durante el síndrome de abstinencia de alcohol fue descrita, mientras que por otro lado, el cumplimiento de un mejor tratamiento de los pacientes que tomaron valproato fue descrito en pacientes con TB asociados con SUD que estaban prescritos con litio y valproato, los cuales fueron relacionados con el perfil de efectos secundarios de los dos drogas (Frye, 2006).

Psicoterapia

Evidencia científica

Con la evidencia de un nivel A, se observa que con terapia psicoeducativa, las terapias cognitivas y conductuales en pacientes con TB constituyen las intervenciones psicológicas que han demostrado ser eficaces en la profilaxis de nuevas recurrencias. Una combinación de psicoterapia y la terapia con medicamentos puede permitir a los pacientes lograr una mejora más rápida de sus síntomas.

El consenso de expertos

Los expertos conceden un nivel (a) al valor de los tres estados siguientes:

En primer lugar, la psicoterapia con un enfoque psicoeducativo se recomienda para lograr una mejor comprensión de la enfermedad.

En segundo lugar, la psicoterapia se considera adecuada para el mantenimiento de la abstinencia, prevención de recaídas y mejorar adherencia al tratamiento farmacológico. En tercer lugar, el tratamiento integral del paciente requiere tanto de un enfoque psicofarmacológico como psicoterapéutico.

Encuesta

Más del 50% de los encuestados considera la psicoterapia es adecuada para el mantenimiento de la abstinencia, la prevención de recaídas, tratamiento de la depresión, la mejora en el cumplimiento del tratamiento de drogas y el apoyo emocional.

Discusión/Conclusiones

Teniendo en cuenta la comorbilidad de BD asociado a SUD (patología dual) y las pocas publicaciones existentes, la presente publicación es un primer esfuerzo por definir algunas pautas de actuación en la gestión de esta patología dual. Sin embargo, dado la importancia y la incidencia de este doble trastorno, es necesario continuar el estudio de su descripción nosológica en mayor profundidad y también la de la acción de su enfoque clínico-terapéutico. Por lo tanto, las recomendaciones incluidas en el presente documento debe ser puesto al día en futuras revisiones.

Se sabe que el BD y SUD (patología dual) se encuentran con frecuencia en la práctica psiquiátrica común. Esta combinación de entidades se caracteriza por recaídas frecuentes, intentos de suicidio, elevada impulsividad, falta de adherencia y mala respuesta al tratamiento. Las sustancias que se asociaron con mayor frecuencia para SUD en la encuesta eran el alcohol, la nicotina y la cocaína. Ha sido posible encontrar algunos aspectos prácticos gracias a la encuesta como a la recomendación de una frecuencia de visitas de cada 2 semanas, ingreso hospitalario en pacientes con hipertensión y SUD y BD en el cuidado integral a estos pacientes. Este último punto es apoyado en un estudio piloto reciente llevado a cabo en 45 pacientes con esta patología dual, en el que el grupo integrante específica que la terapia se realizó con éxito significativo en lo que respecta al porcentaje de pacientes en la abstinencia, frente a aquellos que no se había seguido un tratamiento integrado. Por consiguiente, parece ser una alternativa viable para reducir el abuso de sustancias en pacientes con BD. Por supuesto, es importante informar a pacientes con TB sobre el riesgo de desarrollar SUD y subrayar la importancia de la detección precoz y el tratamiento.

En lo que respecta al tratamiento con agentes farmacológicos, hay abundante bibliografía sobre el uso de litio y valproato en el diagnóstico dual, especialmente con el abuso del alcohol. Igualmente, la literatura y una serie de estudios, aunque con resultados desiguales, se encuentran en relación a la utilización de la carbamazepina, gabapentina, topiramato, lamotrigina y los antipsicóticos atípicos, entre otros. La existencia de tantos tratamientos alternativos puede ser debido a la falta de estudios concluyentes en este trastorno. Por lo tanto, es recomendable llevar a cabo estudios controlados que incluyan grandes estudios de pacientes.

Esta declaración coincide con la realizada por el Dr. Salloum durante la Séptima Conferencia Internacional sobre Trastorno Bipolar (Pittsburgh, 2007), hizo hincapié en la escasa evidencia y la escasa solidez de las publicaciones relacionadas con el tratamiento de la patología dual. En su opinión, los agentes anticonvulsivos se perfilan como los tratamientos más prometedores. Además, hay un aumento en el uso de los antipsicóticos atípicos, aunque no existe doble ciego, controlados estudios y el papel de la terapia adyuvante para el alcohol y SUD todavía debe ser evaluado. Por lo tanto, este autor insiste en la necesidad de realizar estudios grandes, prolongados y controlados que incluyan suficientes grandes muestras de pacientes en esta condición compleja. Sin embargo, es poco probable que una sola terapia sea desarrollada en un futuro próximo debido a la heterogeneidad de los pacientes con BD y SUD, aunque es posible para identificar las terapias más adecuadas en función de las evidencias científicas. Hasta que estas pruebas se alcancen, el establecimiento de un consenso constituye una herramienta muy útil para complementar la evidencia científica existente.

Referencias

Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., y Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of affective*

- disorders, 59, S5-S30. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Brady, K. T., y Sonne, S. C. (1995). The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Brown, E. S., Suppes, T., Adinoff, B., y Thomas, N. R. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 105-115.
- Dalton, E. J., Cate-Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., y Kennedy, J. L. (2003). Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar disorders*, 5(1), 58-61.
- Das, A. K., Olfson, M., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Blanco, C., Feder, A., y Weissman, M. M. (2005). Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *Jama*, 293(8), 956-963.
- Feinman, J. A., y Dunner, D. L. (1996). The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of affective disorders*, 37 (1), 43-49.
- Frye, M. A., y Salloum, I. M. (2006). Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. *Bipolar disorders*, 8(6), 677-685.
- Gawin, F. H., y Kleber, H. D. (1984). Cocaine abuse treatment: open pilot trial with desipramine and lithium carbonate. *Archives of General Psychiatry*, 41(9), 903-909.
- Geller, B., Cooper, T. B., Sun, K. A. I., Zimmerman, B., Frazier, J., Williams, M., y Heath, J. (1998). Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 37(2), 171-178.
- Goldberg, J. F., Garno, J. L., Leon, A. C., y Portera, L. (1999). A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(11), 733-740.
- Goodwin, F. K. (1999). Anticonvulsant therapy and suicide risk in affective disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(suppl 2), 89-93.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., y Itinere Investigators. (2011). Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *Journal of substance abuse treatment*, 41(1), 55-63.
- Kranzler, H. R., Del Boca, F. K., y Rounsaville, B. J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *Journal of studies on alcohol*, 57(6), 619-626.
- Krishnan, K. R. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 1-8.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., y Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Rush, A. J. (2003). Toward an understanding of bipolar disorder and its origin. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(suppl 6), 4-8.
- Salloum, I. M., y Weiss, R. D. (2007). *Managing alcohol and substance abuse in patients with bipolar disorder. In Seventh International Conference on Bipolar Disorder*. Pittsburgh, USA.
- Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M., y Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*, 62(1), 37-45.
- Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D. E., Adler, C. M., Anthenelli, R. M., Keck, P. E., ... y Amicone, J. (2005). Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 851-858.
- Swann, A. C., Anderson, J. C., Dougherty, D. M., y Moeller, F. G. (2001). Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 101(2), 195-197.
- Wager, S., y Quitkin, F. M. (1990). Lithium treatment for cocaine abusers with bipolar spectrum disorders.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C., ... y Hennen, J. A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American Journal of Psychiatry*.
- Weiss, R. D., Ostacher, M. J., Otto, M. W., Calabrese, J. R., Fossey, M., Wisniewski, S. R., ... y Simon, N. M. (2005). Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 730-735.

Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Keller, M. B., Endicott, J., y Mueller, T. (1995). Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 365-372.

CAPÍTULO 8

Manejo del Burnout en enfermeras que trabajan en la Unidad de Oncología

Rocío Martín Almenta*, Elena María Cruz Morales**, y Beatriz Valdayo Rosado**

Servicio Aragónés de Salud (España)*, *Servicio Andaluz de Salud (España)*

Introducción

El término “Burnout” procede del inglés y se traduce en castellano por “estar quemado”. La primera vez que se describió este término, fue por el psiquiatra Herbert Freudengerger pero no como un término relacionado directamente con lo que experimentaban algunos profesionales. Freudengerger trabajaba en una clínica de Nueva York en la cual observó que los voluntarios que trabajaban con toxicómanos durante un periodo de aproximadamente un año, sufrían una pérdida de energía progresiva que iba acompañada de ansiedad, desmotivación en el trabajo y agresividad. Freudengerger lo hace referencia en su definición de Burnout a la sensación de fracasar como consecuencia de una excesiva demanda a nivel personal y profesional del trabajador.

En 1976, Cristina Maslach hizo uso del término burnout para describir la pérdida de interés y responsabilidad laboral. Se lo determinó a todos los profesionales que sufrían “sobrecarga emocional” y definió el burnout como haciendo referencia al desgaste emocional y su influencia a nivel laboral y personal.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales recoge el Burnout como de los factores de riesgo psicosociales que afectan tanto a la calidad de vida como a la salud de los trabajadores. Desde el punto de vista científico, los primeros estudios sobre qué es y en qué consiste el Burnout se realizaron en torno a los años 1970 y 1970. Sigue siendo un aspecto sobre él se continúa investigando hoy en día por las repercusiones que tiene en la Salud Laboral de las personas.

En este ambiente de rápidos cambios en el mundo del trabajo, la competitividad, la automatización y utilización cada vez más de la tecnología, la inseguridad en el empleo, la necesidad continua de capacitaciones crea un terreno fértil para el surgimiento del desgaste físico y emocional del estrés.

En los días actuales, el desgaste físico y emocional relacionado al trabajo puede ser considerado una epidemia entre trabajadores de varias profesiones. Las demandas del mercado laboral en estos momentos influyen a nivel físico y psicológico de las personas, influidas por la actualidad social que vivimos. Ejerce gran influencia en el compromiso con la empresa y sus logros como profesionales. Gran parte de esta situación se debe a las modificaciones del proceso productivo y de la economía mundial que forzarán reestructuraciones organizacionales, llevando al agotamiento del personal y, consecuentemente, aumento de la carga de trabajo, reducción de ganancias, inseguridad por la inestabilidad en el empleo, pérdida de beneficios directos e indirectos de los trabajadores.

Según la Ley de PRL 31/1995 publicada en el Boletín Oficial del Estado es requisito indiscutible que se realice una evaluación de los riesgos psicosociales del puesto de trabajo. La importancia de la ésta evaluación viene respaldada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo apostando por una atención multidisciplinar y que contemple todas las esferas del puesto de trabajo (González y Rubio, 2010; Blanch, citan a Sahagún y Cervantes, 2010).

Maslach Burnout Inventory es una de las escalas para medir el Burnout que más se usan. Desde la creación de este instrumento se han realizado infinidad de modificaciones con el fin de facilitar su aplicación, una de estas modificaciones han sido de reducir 47 preguntas a 22 preguntas. Este instrumento contempla aspectos como “cansancio emocional”, “despersonalización” y “no realización personal”, aunque algunos investigadores manifiestan que sería interesante contemplar otros aspectos

que ayudar a obtener una visión más completa del Burnout. Sin embargo, hay otros investigadores que defienden que a la hora de replicar e interpretar los resultados obtenidos, es más interesante contemplar menos factores y, por tanto, la incorporación de otras escalas no dará resultados más específicos (Albaladejo, et al., 2004). Además de este instrumento de valoración mencionado, como el burnout está íntimamente relacionado con otros problemas que favorecen su aparición, en los estudios encontrados se hace uso de otras escalas como:

- Self-Rating Depression Scale (Escala autoaplicada de depresión de Zung).
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en su versión española.
- Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait.
- Escala de autoestima de Rosenberg.

El Objetivo principal de nuestra investigación es determinar si las enfermeras que trabajan en Unidades Oncológicas padecen Burnout.

Metodología

Bases de datos

Se realizó una Revisión Sistemática de la Bibliografía en Bases de Datos (Cochrane, Cuiden, Medline, CINHAL) en marzo y abril de 2016.

Descriptor

Burnout, Cuidados, Enfermería, Oncología, Riesgos Psicosociales, Salud Laboral

Fórmulas de búsqueda

Burnout AND Cuidados

Burnout AND Care

Burnout AND Nurs*

Burnout AND Enfermer*

Oncolog* AND Nurs*

Riesgos Psicosociales AND Burnout AND Oncolog* AND Nurs*

Riesgos Psicosociales AND Burnout AND Oncolog* AND Enfermer*

Los artículos seleccionados fueron un total de 16, publicados en inglés y español, en los últimos 10 años.

Resultados

Tras la definición del concepto del Burnout y unos breves apuntes sobre la aparición de tal concepto, seguidamente vamos a mostrar los resultados que exponen diferentes autores.

Rodríguez, Morante, Hernández, y Jiménez, (2003). El desgaste profesional o " burnout" en los (2003) cita a Kash (2000) quien describe que durante la pasada década, los estudios de estrés centrados en las poblaciones asistenciales han aumentado considerablemente.

Actualmente, se están dando un cambio de paradigmas tanto a nivel cultural como organizacional en el que se ven incluidos los Servicios de Salud (Rodríguez, Morante, Hernández, y Jiménez 2003)

Enfermería como una profesión de asistencia a la salud es una práctica social, siendo que el empeño y la identificación de los niveles de burnout de los enfermeros y el desenvolvimiento de estrategias para su prevención y reducción, además de un desafío, se constituyen en una tarea imprescindible para evitar el adormecimiento mental y garantizar la calidad de la atención a los pacientes (Grazziano, y Ferraz; 2010)

Las exigencias psicológicas de la actividad laboral no pueden entenderse al margen de la exposición a las emociones y sentimientos humanos que comportan, algo especialmente relevante para todas aquellas ocupaciones que conllevan el trabajo para y con usuarios y clientes. Las exigencias emocionales

pueden conceptualizarse en dos dimensiones diferenciadas: las que implican exposición a emociones ajenas y las que suponen la necesidad de esconder las propias. Las primeras responden a las características específicas del trabajo con clientes (enfermos, alumnos, etc.), las segundas, al trabajo con usuarios (servicios públicos, comercios,...); ambas están presentes en diversa medida en el trabajo con compañeros y superiores. (Moncada y Llorens, 2007; Ruiz-Frutos, García, Delclós y Benavides, 2007).

Entre las consecuencias de los riesgos psicosociales, el síndrome de quemarse por el trabajo

El Síndrome de Estar Quemado (SQT en adelante), también conocido como burnout, ha cobrado especial relevancia en los últimos años; especialmente porque ha visto aumentada la prevalencia en ámbitos como sanidad y educación. Este fenómeno ha sido tipificado como enfermedad en algunos estudios, y aunque no se reconoce como tal en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social sí existen sentencias judiciales que le otorgan la condición de accidente de trabajo (véase el auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000, Recurso Num: 4379/1999). (Gil-Monte, 2009)

Las características comunes de las personas con más sensibilidad a padecer SQT son la empatía, entusiasmo, idealistas y altruistas (Roger, y Abalo, 2004).

Se observa tras analizar los artículos seleccionados, como existe una relación significativa entre un patrón de personalidad resistente menor y las dimensiones del Burnout. Esta relación signitiva también se contempla entre un patrón de personalidad resistente menor y la manifestación de malestar psicicos en enfermeras.

La forma en que las personas perciben, sienten y actúan (su personalidad) media o modula las consecuencias que un ambiente laboral estresante puede tener repercusiones negativas sobre la persona. Este aspecto resulta especialmente relevante en los profesionales de enfermería, frecuentemente sometidos a severas fuentes de estrés. Las personas que muestran una personalidad resistente tienen menor probabilidad de sufrir Burnout, así como de sufrir malestar a nivel psíquico. La personalidad resistente es un factor protector frente a trastornos de salud en sujetos que conviven con situaciones importantes de estrés (Risques, Fernández y Sánchez-Meca, 2011).

Algunos autores como Cruz, Chávez, Cássia, Almeida y Oliveira desarrollan que el sufrimiento es un factor que influye en las Salud a nivel Mental de los profesionales sanitarios, influenciando que aparezcan enfermedades relacionadas con el ámbito laboral y también accidentes de trabajo. El trabajo puede generar sentimientos como insatisfacción, sufrimientos, angustia, desánimo,...ocasionando en definitiva el burnout.

Los resultados obtenidos en el artículo sobre Burnout y riesgo suicida; confirman que hay una relación entre el síndrome de burnout y el riesgo suicida del personal de enfermería. Este riesgo suicida está íntimamente relacionado con la baja realización personal. También nos señalan como variable predictora del burnout, el cansancio emocional, caracterizado por la pérdida de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga, estados emocionales íntimamente relacionados con los componentes depresivos. (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaulària, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero y Granell-Navas, 2010).

Rísquez, Fernández y Sánchez-Meca (2011) cita a Harrison (2002) quien resalta que la profesión de enfermería experimenta mayor malestar psicológico que la población general.

El personal de enfermería que trabaja con pacientes oncológicos, requiere de control mental y emocional, además de una alta concentración y responsabilidad, pues comparten con el enfermo y su familia la ansiedad, depresión, sufrimiento espiritual relacionados al diagnóstico oncológico. Esta situación exige de los profesionales en cuestión un alto nivel de eficacia laboral y compromiso personal que, a su vez, provocan desgaste físico y mental afectando sus emociones y necesidades (González y Andrade; 2010).

Debemos de tener muy en cuenta el estrés y el burnout en los profesionales puesto que esta situación afecta directamente en la relación con el paciente, y teniendo en cuenta que son pacientes de oncología, con propensos a tener un estrés por miedo al no saber qué le va a ocurrir.

Las enfermeras que trabajan en Unidades Especiales han de tener unas características diferentes, puesto que se ven sometidas a condiciones de estrés crónico que inciden en su Salud, como son irritabilidad, frustración, incertidumbre,... (Rísquez, Fernández, y Sánchez-Meca, 2011 cita a Levy, 2004). Todos estos factores hacen que se desarrollen sentimientos en las enfermeras que provocan desgaste emocional y desencadenando Burnout.

En estas unidades especiales las enfermeras toman contacto directo con el dolor, la muerte, patologías terminales,... además de las propias circunstancias laborales propias de la profesión sanitaria (Rísquez, Fernández, y Sánchez-Meca, 2011; cita a De Pablo, 2007; Gil-Monte, 2007).

Rodríguez, Morante, Hernández, y Jiménez, (2003) cita a Bueno (2002) quien describe que la implicación de las enfermeras en el cuidado del paciente oncológico se observa en todas las etapas de la ruta quirúrgica y asistencial.

En el artículo que hace referencia a los roles; los autores nos exponen como han observado a diferentes miembros de una unidad de cuidados oncológicos, este nos muestra que los profesionales que tienen un alto cargo de responsabilidad, en la cual se encuentran las enfermeras, siendo ellas las más vulnerables a padecer Burnout. Otra de las causas que también dicen que afecta a la aparición de este problema son los sentimientos por el bajo reconocimiento de la actividad que realizan diariamente (Catt, Fallowfield, Jenkins, Langridge, y Cox, 2005).

Las enfermeras que trabajan con pacientes oncológicos deben trabajar y fomentar su satisfacción laboral, ya que influye de manera directa en el mantenimiento de un equilibrio a nivel profesional (Infante Ochoa, Moret Montano, y Curbelo Heredia, 2007).

Se observa que el grado de satisfacción en estas enfermeras se relaciona con el interés y la motivación de su actividad laboral, así como con la percepción social propia del trabajo de la enfermera especialista en cuidados oncológicos (Infante Ochoa, Moret Montano, y Curbelo Heredia, 2007).

Se menciona en que el estrés producido en la enfermera en un periodo de adaptación tiene una repercusión positiva puesto que es un estrés hacia el aprendizaje. En cambio, el estrés en personas con mucha experiencia en ese terreno supone un gran problema. Comparándolas con los médicos, una de las situaciones que a las enfermeras les causa mucha angustia es la situación de la muerte, situación que para el médico es más común (Escot, Artero, Gandubert, Boulenger, y Ritchie, 2001).

El estudio realizado por DEGRO Quality of Life Work Group indica que el estrés varía según el grupo de profesional, en los cuales la diferencia es el contacto que mantienen con el paciente, el cual provoca mayor estrés a los profesionales que tienen más contacto, favoreciendo a su vez la aparición del burnout. Una de las dificultades que nos muestra el estudio es que trabajar en turnos de noche o fines de semana sin tener un incentivo económico favorece a la aparición de estrés. (Sehlen, et al., 2009).

Los últimos estudios realizados ya no se centran en el Burout, sino en el Engagemet, el cual se define “un estado psicológico positivo relacionado con el trabajo y que está caracterizado por vigor, dedicación y absorción o concentración en el trabajo” (González, Rubio, 2010 citan a Schaufeli, 2002). Existe un florecimiento de la Psicología Positiva, focalizándose en puntos fuertes y funcionamiento óptimo de la persona (González, Rubio; 2010, citan a Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000; García-Renedo, 2006).

Discusión/Conclusiones

En estos momentos existe una gran cantidad de publicaciones científicas relacionadas con Burnout en profesionales sanitarios. Es de destacar las grandes diferencias de resultados en la prevalencia del Burnout. En nuestro caso, como hemos explicado anteriormente, encontramos prevalencias referente a relación enfermera-paciente, la falta de realización personal y la carga laboral y su posterior consecuencia del burnout.

Los autores destacan que el “desgaste profesional” en profesionales que cuidan a los pacientes oncológicos está relacionado de manera positiva con el sufrimiento que experimenta el paciente. La situación de salud de éstos pacientes, sus cuidados en el final de la vida y la atención a los familiares junto con la manipulación y uso de tecnología compleja, falta de apoyo en la propia organización, influyen de manera directa en el “desgaste profesional”. Por todos estos factores, las enfermeras que trabajan en Unidades Oncológicas tienen mayor probabilidad de sufrir estrés crónico, y que se acabe afectando su Salud a nivel Psicosocial.

Además de aceptar el estrés laboral como un problema en el campo de los estudios de salud y las estrategias futuras podrían incluir una reducción de la carga de trabajo individual, la optimización de los procesos de trabajo, un cambio del trabajo de oficina en otros grupos profesionales, la formación de la comunicación y resolución de conflictos habilidades y las estrategias para promover el bienestar personal y un buen equilibrio entre vida profesional y privada.

Existen variables que hacen que se acentúen o disminuyan el progreso del SQT, como son: autoestima, autoeficacia y apoyo social. Los estudios señalan que la “personalidad resistente” y “sentido de coherencia” son factores a tener en cuenta como factores que pueden modular el desarrollo del síndrome y actuar directamente sobre la salud de la persona.

Las variables sociales, organizacionales e individuales influyen en el estrés que sufren las enfermeras que prestan sus cuidados a pacientes oncológicos.

Con todo esto, podemos exponer que aspectos psicosociales como son: rol a desempeñar, características del puesto de trabajo,... influyen en la organización del trabajo diario y en su desarrollo, así como el la salud de los trabajadores. Por tanto los factores psicosociales pueden ser propicios o perjudiciales para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del individuo. Cuando son desfavorables, los factores de riesgo tienen la potencialidad de provocar un perjuicio en la salud de la persona a nivel biopsicosocial. El análisis de los artículos consultados muestra cómo los riesgos psicosociales pueden afectar a la salud de las personas en el desempeño de su actividad laboral.

En relación con el profesional de salud de servicios de oncología, las enfermeras realizan un trabajo basado en competencias y con una influencia vocacional, en el que se requiere una estrecha relación con el paciente. La labor con pacientes oncológicos incrementa considerablemente estos requisitos y por consiguiente las organizaciones deben tomar cartas en el asunto para prevenir y afrontar el Burnout en las enfermeras que cuidan a pacientes oncológicos. Tiene que desarrollar estrategias de mejora en habilidades sociales, ya que favorece la relación de ayuda.

En conclusión, consideramos que existen diversos estudios que describen las causas y tipifican el grupo con mayor prevalencia de burnout. Sin embargo, existe una escasez de estudios que analicen intervenciones que busquen reducir el burnout. Si bien queda recogido en las diferentes actuaciones que ejercerían influencia en la eficacia de la organización del trabajo. Ante lo cual, siendo un problema que repercute a nivel personal y a nivel social, debe seguirse investigando sobre el tema y, concretamente, sobre las líneas de actuación más eficaces.

Referencias

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.

Catt, S., Fallowfield, L., Jenkins, V., Langridge, C., y Cox, A. (2005). The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *British journal of cancer*, 93(10), 1092-1097.

Cruz Robazzi, M. L. D. C., Chaves Mauro, M. Y., Barcellos Dalri, R. D. C. D. M., Almeida da Silva, L., de Oliveira Secco, I. A., Jorge Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64.

Escot, C., Artero, S., Gandubert, C., Boulenger, J. P., y Ritchie, K. (2001). Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health*, 17(5), 273-279.

Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de salud pública*, 83(2), 169-173.

González, A. M. C., Rubio, J. M. L. (2010). Engagement: Un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el Burnout y estrés laboral. *28 de abril, revista digital de salud y seguridad en el trabajo*, (1), 1-22.

González, N. Y. G., Andrade, C. B. P. Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de Enfermería del Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México.

Grazziano, E. S., y Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18), 0-0.

Infante Ochoa, I., Moret Montano, A., y Curbelo Heredia, I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 0-0.

Moncada, S. y Llorens, C. (2007). Factores psicosociales. En Ruiz-Frutos, C., Garcia, A. M., Delclós, J. y Benavides, F. G, Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales (pp. 397-496). Barcelona: Masson – Elsevier.

Rísquez, M. I. R., Fernández, C. G., y Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27(1), 71-79.

Rodríguez, R., Morante, M. E., Hernández, E. G., y Jiménez, B. M. (2003). El desgaste profesional o " burnout" en los profesionales de oncología. *Boletín de psicología*, (79), 7-20.

Roger, M. C., Abalo, J. A. G. (2014). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y salud*, 14(1), 67-78.

Roger, M. C., Abalo, J. G., Pérez, C. M., Ochoa, I. I., Abalo, R. G., y Abadal, Y. (2006). El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Terapia psicológica*, 24(1), 39-53.

Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S., Zehentmayr, F. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4(1), 1.

Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., y Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería clínica*, 20(3), 173-178.

CAPÍTULO 9

Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: Abordaje de Enfermería en el ámbito familiar y escolar

Tamara Gómez Gómez*, Noelia Manzano Barranco** y María de los Ángeles Navarro Mateo***

*Graduada en Enfermería (España), **Dispositivo de Apoyo Distrito Poniente (España),

***Complejo Hospitalario Universitario de Granada (España)

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, más conocido como TDAH, es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia (Piedrahita, Henao, y Burgos, 2011; García, Prieta, et al., 2008). Entre su sintomatología destaca (Tabla 1): atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada sin carácter propositivo, que interfiere en el desarrollo evolutivo del niño a nivel: cognitivo, académico, conductual, emocional y social (Vallejo, Sanabria, y Ramos, 2009; Alcolea, et al., 2011). Su prevalencia en la edad escolar se sitúa en un 6.8%, se estima que más del 75% de esos niños seguirá teniendo problemas en la adolescencia y entre el 35-60% en la edad adulta. En cuanto al sexo, es 4 veces superior en niños que en niñas (Catalá, 2012).

Tabla 1. Clasificación del TDAH según el DSM-V

A - Persistencia de un cuadro de hiperactividad-impulsividad y/o inatención que interfiere con el funcionamiento o desarrollo de la persona.
B - Algunos de los síntomas (inatención, impulsividad-hiperactividad) están presentes antes de los 12 años.
C - Pueden estar presentes varios síntomas en dos o más contextos (en el colegio, en casa, con la familia o amigos...)
D - Los síntomas del TDAH interfieren con el funcionamiento del niño, tanto a nivel social, laboral o académico, reduciendo su calidad de vida.
E - Los síntomas no aparecen exclusivamente durante el curso de otro trastorno generalizado, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Tampoco se explican mejor con otro trastorno mental.

El TDAH es un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos en el que no pueden identificarse una sola causa. Según la evidencia disponible, en el 75% de los casos su causa es genética y su desarrollo se verá más o menos favorecido por diferentes causas ambientales. Entre las causas ambientales se encuentran: traumatismos craneoencefálicos en edades tempranas, infecciones en el sistema nervioso central, prematuridad o bajo peso al nacer y consumo de tóxicos durante el embarazo entre otros factores. Los estudios han demostrado que hay un riesgo cinco veces mayor de desarrollar TDAH si hay antecedentes de familiares con dicho trastorno (Berdonces, 2001).

En ocasiones conlleva posibles interpretaciones erróneas y estigmatización innecesarias, así como importantes implicaciones prácticas para la familia y los profesionales (Sarason, 2006).

Actualmente no existe ninguna prueba de laboratorio que diagnostique TDAH. Para ello se requiere la elaboración detallada de una historia clínica: síntomas específicos de inatención y/o hiperactividad/impulsividad, el contexto en el que se manifiesta, su evolución, su discordancia con la edad, el efecto que causan y un examen físico general. Por lo que la exploración del paciente, la anamnesis hacia sus progenitores y profesores y una evolución de los diversos informes elaborados por cada una de las partes implicadas, constituyen la principal herramienta diagnóstica (Fernández, y Calleja, 2004).

El abordaje diagnóstico y control de estos pacientes debe ser siempre multidisciplinar. Es recomendable la colaboración y coordinación entre pediatras, enfermería pediátrica, neurólogos, psicólogos y psiquiatría infantiles, así como psicopedagogos de orientación escolar (García, 2012).

Se ha demostrado con mayor efectividad el tratamiento multidisciplinario: farmacológico (psicoestimulantes), asociado a intervenciones psicológicas y psicopedagógicas, siendo fundamental el rol de la familia y del profesorado (Barkley, 2001).

No es correcto hablar de una sobrevaloración del TDAH porque su diagnóstico se elabore de forma protocolizada. Se puede hablar incluso de infradiagnóstico al catalogar a muchos niños como revoltosos, rebeldes, incorregibles o despistados (Villero, Abellán, Parra, y Jiménez, 2010).

EL TDAH se presenta en la mayoría de los casos con otros trastornos comórbidos, hasta un 70% de estos niños padecen otros trastornos asociados como pueden ser, por ejemplo: alteraciones del lenguaje, dificultad para el aprendizaje, trastorno de ansiedad y del ánimo, trastornos negativista desafiante y de conducta y tics. Por todo ello, una persona con TDAH tiene 6 veces más probabilidades de padecer otro trastorno psiquiátrico asociado, empeorando de este modo tanto el diagnóstico como su evolución, así como la respuesta al tratamiento (Artigas, 2003; Kessler, 2004).

La actuación de enfermería resulta muy importante, destacando la valoración y diagnóstico, lo que permite colaborar en la detección precoz e intervenir en el seguimiento de dicha patología. Destacar la Cartera de Servicios de atención primaria de las Comunidades Autónomas que contemplan revisiones periódicas de todos los niños y adolescentes dentro del programa de atención al niño sano (Soutullo, 2004).

El objetivo de este estudio es establecer pautas por parte de los profesionales de enfermería para el abordaje de niños con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en el ámbito escolar y familiar.

Metodología

Se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Dialnet, Cochrane y Scielo, con el fin de dar a conocer el abordaje que enfermería realiza con niños que padecen TDAH estableciendo unas nociones básicas y su colaboración con padres y profesorado para establecer un enfoque común respecto a este trastorno infantil.

Los descriptores utilizados fueron: Enfermería, Familia, Niño, Salud Escolar y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Los criterios de inclusión fueron:

- Trabajos publicados con posterioridad al año 2000.
- En castellano y en inglés.
- Utilizar artículos completos y gratuitos.
- Escoger artículos y manuales que hicieran referencia al objetivo de nuestro estudio.

Se excluyeron aquellos artículos que no estaban relacionados con nuestro estudio y a los que no se podían acceder de manera completa.

Se ha efectuado una lectura crítica de la información encontrada y se ha analizado correctamente para su posterior uso en esta revisión.

Resultados

La CIE 10 define el TDAH como un conjunto de trastornos de comienzo precoz, donde se combinan patrones de hiperactividad con falta de atención, presentándose de forma persistente y variada en el tiempo. (CIE 10).

A partir de los 5 años, coincidiendo con la escolarización, comienza a manifestarse una marcada hiperactividad, por ello es muy importante la observación directa del niño y la anamnesis a padres y profesores para diagnosticar TDAH (Lora, y Díaz, 2011).

De acuerdo a las diferentes etapas del desarrollo del niño, el TDAH se manifiesta con diferentes signos y síntomas:

- Edad infantil (1-3 años): cambios en el temperamento y adaptación social e interacción limitada del niño con los padres.

- Preescolares (3-6 años): menor intensidad y duración en el juego, inquietud motora, desarrollo de déficits, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social.

- Primaria (6-13 años): distracción con facilidad, inquietud motora, conducta impulsiva y perturbadora, problemas e implicaciones asociados (trastornos específicos de aprendizaje, repetición de cursos, comportamiento agresivo sin justificación, baja autoestima, rechazo por sus compañeros derivado de lo anterior, relaciones familiares alteradas como incomunicación con los padres o violencia física y verbal).

- Adolescentes (13-17 años): dificultad para planear y organizarse, déficit de atención persistente, reducción de la inquietud motora, problemas asociados (conducta agresiva, violenta, antisocial y delictiva, problemas con las drogas especialmente con el alcohol, problemas para desarrollar una personalidad emocional acorde a su edad, y sufren mayor cantidad de accidentes de todo tipo que una persona sana).

- Adultos (18 años en adelante): síntomas residuales y problemas asociados (se añaden otros trastornos mentales, conducta antisocial y delictiva, fracaso en desarrollo académico y profesional)

Los profesionales de enfermería desarrollan un papel fundamental en la educación sanitaria, con respecto a los conocimientos, actitudes y procedimientos que deben llevar a cabo los padres y el entorno más cercano al niño (Gutiérrez, González, Ruiz y Álvarez, 2008).

Enfermería debe dar a conocer las características más importantes que definen el TDAH tanto a padres como a profesorado, enseñándoles actitudes y procesos pautados. A su vez, el colegio debe realizar una valoración pedagógica que determine las necesidades académicas del niño y un plan de intervención escolar personalizado. Por todo ello es muy importante la colaboración entre familia y colegio, así como el intercambio de información y experiencias (Tabla 2).

Tabla 2. Actividades Enfermería.

ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN:
Dirigidas a padres y/o cuidadores
Deben incluir: información sobre el TDAH, Psicoeducación a padres, utilizar manuales o guías
Participación en Psicoterapia grupal
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:
Educación sanitaria grupal
Participación en el ámbito escolar
Formación e investigación en TDAH
Fuente: Villero, Abellán Maeso, Parra y Jiménez, 2010

Tabla 3. Estrategias o Normas para padres.

Aceptar que el niño padece un trastorno de carácter crónico, pero que con esfuerzo y cariño puede mejorar y llevar una vida con normalidad
Entender cómo piensa un niño con TDAH: excesivo interés por el presente, demasiada impulsividad que ocasiona diferentes problemas
Confianza en los profesionales de la salud respecto al abordaje y tratamiento
Son niños que necesitan mucha atención
Mejore su autoestima mediante mensajes positivos (no comparar con otros niños)
Emplear el refuerzo positivo, marcar retos sencillos
Ponga normas claras, concisas y de introducción paulatina
Mantener rutina y orden familiar
Mantenerse firme ante conductas que pretendan llamar la atención
Recuerde que usted es un ejemplo para su hijo
Busque la implicación del profesorado
Fuente: García, 2009

Una vez que se ha diagnosticado TDAH en el niño, enfermería debe elaborar estrategias tanto para padres como para el profesorado (Tabla 3 y 4) para ayudar al niño a desenvolverse con mayor efectividad.

Tabla 4. Estrategias o Normas para el profesorado

Dar instrucciones cortas, de una en una y de forma concreta
Mantener el contacto ocular
Dar explicaciones motivadoras, dinámicas y estructuradas
Tareas de calidad frente a cantidad
La estructura de los exámenes conviene que sea distinta y darles algo más de tiempo
Animarle a utilizar agendas donde apunte todo de forma sistemática y supervisarla
Evitar estímulos distractores durante el tiempo de estudio
Fomentar el uso de esquemas y resúmenes
Estrategias efectivas para corregir el comportamiento: refuerzo positivo, extinción, tiempo fuera y establecer normas y límites claros
Fuente: García, 2009

Discusión/Conclusiones

El TDAH es un trastorno de la infancia que se caracteriza por una elevada prevalencia y comorbilidad, donde el abordaje diagnóstico y el tratamiento deben ser multidisciplinar. Se trata de un importante problema de salud en la infancia por su alta prevalencia, por el desconocimiento de padres y profesores sobre este trastorno que repercute en un correcto tratamiento y por su etiopatogenia.

El colegio es un entorno ideal para detectar el trastorno y esencial para su manejo. Por ello es fundamental que los profesores reciban información y formación sobre el trastorno, para que estén alerta para la detección ante los posibles signos y síntomas y que sepan cómo atender a las necesidades de sus alumnos, para mejorar el rendimiento en el aula y favorecer un entorno apropiado para el aprendizaje.

Enfermería tiene un papel muy importante, ya que colabora con pediatría, profesorado y padres en el diagnóstico precoz de este trastorno, en el seguimiento del paciente y en su tratamiento. Las herramientas educativas que los profesionales de enfermería ofrecen a padres y profesores mediante la implantación de actividades dirigidas es clave para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Por ello es necesario que enfermería tenga los conocimientos adecuados con el fin de que su labor con niños que padecen TDAH (valoración, detección precoz e intervenciones con el niño, padres y profesores) sea lo más rigurosa posible y prestar una atención de calidad.

Es necesario desarrollar protocolos de actuación ante el TDAH tanto en centros de salud como en colegios, así como una adecuada coordinación y colaboración entre enfermeros, pediatras, padres y profesores para conseguir un diagnóstico precoz y así disminuir los trastornos comórbidos y conseguir una mejora en la calidad de vida.

Referencias

- Alcolea, L.M., Martínez, A.C., González, F.A., Barceló, M.N., Parra, P.Y., Diez, G.S. (2001). Intervención enfermera para niños con TDAH. Monográficos de investigación en salud. Murcia. *Revista Paraninfo Digital*. (11).
- American Psychiatric Association. *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5*.
- Artigas-Pallares, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 36(Supl 1): S68-S78.
- Barkley JL. (2001). Síndrome de atención e hiperactividad infantil. *Revista Rol de Enfermería*: 24(1): 11-14.
- Barragán-Pérez E, Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, et al. (2007). Primer Consenso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*; 64: 326-43
- Berdonces JL. (2001). Síndrome de déficit de atención e hiperactividad infantil. *Revista Rol de enfermería*. 24(1): 11-14.

Catalá-lópez et al. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Biomed Central Psychiatry*. 12:168.

Díaz, A.J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*. 6(1):44-55.

Fernández, J.A., Calleja, P.B. (2004). Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar. *Revista digital de educación física*. 32(6): 53-65

García, M.D., Prieto, L.M., Santos, B.J., Monzón, C.L., Hernández, F.A., San Feliciano, M.L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*. Barcelona. 69(3): 244-50.

García, V.R. (2012). Actuación de la enfermera de atención primaria en la detección precoz del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). *Reduca*. 4(2): 547-65.

García, V.R., García, S.S, García, R.P. (2009). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista Rol de Enfermería*. 32(9): 614-20.

Granero, R., Ezpeleta, L., Domenech, J.M., de la Osa. N. (2008). What single reports from children and parents aggregate to attention deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies. *European Child y Adolescent Psychiatry*. 17(6):352-64.

Gutiérrez, L.V., González, J.E., Ruiz, P.M., Álvarez, F.J. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños: intervención de enfermería. *Revista Parainfo Digital*, 4.

Kessler, R.C. et al. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative versión of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 13(2):93-121.

Lora, E.A., Díaz, M.J. (2011). Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 20(Supl):115-26.

Piedrahita, L.E., Henao, C.A., Burgos, P.A. (2011). Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Global*. España. 10(23): 140-146.

Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., García. C.N. (2011). Aspectos evolutivos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socio-académico y a la comorbilidad. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 22:101-8.

Rodríguez, P.J. et al, Conocimiento de la población general sobre el TDAH presentado en 62º Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP), 2013.

Sarason, I.G., Sarason, B.R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, 11ª edición. Madrid: Pearson, Prentice Hall.

Soutullo, E.C. (2004). Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Madrid; *Médica Panamericana*; 2004.

Villero, L.S., Abellán, M.C., Parra, M.C., Jiménez, A.M. (2010). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDAH en niños y adolescentes para profesionales.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

CAPÍTULO 10

Dificultades en la adherencia al tratamiento en diabetes infantil

Sonia Salas Frías *, Cristina Cazorla Luque* y María de las Mercedes Hidalgo Collazos**
**Diplomada en Enfermería (España), **Clínica de cirugía estética Lorenzo Alarcón (España)*

Introducción

Este estudio se va a centrar en determinar cuáles van a ser las dificultades que tiene un paciente con diabetes mellitus tipo I, a la hora de adhesión al tratamiento, en este caso nos centraremos en la época de la infancia y primera adolescencia que es el periodo donde comienza a despuntar la enfermedad. Si hablamos de DM, diremos que es una patología crónica, que se deja ver cuando el páncreas no produce la suficiente insulina o no es utilizada de forma correcta por el organismo, esta hormona es esencial para regular el nivel de azúcar en sangre, si no se controla se produce hiperglucemia, si esta hormona no se regula de forma adecuada a lo largo de la vida producirá daños irreparables en el organismo, sobre todo en vasos sanguíneos y nervios (OMS, 2016). En este caso nos centraremos en la DMT 1 ya que es la que aparece en la infancia o juventud y es la llamada insulino dependiente, ya que la producción de la hormona es deficiente debido a la destrucción de las células betas del páncreas sus productoras y es necesario administrarla diariamente según las necesidades individuales del paciente (OMS, 1999).

La diabetes infantil ha aumentado considerablemente en los últimos años debido a los malos hábitos en la alimentación y el sedentarismo cada día más extendido entre nuestros infantes (Morales, Barquero, y Pérez 2000). La diabetes infantil (DMT 1) supone entre el 10%-15% según estudios epidemiológicos del total de la diabetes (Escribano, Martos, Calvo, Gutiérrez y Rosique, 2013) y se ha determinado que es la segunda enfermedad crónica más usual en la población infantil, aumentando cada año, (Fuentes et al., 2013). En España según estudios epidemiológicos de revisión se expone que la prevalencia de diabetes mellitus en menores de 15 años es de 17.69 casos /100.000 habitantes por año, es un instrumento útil para determinar anualmente y de forma progresiva si hay un aumento o no de los casos, para poder valorar si se está realizando o no una buena labor en la educación para la salud (Conde, et al., 2014).

La diabetes mellitus se puede llegar a considerar como una enfermedad social, no solo por su prevalencia, sino por su elevado coste tanto económico como a nivel psicológico y social, ya que afecta a estos tres pilares básicos de la comunidad (Martínez, et al., 2002). El padecimiento de esta patología tiene un impacto considerable en el estilo de vida del niño, ya que afecta a nivel psicológico incidiendo negativamente en el autoconcepto de sí mismo o en la autoestima (Bilbao-Cercos, et al., 2014) en algunos estudios se ha podido comprobar que un paciente con DMT 1 que tiene un adecuado autoconcepto de sí mismo, podrá afrontar de forma eficiente la dificultades, que sin ninguna duda se encontrará al padecer esta enfermedad (MSSSI, 2012).

El padecimiento de una enfermedad crea una situación de sobrecarga y estrés, siendo los aspectos psicológicos los más afectados, aunque no se quiera produce cambios en la personalidad del enfermo y de la familia que lo rodea (García, Sanz, y Tazón, 2009) en este caso la mayor responsabilidad recae sobre los padres o cuidadores, ya que los niños de menor edad no son autosuficientes para poder hacer frente a su enfermedad, supone una gran carga y podemos decir que es una enfermedad compartida, aunque los padres no la padezcan , según algunos estudios se siente como si la padeciesen (Zúñiga, Infunza, Ovalle, y Ventura, 2009).

Otro problema añadido, según se expone en algunos estudios es que el trabajo de adiestrar y cuidar al niño que padece DMT 1 recae sobre una persona o cuidador principal que suele ser la madre en la

mayoría de los casos, esta situación también supone un añadido para aumentar el estrés, sobrecargando social y emocionalmente a la persona encargada del paciente (Whittemore, Jaser, Chao, y Grey ,2012).

Esta enfermedad produce un gran estrés psicológico y ansiedad, ya que son los padres los encargados del manejo de la enfermedad y de inculcar la adherencia al tratamiento sobre su hijo enfermo, por lo que en muchas ocasiones se malogra la propia salud del cuidador, tanto física como psicológica, pudiendo llegar a padecer síndrome del cuidador, (López et. al, 2009). Otra fuente de estrés que se produce en el núcleo familiar es las repetidas hospitalizaciones sobre todo si son de los hijos, esto desajusta toda la rutina familiar (Días, Collet, y Gomes, 2010).

El abordaje terapéutico de este trastorno, demanda una continuidad en el tratamiento siendo necesario mantener estructurados y reglados todos los hábitos y rutinas que aseguren la adherencia al tratamiento (Stallwood, 2005). Es esencial poseer un buen conocimiento *diabetológico* para poder afrontar la enfermedad y sobre todo para los cuidadores de los niños que padecen la enfermedad ya que son ellos los que se van a encargar de proporcionar el tratamiento, dependerán de cómo afronte la situación, como sea su capacidad de adaptación y asimilación psicológica, habilidades, incluyendo las propias características personales del cuidador, para obtener una adecuada adherencia al tratamiento del propio cuidador ya que va a ser el principal agente de salud (Arenas, Muela y García, 2007). Dentro del tratamiento de la DMT 1 no nos podemos olvidar de la alimentación y ejercicio que son pilares básicos para un adecuado equilibrio.

Objetivos

Determinar qué aspectos favorecen o dificultan la adherencia al tratamiento en la diabetes infantil, desde la visión del cuidador o progenitor.

Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, de ciencias de la salud, médicas y de enfermería como son: Scielo España y Pagina Web OMS, Medline, Dialnet, Cochrane Plus, Medlineplus, Medes, Biblioteca Virtual en salud España, IBECS, así como paginas de asociaciones y fundaciones de la diabetes. Los descriptores seleccionados para la búsqueda de información fueron los siguientes: “diabetes infantil”, “adherencia al tratamiento en diabetes “y “padres ante la diabetes”. La búsqueda se realizo entre agosto y octubre de 2016, los contenidos a analizar fueron extraídos de revistas científicas , libros, páginas web de carácter científico sanitario y manuales de asociaciones de diabetes. El periodo temporal de los artículos utilizados es de 1999 hasta 2016 de los que se realizo una selección de los artículos primero poniendo la atención en el resumen para una primera criba y posteriormente una lectura completa analizando y excluyendo o no según sus evidencias se adecuases o no a las necesidades de la revisión en cuestión. Después de todo el filtrado el volumen resultante de trabajos incluidos es de 23 trabajos.

Resultados

Se ha analizado diversos estudios sobre la adherencia al tratamiento desde una perspectiva del conocimiento de la enfermedad y de las manifestaciones psicológicas que produce esta enfermedad en el núcleo familiar y dificulta su tratamiento.

En un estudio sobre el nivel de conocimiento participaron 60 cuidadores principales encargados de niños con DMT 1, se evaluó, las estrategias de afrontamiento, nivel educativo, ayuda social, autoeficacia, neuroticismo, optimismo y adherencia objetiva de los pacientes por la determinación de hemoglobina glicosilada, que será la variable que determinara una buena adherencia al tratamiento o no , ya que niveles superiores al 7% indica un control deficiente de la glucemia en el tiempo y por consiguiente una deficiente adherencia al tratamiento. En el estudio el 85,2% de los cuidadores eran mujeres, el 1.6% eran

los padres y 13.2% era indistinta padres y madres. En los resultados se puede observar que un nivel bajo de conocimientos sobre la enfermedad en los padres desencadena un peor control de los niveles de hemoglobina glicosilada, con niveles superiores al 7%. Los padres que tienen un nivel bajo de neuroticismo y optimismo, se relacionan con peor control de la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Pero en contra posición, tenemos el grupo de padres que manejan de forma exitosa las estrategias de afrontamiento ante un problema derivado de la patología, y sus vástagos tienen muy controlados los niveles de HbA1c a lo largo del tiempo. Los cuidadores que tienden a sentirse culpables o tienen una actitud negativa ante la enfermedad y se sienten desmotivados, obtienen valores de HbA1c más elevados en sus hijos, que los hijos de padres con una actitud positiva y motivados ante el tratamiento de la enfermedad. También se obtienen mejores resultados de HbA1c en niños que han sido adiestrados por padres con un estilo educativo democrático que los padres con un estilo educativo negligente, los estilos autoritarios y permisivos son más conservadores con peores resultados que el estilo democrático pero mejor que el negligente que obtiene HbA1c muy elevada (Arenas, Muela y García, 2007).

En el estudio de otra investigación, se puede destacar la adherencia al tratamiento según la conducta del cuidador o padre, centrándose en el estudio del autocuidado del niño con respecto a diferentes aspectos de su vida diaria, como: autocuidado en la dieta, autocuidado en la prueba de glucemia, autocuidado con el ejercicio físico, autocuidado sobre administración de insulina y autocuidado con la integridad de la piel. En este estudio de 25 niños y niñas, de 8-11 años, se ha demostrado que, cumplen en un gran porcentaje de las actividades relacionadas con su autocuidado de forma satisfactoria, cuando el adiestramiento sanitario parte de un progenitor que prodiga la comunicación afectiva, posibilitando de esta forma una mayor adhesión al tratamiento por parte del niño (Anderson, 2004), también una supervisión de las tareas aprendidas sobre el manejo de la diabetes, así como el establecimiento de rutinas y reglas de forma natural evitando un alto grado de rigidez y autoridad, y sobre todo una comunicación afectiva aumentaran la adherencia al tratamiento (Novoa, Morales, Domínguez, y Vargas, 2008).

Este estudio nos ofrece información sobre la prevalencia de trastornos psicológicos parentales en el manejo del día a día de la enfermedad de sus hijos, se habla que un grupo de padres se adapta bien en el manejo de la enfermedad, un 20%-30% manifiestan malestar importante, concretamente hablamos de estrés y ansiedad ante el manejo de la enfermedad, también cabe destacar que las madres mostraban más alteraciones psicológicas que los padres, eran más susceptibles (Whittemore, Jaser, Chao, Jang, y Grey, 2012).

En otra investigación sobre 84 casos diferentes en el que se comparaban un grupo de personas cuidadores y no cuidadores de niños con diabetes, en el que se observaban diferentes variables que se encontraban dentro de la psicología y salud física o fisiológica. Los resultados que ofrece dicho estudio, muestran que los cuidadores manifiestan de forma significativa más deterioro en su salud física y mental, ya que se encuentran más deprimidos, estresados, se sienten más débiles (Seguí, Ortiz y Diego, 2008). Pero la afección más prevalente entre el grupo de cuidadores es la ansiedad, siendo una de las principales causas que producen una inadecuada adaptación y adherencia al tratamiento, inestabilidad en el núcleo familiar, niveles inadecuados de glucemia en el niño, así como aumento de trastornos derivados de la patología (Whittemore, 2012 ;Seguí, Ortiz, y Diego, 2008).

Según otro trabajo, la ansiedad en la mayoría de los casos viene unida a un estado de preocupación desproporcionada, que conlleva a que el cuidador sienta un mal estar físico y psicológico, deteriora la unidad familiar y social, desatando en algunos casos menoscaba laboral, todo esto provoca que la persona al estar estresada se sienta incapaz y desmotivada, disminuyendo la capacidad de adherencia al tratamiento de la DM1 y la deficiencia del manejo correcto de la enfermedad por la familia (Ferrer, 2010).

Si hablamos de los recursos, el nivel intelectual y nivel económico pueden promover la función de preservación, es más sencillo el acceso a los recursos y en el caso de tener un mejor nivel educativo, es

más fácil un mayor discernimiento de la enfermedad, el tratamiento y los efectos derivados de la misma (Whittemore, Jaser, Chao, Jang, y Grey, 2012). La clave para la obtención de unos buenos resultados es el conocimiento sobre la enfermedad y la capacidad de afrontar de forma positiva cualquier situación derivada de la misma.

Discusión/Conclusiones

No dudamos que el conocimiento de la enfermedad es esencial para manejar el día a día del niño diabético ya que un padre con un alto conocimiento de la enfermedad es capaz de tener una mayor adherencia al tratamiento, evitar situaciones de peligro y actuar de forma eficiente ante una complicación (Whittemore, Jaser, Chao, Jang, y Grey, 2012). Controlar la diabetes en una edad temprana, previene la aparición de patologías derivadas de la misma en una edad adulta, como pueden ser los problemas en la macro y microcirculación, o por lo menos retrasar su aparición, esto supone una mejora en la calidad de vida de un adulto diabético (Arenas, Muela, y García, 2007).

Al adentrarse en el cuidado de este trastorno metabólico, es esencial una continuidad, organización de rutinas y un férreo equilibrio en los hábitos alimenticios, ejercicio físico y la adecuada administración de insulina tanto en la cantidad específica como el modo de administración (Anderson, 2004; Arenas, Muela y García, 2007). La conducta del cuidador como agente terapéutico es esencial para una adecuada adherencia al tratamiento, ya que un padre con actitud positiva ante la enfermedad, un adecuado conocimiento diabético y una adecuada comunicación afectiva, tendrá más éxito que un padre que no comulgue con esta visión (Novoa, Morales, Domínguez, y Vargas, 2008).

Se debe hacer un gran ejercicio de empatía para poder describir la angustia de las familias que tienen un hijo con DMT 1, una patología crónica susceptible de empeorar o no según sea tu capacidad de adherencia al tratamiento, siendo de extrema importancia la capacidad resolutoria y de afrontamiento ante el estrés, para poder manejar las situaciones derivadas de la enfermedad de forma satisfactoria, en este punto entra el quipo sanitario, enfermera, psicólogos, médicos..., para trabajar de forma conjunta en la realización de programas educativos eficaces que resuelvan los problemas que dificultan la adherencia al tratamiento, debería ser un objetivo primordial para conseguir la mejor calidad de vida del niño diabético, de su familia y su entorno social.

Referencias

- Anderson, B. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum*, 17, 22-27.
- Arenas, C., Muela, J. y García, A. (2007). Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Index de Enfermería*, 16, 1132-1296.
- Beveridge, M., Berg, A., Wiebe, J., y Palmer, L. (2006). Mother and Adolescent Representations of Illness Ownership and Stressful Events Surrounding Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 818-827.
- Bilbao, A., Beniel, D., Pérez-Marín, M., Montoya, I., Alcón, J., y Prado, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátrico. *Revista Clínica y Salud*, 25(1), 57-65
- Conde, M., Rodríguez, G., Bueno, J., López, B., González, M., Rodrigo., y Compés, D. (2014). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. *An Pediatr*, 81,189-202.
- Días, D., Collet, N., y Gomes, A. (2010). Hospitalización infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 300-306.
- Escribano, M., Martos, D., Calvo, A., Gutiérrez, D., y Rosique, L. (2013). Diabetes tipo 1, revisión de 10 años de debates en un hospital terciario (2003-2012). Incidencia en nuestras áreas de referencia. *Endocrinol Pediatr*, 4,176-177.
- Ferrer-Pérez, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería Integral*, 89, 58-60.
- Fuentes, J., Arroyo, A., Rodríguez, J., González de Buitrago, G., Carlone, A., y García, A. (2013). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en la provincia de Cáceres entre 1996 y 2011 análisis de las enfermedades autoinmunes asociadas. *Av Diabetol*, 29, 2-3.

García, A., Pérez, M., Montoya-Castilla, I. y Prado, V. (2014). Ansiedad en cuidadores principales de niños con diabetes mellitus tipo I. *Calidad de vida y salud*, 7(2), 42-53.

García, J., Sanz-Carrillo, C., y Tazón, P. (2009). La adaptación y el afrontamiento a la enfermedad. En M. Mompert (Ed.), *Relación y comunicación* (2ª ed, pp. 187-189). Madrid: DAE.

Junta de Andalucía, Consejería de Salud. (2013). *II Plan integral de diabetes de Andalucía (2009-2013)*. Sevilla: AG MORENO.

López, M., Orueta, M., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-334.

Martínez-Chamorro, M. J., Lastra-Martínez, I., y Luzuriaga-Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescente con diabetes mellitus. *Bolpediatric*, 42(180), 114-119.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus tipo 1*. Madrid: OSTEBA.

Morales, F., Barquero, J., y Pérez, M. (2000). Incidence of type 1 diabetes among children and young adults (0-29 years) in the province of Badajoz. *Acta Pediatrics*, 89, 101-104.

Novoa, M., Morales, A., Osorio, A., y Vargas, R. (2008). Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil. *Revista colombiana de psicología*, 17, 27-41.

Organización Mundial de la Salud. 1999. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. 2016. Informe mundial sobre diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.

Seguí, J., Ortiz-Tallo, M., y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología*, 1(24), 100-105.

Stallwood, L. (2005). Influence of caregiver stress and coping on glycemic control of young children with diabetes. *J Pediatric Health*, 19, 293-300.

Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., y Grey, M. (2012). Psychological Experience of Parents of Children with Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(4), 562-579

Zúñiga, F., Infunza, C., Ovalle, C., y Ventura, T. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(5), 467-474.

CAPÍTULO 11

Fibromialgia: importancia de un diagnóstico precoz, un reto para la enfermería

Clotilde Pérez Bernal, Manuela Pérez Bernal, y Beatriz García Giménez
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

La fibromialgia (FM), es una alteración crónica que se caracteriza por la presencia de dolor a la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas, afecta mayormente a la mujer de mediana edad, aunque existen casos aislados en ancianos y niños (Prada et al., 2011).

Es un dolor músculo-esquelético crónico, afecta a zonas tendinosas, musculares, articulares y pueden llevar asociados también otros trastornos: alteración del sueño, cefalea, tumefacción, parestesias y también trastornos a nivel psicológico como depresión o ansiedad (López et al., 2008; Rodríguez et al., 2010; Triviño et al., 2014). Hay diferentes hipótesis respecto a la fisiopatogenia, algunos autores defienden que los mecanismos disfuncionales serían periféricos (sistema nervioso periférico y alteraciones musculares) y otros casos creen que estaban localizados a nivel central (trastornos del ritmo del sueño, alteraciones neuroendocrinas, disfunción psíquica y alteración de los neurotransmisores del dolor). Gran parte de los autores creen que es multifactorial (Ballina et al., 1995)

En España, ronda los dos millones de afectados por fibromialgia, suele aparecer en mujeres y entre los 20-60 años. (López et al., 2008; Triviño et al., 2014).

La fibromialgia, es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 (ICD-10: código M 79.0) y es uno de los ejemplos y situaciones más representativas de dolor crónico en la población, y en el año 1999 se integró en la lista de síndromes somáticos funcionales. (OMS, 1992). La opinión de los profesionales sobre la fibromialgia no es unánime, va desde la aceptación como enfermedad hasta ser considerada un síndrome e incluso simulación o somatización por parte del paciente (Rojas et al., 2005).

La teoría más aceptada indica que se trata de un trastorno que ocasiona modulación de los mecanismos de dolor en el sistema nervioso central y por tanto produce hipersensibilidad dolorosa. (Rivera, et al., 2006) Se sigue sin identificar la causa y los mecanismos patogénicos que actúan en la fibromialgia (Merayo et al., 2006).

Teniendo en cuenta los diagnósticos de enfermería prevalentes en función de diagnósticos enfermeros NANDA, intervenciones de enfermería NIC Y objetivos NOC, el enfermero realizará un plan de actuación enfermera para que el paciente adquiera conocimientos, habilidades para que el paciente afronte y conozca su enfermedad (Iglesias et al., 2011).

Es muy importante una adecuada relación paciente- profesional. (Briones et al., 2013). Ciertos hábitos de vida deben modificarse ya que tiene al parecer un efecto positivo en la mejora de la sintomatología y calidad de vida. Hay algunas medidas que ejercen efecto positivo como: descanso y sueño, ejercicio, buenas relaciones familiares y sociales. (Pérez et al., 2015).

Objetivo.

Conocer la importancia del diagnóstico precoz y sus afectaciones así como las actuaciones de enfermería.

Metodología

Para esta revisión bibliográfica se llevó a cabo la búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, y Cochrane. También se utilizaron manuales de enfermería y revistas, como por ejemplo: "metas de

enfermería. Para las bases de datos se utilizaron términos como: nursing, fibromyalgia, chronic fatigue. Y en español se emplearon los términos: síntomas, enfermería, cuidados, fibromialgia, dolor crónico.

Como criterios de inclusión aquellos artículos en español y en inglés, con menos de quince años de su publicación y textos completos. Además se llevó a cabo una identificación de problemas utilizando los códigos de la NANDA.

Resultados

Un buen diagnóstico es primordial. No se conoce la causa de este padecimiento pero sí que hay factores de riesgo: El género femenino (afecta especialmente a la mujer), la existencia de antecedentes familiares (no es una enfermedad hereditaria pero el riesgo de padecerla es mayor cuando se tiene un familiar de primer grado), la presencia de dolor de forma crónica, estrés de la vida cotidiana es lo que hace que se agraven los síntomas y se haga una consulta médica, suele aparecer durante la edad media aunque no excluye a jóvenes y niños y es muy raro a partir de 75 años. El sedentarismo o falta de ejercicio también favorece su aparición.

Las hipótesis más aceptadas para intentar explicar la etiología de la fibromialgia son varias: Hay una teoría genética que creen que puede haber una anomalía genética.

También puede ser debido a cambios en los neurotransmisores ya que la serotonina es un importante modulador de la percepción del sueño, del dolor y del humor (Busklla et al., 2005).

La fibromialgia no tiene evidencia de inflamación, se caracteriza por un dolor músculo-esquelético en diferentes puntos que veremos más adelante.

Es característico: la mala tolerancia al esfuerzo muscular, dolores articulares, cansancio, alteraciones en el sueño, colon irritable, ansiedad, depresión, cefalea y estos síntomas pueden agravarse durante períodos de estrés.

Dolor crónico; siempre está presente, es uno de los síntomas más importantes y no se puede definir en un punto concreto (Macfarlane, et al., 1999).

La fatiga; sin una causa aparente, aparece la fatiga por la mañana y va mejorando a lo largo del día.

Alteraciones del sueño; sueño superficial, agitado, de corta duración, suele ser un sueño no reparador (Casanueva, et al., 2007).

Trastornos del humor; al menos la mitad de los pacientes diagnosticados tienen ansiedad o depresión. (Casanueva, et al., 2007)

Rigidez; más frecuente que afecte a las caderas, región lumbar y columna cervical.

Hinchazón; se quejan de sensación de hinchazón especialmente de las manos.

Síntomas neurológicos; como cefalea, síndrome de piernas inquietas.

Síntomas cardio-respiratorios; hipotensión, fenómeno de Raynaud.

Síntomas digestivos; disfagia, reflujo, meteorismo.

A la hora de un buen diagnóstico se sospecha por el dolor músculo-esquelético generalizado. Además de cefaleas, fatiga...; se fundamenta con la anamnesis, los criterios diagnósticos y la exploración física. La anamnesis es imprescindible para el diagnóstico siendo el síntoma clave el dolor (intensidad, localización...). La exploración física debe ser muy exhaustiva, la movilidad articulares completa, los pacientes con fibromialgia tienen un umbral del dolor patológicamente descendido.

En cuanto a los criterios diagnósticos tiene que haber dolor crónico de al menos tres meses de evolución y generalizado y además la presencia de al menos once de los dieciocho puntos de dolor exagerado a la palpación, la molestia no es considerada positiva.

Los puntos dolorosos son:

En el occipucio el dolor puede ser bilateral, y aparece en la inserción del músculo suboccipital, debajo de la prominencia occipital.

En el supraespinoso; el dolor puede ser bilateral y por encima de la escápula.

En el trapecio; el dolor puede ser bilateral y aparece en el punto medio del borde superior.

En el cervical inferior; puede ser bilateral y entre C5 y C7.

En el epicóndilo; puede ser el dolor bilateral, aparece a 2cm distantes de la eminencia epicondilea.

En el trocánter mayor; puede ser bilateral el dolor y aparece detrás de la prominencia trocanterea.

En la segunda costilla; puede ser bilateral el dolor, aparece en la segunda unión condrocostal.

En el glúteo; puede ser el dolor bilateral y aparece en el cuadrante superoexterno de las nalgas.

En las rodillas; puede ser bilateral, aparece en el paquete adiposo medial y proximal o la línea articular.

La fibromialgia se puede clasificar en: Fibromialgia relacionada con enfermedades crónicas: los pacientes diagnosticados son pacientes que tienen enfermedades crónicas las cuales cursan con dolor diario (reumáticas o autoinmunes). Fibromialgia idiopática: está caracterizada por una sensibilidad externa al dolor y que no está asociada a procesos psiquiátricos (Muller, et al., 2007). Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas: Se considera una expresión somática de un proceso psicopatológico subyacente. Fibromialgia simulada: aquí se engloban a un subgrupo de gente que simulan la enfermedad. Este perfil lo manifiestan pacientes con trastornos de personalidad.

Para su diagnóstico para valorar el dolor y la limitación de la movilidad de la columna, se necesita un estudio radiológico, en general el resultado es normal. Es fundamental tener instrumentos que permitan una valoración objetiva de la sintomatología para poder así elegir un tratamiento adecuado.

Cabe destacar que la fibromialgia ha sido diagnosticada solo en un 17%, el tratamiento de la fibromialgia resulta poco alentador para el enfermo y frustrante para el personal sanitario, las medidas que se toman es paliar los síntomas para intentar hacerles la vida un poco más fácil. (Contreras et al., 2005). De todas formas a un paciente se le debe ofrecer un tratamiento individualizado debido a la variedad de síntomas y el estado en que se encuentre, ya que no existe un tratamiento que produzca la curación definitiva de este proceso, va dirigido a mejorar y evitar una evolución negativa. Es sintomático, dirigido a disminuir el dolor, la fatiga, mejorar el sueño, el bienestar psicológico, el mantenimiento de la funcionalidad y el incremento de las habilidades para afrontar la enfermedad.

Consta de: información a los pacientes, tratamiento farmacológico, tratamiento rehabilitador físico y tratamiento psicológico. El personal sanitario tiene que dedicar el tiempo necesario para la información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, ya que esto desempeña un papel muy importante en las enfermedades crónicas. El tratamiento farmacológico mejoran parcialmente los síntomas, entre ellos se encuentran: miorelajantes, antiinflamatorios, antidepressivos, analgésicos, hipnóticos. Tan importante en el tratamiento farmacológico como el no farmacológico, el cual consiste en educar al paciente e informarles sobre su enfermedad alentándolo a que haga ejercicio dentro de sus limitaciones, aquí encontraríamos el tratamiento psicológico del dolor crónico para mejorar el comportamiento y así mejorar la condición para realizar las actividades de la vida diaria.

El tratamiento rehabilitador físico, el ejercicio físico es uno de las mejores alternativas, aunque también un exceso del mismo puede repercutir negativamente. Una de las mejores alternativas, es el ejercicio aeróbico (bicicleta, andar, natación), seguidos de programas mixtos que combinen los ejercicios aeróbicos con ejercicios de fortalecimiento.

Es muy importante la adhesión a largo plazo y la tolerancia para eso se deben seguir unas recomendaciones: el ejercicio debe ser agradable y simple de tal forma que el paciente lo pueda incorporar fácilmente a su rutina, la cantidad y la intensidad será determinada en función del paciente, deben saber que pueden sufrir un aumento del dolor y la fatiga a corto plazo pero que con el ejercicio esto se puede revertir, realizar prácticas en grupo pueden aumentar la motivación. En cuanto a la terapia cognitivo conductual engloba un conjunto de técnicas (relajación, reestructuración cognitiva, relajación, etc...).

Es importante resaltar que el papel de enfermería en esta patología, en la cual se debe trabajar aparte de con el paciente también con la familia y con el entorno clave del paciente, todos deben saber cómo

evoluciona la enfermedad, sus síntomas y posibles consecuencias en su vida cotidiana. Enfermería tiene el objetivo de promover la adaptación del paciente a su condición y de mejorar su calidad de vida.

Debido a que es una enfermedad que poco a poco se está haciendo hueco en nuestra sociedad y cada vez hay una mayor sensibilización, se ha hecho un Plan de Cuidados Estandarizados. Está dirigido a profesionales sanitarios para que puedan asesorar a pacientes y ayudarles. Los diagnósticos más prevalentes en la fibromialgia son: insomnio, dolor crónico, fatiga, ansiedad, baja autoestima, afrontamiento inefectivo, deterioro de la adaptación. Vamos a desarrollar el diagnóstico más importante de la fibromialgia con sus objetivos e intervenciones de enfermería. Según patrones de Marjory Gordon.

Diagnóstico NANDA: Dolor crónico relacionado con incapacidad física o psicosocial crónica.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable, inicio súbito o lento con intensidad de leve a grave, una duración superior a seis meses.

Características definitorias: Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas. Factores relacionados: incapacidad física crónica, incapacidad psicosocial crónica. NOC- Control del dolor (1605): Acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores: Reconoce el comienzo del dolor (160502). Utiliza medidas preventivas (160503). Utiliza medidas de alivio no analgésicos (160504). Utiliza los analgésicos de forma apropiada (160505). Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor (160513). Utiliza los recursos disponibles (160508). Reconoce síntomas asociados del dolor (160509). Refiere dolor controlado (160511).

NOC- Dolor. Efectos nocivos (2101): Gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario.

Indicadores: Relaciones personales alteradas (210101). Trabajo comprometido (210105). Disfrute de la vida comprometido (21016). Concentración alterada (210108). Estado de ánimo alterado (210110). Trastorno del sueño (210112). Movilidad física alterada (210113). Higiene personal alterada (210114). Evacuación alterada (210117).

NOC- Nivel de comodidad (2100). Alcance de la percepción positiva del control físico.

Indicadores: Bienestar físico (210001). Control del síntoma (210002). Control del dolor (210008).

NIC- Fomento del ejercicio (0200). Favorecer al paciente la práctica del ejercicio para la regulación del dolor.

Actividades; Informar al paciente acerca de los beneficios y los efectos psicológicos del ejercicio.

-Enseñar al paciente técnicas de relajación adecuadas.

-Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.

-Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad de los ejercicios a realizar.

-Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado.

-Registrar las actividades.

NIC- Manejo del dolor (1400): Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia aceptable para el paciente.

Actividades; Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos adecuados.

-Realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya localización, características.

-Identificar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.

-Ayudar al paciente y familia y dar apoyo.

-Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

-Enseñar el uso de técnicas farmacológicas y no farmacológicas.

-Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor.

NIC- Administración de analgésicos (2210): Uso de agentes farmacológicos para aliviar o reducir el dolor.

Actividades; Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de dolor.

-Comprobar órdenes médicas y el historial de alergias.

-Elegir el analgésico o combinación de ellos adecuadamente.

-Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios.

NIC- Terapia de relajación simple (6040): Uso de técnicas para favorecer la relajación para disminuir dolor, ansiedad o tensión muscular.

Actividades; Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda y con los ojos cerrados.

-Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar.

-Explicar los beneficios de la relajación y tipos disponibles (meditación, terapia musical...).

-Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, luces suaves, temperatura agradable.

Discusión/Conclusiones

La fibromialgia es una patología que necesita un equipo multidisciplinar para su diagnóstico y para su tratamiento, además cada paciente tiene una manifestación única por lo que debe ser individualizada (Wolfe, et al., 2010)

El personal sanitario de atención primaria deben de estar actualizados y tener conocimiento sobre la enfermedad ya que son el primer eslabón.

Es una enfermedad con mucha repercusión socio-sanitaria aunque aún es poco conocida. No existe un tratamiento estándar, pero el fin es abordar el dolor y evitar la rigidez mediante ejercicio por parte del paciente (Alegre de Miquel, et al., 2010)

La etiología sigue siendo de origen desconocida, se puede destacar la predisposición genética a la hora de padecerla. Para poder diagnosticar la fibromialgia es necesario un dolor generalizado durante al menos tres meses, es el síntoma principal, se convierte en crónico.

El paciente con fibromialgia es un paciente incomprendido debido a la falta de pruebas para verificar su enfermedad y dificultad para explicar su estado. Se asocia a trastornos emocionales, tendiendo a culpabilizarse a sí mismos o a los demás. Es imprescindible una buena calidad de relación enfermera-paciente, aumento del tiempo de la consulta de enfermería, una mayor adecuación de las necesidades físicas y/o psíquicas para el afrontamiento y adaptación.

Es de suma importancia también que los profesionales de enfermería tengan una buena formación y que sean un gran punto de apoyo a la familia y a su entorno social. Enfermería debe realizar un seguimiento de los pacientes y valorar la adhesión de los conocimientos, resolver dudas y poner en práctica metas una vez conseguidas las anteriores (Triviño, et al., 2014)

A pesar de haber sido la fibromialgia reconocida por la Organización Mundial de la Salud y estar tipificada, existen un gran número de pacientes que no están diagnosticados a pesar de cumplir los criterios diagnósticos. Hay mucha reticencia por parte de los profesionales a aceptar dicha enfermedad, y alegan los síntomas que refieren estos pacientes como creados por el propio paciente, subjetivos y sin ninguna causa fisiológica. La fibromialgia no influye ni disminuye la esperanza de vida, pero conlleva un impacto en la calidad de vida del paciente.

Referencias

Alegre de Miquel, C., García Campayo, J., Tomas Flores, M., Blanco Tarrío, E., Gobbo Montoya, M., Pérez Martín, A., Martínez Salío, A., Vidal Fuentes, J., Altarriba Albertch, E., Gómez de la Cámara, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas españolas de psiquiatría*, 38 (2), 108-120.

Ballina García F.J., Martín Las cuevas P, Iglesias García A, Hernández Mejía R, Cueto Espinar, A. (1995) La fibromialgia. Revisión clínica. *Rev Clin Esp*; 195,326-31.

Briones Vozmediano E., Vives Cases C., Ronda Pérez E. y Gil Gonzalez D. (2013). Patients` and professionals` View son managing fibromialgia. Pain Research y Management. *The Journal of the Canadian Pain Society*. 18(1), 19-24.

Busklla D, Neumann L. Genetic s of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2005; 9(5); 313-315

Casanueva Fernández, B. (2007). *Tratado de fibromialgia*. [s.l.]: Cantabria Imagen.

Contreras, N.A. y Tamayo, R.V. (2005). Fibromialgia. Aspectos clínicos-prácticos del diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sur*, 12(2), 93-98.

Cordero M.D., Alcocer- Gómez E, Cano-García F.J., De Miguel M., Sánchez-Alcazar J.A, Moreno-Fernández A.M. (2010) Bajos valores de la serotonina en suero se correlacionan con la gravedad de los síntomas de la fibromialgia. *Med Clln (barc)*; 135(14), 644-646.

Cruz, A. C. (1990). ¿ qué es la fibromialgia?. *Arthritis Rheum*, 33, 160-172.

Iglesias Arrabal C., Neira-Reina F., del Pino Algarrada J., Elorza Guisasola J., Redón Acosta A. y Gómez Rodríguez F. (2011). Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado. Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(4), 241-248.

López Espino, y Mingote Adán J.C. (2008) Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19 (3), 343-358.

Macfarlane G.J. (1999). Generalized pain, fibromyalgia and regional pain: an epidemiological view. *Best Pract Res Clln Rheumatol* 13(3): 403-414.

Medrano, J. C. R., y Rojas, J. G. (2011). Fibromialgia, ¿ Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería?. *Investigación y educación en enfermería*, 29(2), 305-314.

Merayo L.A., Cano F.J, Rodríguez L, Ariza R, Navarro F(2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en Fibromialgia *Reumatol Clin*; 3 (2), 55-62.

Montoya, M. G., Martín, Á. P., Salio, A. M., Fuentes, J. V., Alberch10, E. A., y de la Cámara11, A. G. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(2), 108-120.

Muller W, Schneider E.M., Straiz T (2007). The classification of fibromyalgia síndrome. *Rheumatol Int*. 27, 1005-1010.

Pérez Velasco M. y Peñacoba Puente C. (2015). *El papel de la enfermería en la autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia*.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.

Prada Hernández, D.M., Molinero Rodríguez, C., Gómez Morejón, J.A. y Marín Toledo, R. (2011). Fibromialgia. Una reflexión necesaria. *Revista Cubana de Reumatología*, 15-18.

Restrepo-Medrano, J. C., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C., y Gil-González, D. (2009). ¿ Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia?. *Revista de Salud Pública*, 4, 662-674.

Rivera J, Alegre C, Ballina F.J, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al (2006) Documento de consenso de la sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia *Reumatol Clin.*, 2 (5) 55-56.

Rodríguez Muñoz, R., Orta González, M., y Amashta Nieto, L. (2010). Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enfermería Global*, (19). <http://dx.doi.org/10.4321/s1695-61412010000200010>

Roig, S. L., Marín, J. R., y Quilis, V. J. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7(3), 627-639.

Rojas V.A., Zapata C.A, Anaya J, Pineda T.R. (2005) Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *RevCol Neu*;1,295-300.

Romero, E. B., Moya, N. S., Esteve, M. V., y Valer, S. V. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 30(1), 16-21.

Triviño Martínez, A., Solano Ruiz, M.C. Y Siles Gonzalez J. (2014). La cronicidad de la Fibromialgia. *Enfermería Global*, 13 (35), 273-292.

Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russel, I.J., Winfield, J.B., Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and Measurement of Symptom severity. *Arthritis care y research*. 62(5), 600-610..

CAPÍTULO 12

Trastornos en la sexualidad en pacientes diagnosticados con el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

María Victoria Leal Romero, Laura Martín-Bejarano Diéguez, y María Velarde Rodríguez
Hospital Universitario Virgen de la Macarena (España)

Introducción

El sueño es una necesidad fisiológica como lo es el comer. Por ello es sabido que el hombre pasa un tercio de su vida durmiendo. Éste es necesario para regular el organismo ya que el dormir nos hace desconectar y descansar de las actividades de la vida diaria y es primordial para conservar la energía (Gonçalves, 2005).

Uno de los trastornos más importante del sueño es la enfermedad llamada Apnea Obstructiva del Sueño considerada uno de los problemas de salud pública más importante en nuestro país con un alto nivel de mortalidad y morbilidad (Baumel, Maislin, y Pack, 1997).

El síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño se considera una patología que provoca una disminución del oxígeno en sangre y despertares asfíxicos debido a la obstrucción total de las vías respiratorias altas, lo que conlleva a un sueño superficial y no reparador (Guilleminault, y Dement, 1978).

Se considera apnea cuando la ausencia de respiración es de mínimo 10 segundos, se ha tomado como referencia este tiempo (10 segundos), ya que es lo mínimo que se necesita para considerar una apnea en adultos y para que se aprecien consecuencias físicas (Riha, 2010; y Crovetto, 2002). Un parámetro importante a la hora de diagnosticar la enfermedad es el IAH, que es el número de apneas más hipopneas dividido entre las horas de sueño. Un IAH >5-10 ya se consideraría anormal por lo tanto este IAH asociado a síntomas y síntomas clínicos se considera un diagnóstico positivo (Bearpark, Elliot, y Grunstein, 1995). Existe una clasificación por el grado de IAH: leve (IAH entre 5 y 14,9), moderado (IAH entre 15 y 29,9) y grave (IAH > 30).

Las causas de la apnea del sueño no están claramente consensuadas, pero sí hay factores que favorecen la aparición de dicha enfermedad. Normalmente es debido a que los pacientes tienen alguna estructura anatómica del cuello fuera de la normalidad, como puede ser, campanilla y lengua grande, diferentes formas del paladar (paladar blando), maxilar inferior más corto que el maxilar superior, amígdalas hipertróficas y vegetaciones, obesidad y mantener una posición supina para dormir (Rodríguez, et al., 2014).

La Apnea Obstructiva del Sueño se manifiesta con una serie de síntomas claros dependiendo del momento del día. Pueden ser nocturnos o diurnos; los síntomas nocturnos principales son los ronquidos y apneas o pausas respiratorias que son presenciadas por los familiares, mientras, que en los síntomas diurnos cabe destacar la somnolencia diurna excesiva y el cansancio o sueño no reparador (Chervin, 2000).

Otros síntomas muy importantes en este trastorno del sueño son: nicturia, dolores de cabeza matutinos, pérdidas de memoria leves debido a un deterioro de las funciones cognitivas siendo importante también la desorientación y falta de atención, deterioro de la relación familiar y social lo que conlleva a una falta de comunicación, irritabilidad, sequedad de mucosas y trastornos sexuales como la disminución de la libido y disfunción eréctil.

La privación de sueño, produce alteraciones metabólicas importantes, y éstas afectan a diversos sistemas hormonales, entre los que se encuentran las hormonas sexuales, esa falta de sueño puede disminuir de forma muy considerable el deseo sexual y la excitación (Kalmbach, 2015).

La disfunción eréctil es la incapacidad de la persona de forma persistente o recurrente para alcanzar y/o mantener una adecuada rigidez del pene lo que conlleva a no poder tener una relación sexual satisfactoria. Ésta influye en la calidad de vida y en la calidad de la pareja (Ibañez, Aguilar, Maderal, y Prats, 2001).

Para explicar y adentrarnos sobre los trastornos sexuales en la Apnea Obstructiva del Sueño debemos hacer una diferenciación entre los tipos de sueños que existen.

Cuando dormimos nos encontramos en 2 fases distintas del sueño. La fase REM y la fase NO REM. Las fases 1 y 2 corresponderían a la fase REM en la que el sueño se considera un sueño superficial en el que sería muy fácil despertar a la persona y donde la mayoría de ellas recuerdan los sueños vividos en esta fase (Randerath, Sanner, y Somers, 2006). Y las fases 3 y 4 corresponderían a la fase NO REM la cual tiene una duración de unos 60-90 minutos y pertenece al sueño profundo. Para que el sueño sea reparador estos ciclos deben repetirse durante toda la noche (Randerath, Sanner, y Somers, 2006).

Muy pocas personas cuando entran en esta fase recuerdan haber tenido algún sueño y los sueños son menos vívidos y con menor carga emocional que en la fase REM. Una persona sana suele dormir entre 7.5 y 8.5 horas diarias aunque esto varía según la persona.

Los datos disponibles por el momento, señalan que la calidad del sueño afecta al funcionamiento sexual. El sueño suficiente y reparador, es crucial para el mantenimiento de una función sexual sana, tanto en hombres como en mujeres. Y una sexualidad sana repercute positivamente en todas las funciones psicobiológicas del sujeto (Portalatín, 2015).

La apnea del sueño va lentamente destruyendo la libido y la potencia eréctil lo que conlleva una disminución clara de la testosterona en hombres. La apnea no sólo influye en las hormonas sexuales, sino que también afecta muy considerablemente los ciclos REM y es en esta fase del sueño donde los hombres consiguen erecciones matutinas. Las erecciones durante el sueño son muy importantes para mantener una buena salud y una buena oxigenación del pene, sin ellas la disfunción eréctil es inminente (Templeton, y Post-Gazette, 2006).

El síndrome de apnea del sueño además de ir destruyendo poco a poco hormonas sexuales, dando lugar a trastornos en la sexualidad destruye a la vez los neurotransmisores que son los encargados de hacernos sentir ganas de dormir. Todo lo que produzca fatiga, debilidad y pérdida de ánimo terminará por afectar en la libido y la función eréctil.

La disfunción eréctil y los trastornos del sueño comparten factores de riesgo comunes, como lo es el fumar, la obesidad, hacer poco ejercicio, la hipercolestolemia, hipertensión arterial, diabetes, etc.

El tratamiento de elección para la apnea del sueño es el dispositivo llamado CPAP. Son unas siglas en inglés que significa “presión positiva continua en la vía aérea”. Este tratamiento es un compresor de aire que lo que hace es coger el aire del ambiente, pasar por una turbina y ser expulsado a una presión continua determinada prescrita por el facultativo especialista (neumólogo). Su finalidad es empujar la musculatura a nivel del cuello para abrir y mantener permeables las vías aéreas durante todas las horas del sueño que se hagan durante la noche. Si se prevé que se va a dormir una siesta de más de 30 minutos también hay que utilizar la Cpap.

Objetivo:

Determinar cuál es el porcentaje de pacientes diagnosticados con apnea del sueño que tienen trastornos en la sexualidad como la disminución de la libido o disfunción eréctil y qué número de pacientes mejora con la adherencia al tratamiento con Cpap (presión positiva continua en la vía aérea) comprendidos en la población del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen Macarena..

Metodología

Participantes

En el experimento participaron 100 adultos, 50 hombres y 50 mujeres de edades comprendidas entre 20 y 60 años procedentes de Sevilla y la provincia, escogidos al azar.

Cada uno de los participantes de nuestro estudio tenían constancia de cuál iba a ser el objetivo de la práctica, ya que nos encargábamos de explicar en consulta el procedimiento a seguir para nuestro experimento.

Instrumentos

La forma de recoger los datos es importante en cualquier trabajo científico por lo que hemos comprobado que para poder realizar nuestro estudio experimental era necesario crear un cuestionario para poder medir los trastornos sexuales producidos por el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

En el cuestionario pedíamos el sexo y la edad y 3 preguntas relevantes: Ha mejorado su libido (apetito sexual) desde que tiene el tratamiento con la máquina para dormir (CPAP)? Sí, no, igual. ¿Mantiene las mismas relaciones sexuales con su pareja desde que tiene la máquina de dormir (CPAP)? Sí, no, igual. ¿Le influye el hecho de dormir con su máquina de dormir y mascarilla para mantener relaciones sexuales? Sí, no.

Además del cuestionario hemos necesitado el contador horario interno que viene en los dispositivos de Cpap, el cual es el encargado de decirnos el cumplimiento del paciente con el tratamiento. Para ello hemos necesitado los dispositivos de Cpap de cada uno de los pacientes y también la plataforma de trabajo Vivimedical, creada por nuestra empresa Vivisol Ibérica S.L donde quedan registradas las horas totales de cada revisión técnica al dispositivo y que automáticamente calcula la ratio que es la media de horas que utiliza el paciente la Cpap desde la última revisión hasta la revisión actual en consulta.

Procedimiento

Cada paciente acude obligatoriamente con su Cpap a la consulta de ventilación domiciliar de la Unidad de Neumología del Hospital Virgen Macarena (Sevilla).

Empezamos la consulta entregando al paciente el cuestionario citado en el apartado anterior, explicando que dicho cuestionario va destinado al estudio que estamos realizando en el Servicio de Neumología y que consiste en responder una serie de preguntas de forma totalmente anónima. En todo momento preservamos la intimidad del paciente.

Posteriormente le pedimos al paciente que nos entregue su dispositivo (Cpap) junto con su mascarilla y tabuladora para proceder a nuestra valoración enfermera. Comenzamos a cumplimentar un protocolo estandarizado implantado en el Servicio de Neumología, en el que vamos rellenando cada apartado. Primero identificamos el protocolo con el nombre y apellidos del paciente, la fecha de la consulta y el nombre del facultativo especialista (neumólogo) que posteriormente va a proceder a la valoración médica del paciente en su consulta.

A continuación comenzamos a realizar la valoración al dispositivo de cpap y al material pertinente. Accedemos al programa de proveedor de la cpap y apuntamos en nuestro protocolo la presión con la que está programada la cpap, y las horas totales del contador de horas. En el protocolo identificamos también el tipo de mascarilla que tiene el paciente y la marca, y si tiene humidificador calentador o no.

Realizamos al paciente una serie de preguntas como si tiene oxígeno o no, la media de horas que utiliza la cpap según su sensación a lo largo de la noche y si la utiliza en el día; si toma medicación para la tensión arterial, si toma medicación para el corazón y si es fumador, en el caso que nos diga que sí es fumador, preguntaremos cuántos cigarrillos al día fuma e informaremos de que el servicio de neumología ofrece una consulta antitabaco por si estuviera interesado en dejar de fumar.

Posteriormente medimos la presión de la cpap, dándole al botón de encendido y conectando nuestro manómetro en la salida del aire del dispositivo. Si la cpap está correctamente calibrada, pasaremos a

pedirle al paciente que se coloque su mascarilla y tubuladura como lo hace por la noche cuando se va a ir a dormir, y mantenemos al paciente unos minutos en consulta, con mascarilla, tubuladura y cpap encendida para comprobar que hace un uso correcto del tratamiento y además tiene una buena colocación de la mascarilla evitando que haya fugas.

Cuando accedemos al contador horario interno, al total de horas le restamos el total de horas de la última revisión y el resultado lo dividimos entre los días que han transcurrido desde la última revisión hasta el día actual de nuestra consulta, obteniendo así lo que llamamos la ratio (media de horas al día que utiliza la Cpap). Hablaremos de un paciente cumplidor y adaptado al tratamiento aquel que le salga una ratio de > a 4 horas de uso. Una vez terminada la consulta enfermera, le pedimos al paciente que se espere en la sala de espera con el protocolo y cuando el neumólogo lo llame por megafonía entre en su consulta y le entregue el protocolo cumplimentado por nosotras.

Análisis de datos

Se realiza un estudio experimental cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Nuestra muestra procede de la población comprendida en la Unidad del Sueño del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla). Para el análisis de datos hemos utilizado el programa informático estadístico SPSS.

Resultados

Hemos obtenido una muestra formada por 100 pacientes siendo 18 de edades comprendidas entre (20-30 años), 25 de edades entre (31-40 años) y 57 de edades entre (41-60 años). (Tabla 1). Con respecto al sexo podemos comprobar que 50 de ellos eran del sexo masculino y 50 del sexo femenino, diagnosticados de apnea del sueño y teniendo prescrito la CPAP. (Tabla 2).

Tabla 1. Diferencia de edad entre los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20-30	18	18,0	18,0
	31-40	25	25,0	25,0
	41-60	57	57,0	57,0
	Total	100	100,0	100,0

Tabla 2. Diferencia de sexo entre los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	50	50,0	50,0
	MUJER	50	50,0	50,0
	Total	100	100,0	100,0

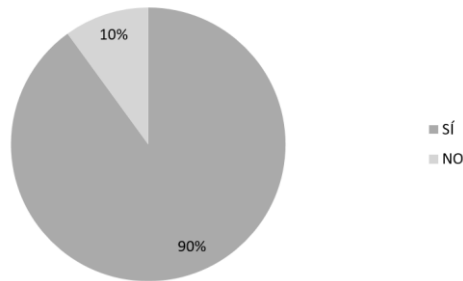
A través de nuestro estudio nos cercioramos de la importancia del sobrepeso en esta enfermedad siendo una de las posibles causas y como síntoma asociado a los trastornos sexuales como la disminución de la libido y la disfunción eréctil. Vemos como un 60% de nuestros pacientes estudiados presentaban un índice de masa corporal superior a lo que debiere clasificándose como obesos, un 34% entraría dentro del rango de sobrepeso y sólo un 6% estaría dentro de su peso (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación del peso según el índice de masa corporal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMOPESO	6	6,0	6,0
	SOPREPESO	34	34,0	34,0
	OBESIDAD	60	60,0	60,0
	Total	100	100,0	100,0

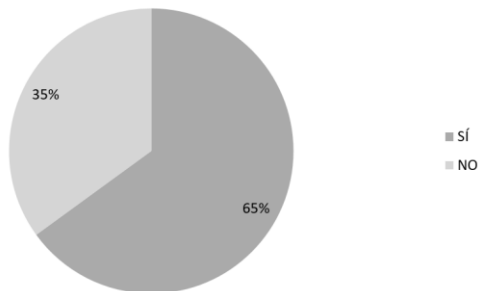
Uno de los resultados más importantes en nuestro estudio son los detallados en las siguientes figuras, ya que la disminución de la libido es uno de los síntomas más claro en el diagnóstico de esta enfermedad. En nuestro estudio hemos podido comprobar que un 77% de los pacientes (hombres y mujeres) que acudieron a nuestra consulta tenían claramente este síntoma, frente a un 23% que no habían experimentado este síntoma (Figura 1).

Figura 1. Escala sobre la disfunción eréctil
DISFUNCIÓN ERÉCTIL



La mejoría en los trastornos de la sexualidad se debe a una buena adaptación al tratamiento con Cpap (presión continua de la vía aérea), podemos observar que un 65% de los pacientes estaban completamente adaptados al tratamiento, es decir, el 65% de los pacientes que acudieron a nuestra consulta, utilizaban diariamente como mínimo 4 horas la Cpap durante sus horas del sueño que pudimos comprobar a través de contador horario de cada una de las Cpap traídas en consulta, frente a un 35% de pacientes con ratios por debajo de 4 horas diarias, y una mala adaptación al tratamiento (Figura 2).

Figura 2. Pacientes adaptados al tratamiento con Cpap
ADAPTACIÓN A LA CPAP



Discusión/Conclusiones

En pacientes con alta probabilidad de SAOS (Síndrome de apnea obstructiva del sueño) y trastornos sexuales asociados, el desarrollo de un programa de diagnóstico, tratamiento y seguimiento tanto hospitalario como domiciliario permite lograr un adecuado cumplimiento y un control óptimo de los síntomas sin disminuir la calidad de atención al paciente.

La obesidad fueron un factor de riesgo de la enfermedad como hemos podido comprobar en el apartado de los resultados, teniendo todos los pacientes de nuestra muestra sobrepeso u obesidad. Y que los trastornos sexuales como la disfunción eréctil en hombres y la disminución de la libido en ambos son síntomas claros en la manifestación de la enfermedad. Como en el estudio de (Templeton, y Post-

Gazette, 2006) en el que hicieron un estudio longitudinal de 1312 varones durante 3 años y a los que se les estudió la calidad del sueño en su domicilio y encontraron que existía clara relación entre niveles bajos de testosteronas y mala calidad del sueño con lo que conllevaba a un claro problema de potencialidad eréctil.

Otro estudio al que hacíamos referencia en el apartado de introducción era el de (Portalatin, 2015) en el que hacía referencia a un estudio experimental en el que habían participado 171 mujeres y las habían observado dormir, durante 14 días consecutivos y éstas no consumían ningún fármaco para conciliar el sueño. Las mujeres que durmieron más dijeron tener más deseo sexual al día siguiente. Los datos reflejaron que las mujeres que incrementan el tiempo de sueño en una hora, incrementan a su vez la libido en al menos un 14%. La privación de sueño en la mujer da lugar a cambios en la secreción no solamente de testosterona, sino también en la de estrógenos y progesterona. Y todo esto tiene repercusiones tanto sobre la función sexual como sobre la libido.

La adaptación de pacientes tanto de hombres como de mujeres al tratamiento con Cpap hace que estos síntomas mejoren hasta desaparecer, lo que conlleva a una mejoría en la calidad de vida y una mejoría en la calidad de la pareja. Aumentando la comunicación conyugal y social y no teniendo esos niveles de irascibilidad e irritabilidad tan elevados.

Referencias

Amer J of Respiratory and Critical Care Med, 2008, 178:644-650, "Erectile Dysfunction in a Murine Model of Sleep Apnea". Sleep Medicine, July 2005, 6(4):333-339, "Erectile dysfunction, obstructive sleep apnea syndrome and nasal CPAP treatment. NIH Consensus Development Panel on Impotence *JAMA*, 270(1993), pp. 83-90.

Baumel MJ, Maislin G, Pack AI. Population and occupational screening for obstructive sleep apnea: are we there yet? *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155(1): 9-14.

Bearpark H, Elliot L, Grusstein R, Cullen S, Schneider H, Althaus W, Sullivan C. Snoring and Sleep apnea: a population study in Australian men. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:1459-1465.

Chervin RD. Sleepiness, fatigue, tiredness, and lack of energy in obstructive sleep apnea. *Chest*. 2000; 118:372-379.

Consenso Nacional sobre el síndrome de apneas-hipoapneas del sueño. *Arch Bronconeumol* 2005; 41 Supl 4:51-67.

Crovetto MA, Arístegui J. Enfermedades de las amígdalas y vegetaciones en la infancia. Prous Science, Barcelona, 2002; pp:69-90.

David Templeton, Pittsburgh Post-Gazette, Wednesday, July 05, 2006, "Men's sleep apnea found alongside erectile problems", <http://www.post-gazette.com/pg/06186/703318-114.stm>.

Estivill E, Bové A, García-Borreguero D, Gibert-Rahola J, Paniagua J, Pin G, Puertas FJ, Cilveti R and members of the Consensus Group: Consensus on Drug Treatment, Definition and Diagnosis for Insomnia. *Clin Drug Invest* 2003; 23(6): 351-85. © 2003 Adis Data Information BV.

Guilleminault C, WC Dement Eds: *Sleep apnea syndromes*. Kroc Foundation Series Vol 11. Alan R R Liss Inc. New York 1978.

Insomnia: assessment and management in primary care. National center on sleep disorders research national heart, lung, and blood institute. National institutes of health-September; 1998.

Intl J of Impotence Res, Advance online publication 26 November 2009, "Erectile dysfunction in severe sleep apnea patients and response to CPAP". Sleep Medicine, July 2005, 6(4):333-339, "Erectile dysfunction, obstructive sleep apnea syndrome and nasal CPAP treatment.

Jennum P, Riha RL. Epidemiology of sleep apnoea/hypopnoea syndrome and sleep-disordered breathing. *Eur Respir J* 2009 Apr; 33(4):907-14.

Joshua Fogel, PhD. Behavioral Treatments for Insomnia in Primary Care Settings. Posted 10/28/2003. *Topics in Advanced Practice Nursing Journal* 200; 33(4) . © 2003 Medscape.

M. Ibañez, J.J. Aguilar, M.A. Maderal, E. Prats, E. Farrero, A. Font, *et al*. Sexuality in chronic respiratory failure: coincidences and divergences between patient and primary caregiver *Respir Med*, 95 (2001), pp. 975-979.

Randerath WJ, Sanner BM, Somers VK. Sleep apnea. Current diagnosis and treatment. Basel: Ed Karger; 2006. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11):3147-3157, Published Online: 29 Jun 2009, "Sleep Apnea is an Independent Correlate of Erectile and Sexual Dysfunction".

Riha RL. Clinical assesment of the obstructive sleep apnoea/hypopnoea síndrome. *Ther Adv Resp Dis* 2010; 4(2):83-91.

Terán Santos J. *Atlas de Trastornos Respiratorios del sueño* (conceptos básicos). Barcelona: Talleres gráficos Vigor, S.A.; 1999.

CAPÍTULO 13

Trastornos Biopsicosociales en Hijos de Padres Divorciados y Prevención desde el Ámbito Sanitario

M^a Inmaculada Romero Quirantes, M^a Isabel Serrano Carrillo, e Inmaculada Godoy Gómez
Servicio Andaluz de Salud (España)

Introducción

Con el paso del tiempo en la sociedad española, el núcleo familiar ha cambiado, dando lugar a una diversidad de modelos familiares entre los que se encuentran las parejas sin hijos, parejas de hecho, familias reconstituidas o combinadas, y sobre todo las familias monoparentales, con un solo progenitor que vive con su hijo o hijos (Mordago y González). En España, en 1981 se aprobó la Ley del Divorcio y los divorcios han ido aumentando y más de la mitad tienen hijos. Entre el 40-50% de los matrimonios acaban en divorcio, lo que da como resultado que 4 o 5 niños de cada 10 pasarán su infancia con un solo progenitor. (Orgilés, Espada, y Piñero, (2007).

La ruptura es un acontecimiento muy estresante para todos los miembros y es un momento de desorganización y de cambios en la vida tanto de los padres como de los hijos. (Pons, y Del Barrio, 1995). La responsabilidad que tiene la pareja ante los hijos debe interponerse ante los conflictos que puedan suceder en la pareja; es muy importante buscar alternativas a esos problemas conflictivos antes de pensar en la ruptura de la pareja, teniendo en cuenta a la familia. (Muñoz, Gómez, Marcela, y Ogliastri, 2007).

Los recursos económicos de familias monoparentales a cargo de una madre divorciada, dispone de menos recursos a nivel económico que las familias que se mantienen casadas. Esta disminución de medios puede acarrear menos oportunidades de éxito para los niños, esto hace una situación muy difícil para estas madres (Cantón, 2002). La separación lleva consigo consecuencias en los cambios de la estructura familiar, y modifica la relación de todos los miembros. El divorcio vivido por los hijos como una situación estresante, que puede tener consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo, incluso, y puede provocar en los hijos problemas de índole físico, psicológico y social (Orgilés, Espada, y Méndez, 2008).

Los hijos de padres divorciados son más agresivos que los de familias intactas. (Rodríguez, Del Barrio, y Carrasco, 2013). Surge la necesidad de poner en práctica el desarrollo de programas y estrategias de apoyo para las familias cuyos padres han decidido separarse (Orgilés y Samper, 2011).

Uno de los programas que se han llevado a cabo para la atención de estas familias es el Punto de Encuentro Familiar (Orgilés, Espada, y Piñero, 2007).

Para incrementar el bienestar de los hijos, es muy necesaria la cooperación de los padres entre ellos para la crianza, siguiendo una serie de pautas educativas. (Orgilés, Espada, Méndez, y García, 2008). Si la pareja puede mantener sus funciones parentales después del divorcio, ayudará a los niños a elaborar la separación de sus padres y el proceso de duelo, evitando alteraciones psicológicas. (Pérez, Davins, Valls, y Aramburu, 2009). Por otro lado, algunos han considerado el divorcio como algo positivo y han exagerado los efectos negativos, permitiéndoles a las personas transformar su crecimiento vital. (Martínez, Sanz, Iraurgi, y Iriarte, 2009).

El objetivo es: analizar la evidencia científica sobre los trastornos psicofisiológicos y sociales de hijos de padres separados; e identificar los factores de riesgo; y determinar las recomendaciones a seguir para prevenirlos.

Metodología

Bases de datos

Se ha realizado una revisión sistemática, cuya metodología se ha basado para la búsqueda bibliográfica las siguientes bases de datos, que versan de temas de salud y ciencias sociales y son las que se muestran a continuación: Cuiden, Lilacs, Medline, Cinahl, Scielo, Dialnet y PudMed Health. El límite temporal utilizado para dicha revisión ha sido el período comprendido entre (1992-2013), obteniéndose un total de 193 resultados, de las cuáles se seleccionaron 15 para su posterior análisis, ya que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

La mayoría de los trabajos encontrados, han sido artículos a través de revistas científicas, limitándose la búsqueda de los mismos en inglés y español.

Descriptor

Los descriptores utilizados para esta investigación son los que se muestran a continuación: “trastornos hijos padres separados”, “consecuencias divorcio en hijos”, “ansiedad de hijos en el divorcio”, “prevención trastornos en el divorcio”.

Estos mismos términos se han insertado en inglés para la realización de búsqueda bibliográfica en las bases de datos internacionales.

Resultados

Como resultado se ha obtenido que la mayoría de la evidencia científica demuestra que los niños de padres separados tienen más riesgo de padecer trastornos que los de familias intactas y tienen peor calidad de vida. Otros estudios defienden que la aparición de estos trastornos depende de la relación que mantengan los padres, del tiempo que pasen los padres con los hijos, entre otros factores de riesgo. Se han obtenido resultados positivos cuando los profesionales sanitarios intervienen dando pautas a seguir para prevenirlos (Orgilés, y Samper, 2011).

Lo que más afecta al incremento de la ansiedad en los hijos de padres separados es que los padres mantengan conflictos después del divorcio. Que el padre que se ha tenido que marchar de casa visite a diario a los pequeños. Y que no es el divorcio en sí lo que provoca ansiedad en los niños si no las circunstancias que se dan en torno al divorcio y los conflictos que hay entre los excónyuges (Pons, y Del Barrio, 1995).

Los niños de padres divorciados tienen peor salud percibida y su calidad de vida es peor cuando la relación de los padres es mala, conflictiva después de la separación, es por ello que es muy importante una detección temprana de alteraciones en estos niños y poner en marcha estrategias de actuación desde el ámbito sanitario. (Orgilés, y Samper, 2011).

Por otro lado, hay estudios que demuestran que el divorcio puede provocar consecuencias positivas en estos niños, como por ejemplo, adquieren valores, fortalece la independencia de los hijos... (Muñoz, Gómez, Marcela, y Ogliastrí, 2007).

Quedan aún muchas líneas de investigación abiertas al respecto, ya que los estudios realizados sobre el tema están desarrollados sobre una muestra pequeña, lo que puede afectar a la generalización de los resultados (Orgilés, y Samper, 2011).

Discusión/Conclusiones

Los factores de riesgo que compromete el ajuste psicológico de los niños, son los que se muestran a continuación: la nueva situación económica que sufren las familias tras el divorcio, ya que está en algunos casos puede ser muy preocupante. En comparación con las familias biparentales, las familias que han decidido separarse, ven su economía como insuficiente en un 70% de los casos frente a las familias biparentales, que lo ven en un 20%. En algunos estudios se ha demostrado que esta situación está

relacionada con insatisfacción de los progenitores como en los problemas de ajuste psicológico de los hijos (Mórdago, y González).

Los recursos económicos de la familia influyen en la adaptación de los hijos. Las familias a cargo de madres divorciadas con una disminución de la economía, trasciende en una menor oportunidad de éxito de los hijos. Las circunstancias socioeconómicas tienen mayor importancia en la familia monoparental que los problemas de conducta y los logros escolares. Las madres divorciadas tienen una mayor carga de trabajo, inestabilidad laboral y se mueven hacia barrios residenciales más económicos con peores colegios, servicios inadecuados y con grupos de iguales desviados y altas tasas de delincuencia, lo que influye de forma negativa en el desarrollo armónico de los niños. Cantón, Cortés y Justicia (2002)

En cuanto a los conflictos entre la pareja, donde no son muy intensos, los niños tienen una vivencia de dichos conflictos más positiva para su bienestar psicológico, tienen menos sentimientos de culpabilidad, no están en el centro de las disputas, son juzgadas de forma menos negativa, etc. Esto es mejor en familias de padres no divorciados con bajo conflicto entre los padres, pero por el contrario, cuando el conflicto se sostiene en el tiempo, la vivencia es más negativa que en las familias intactas que en las de padres divorciados. Por lo tanto, se saca como conclusión que es muy importante y compleja a la vez, la decisión de divorciarse o no por el bienestar de los hijos.

Las relaciones de los padres-hijos y la satisfacción familiar es más positiva por parte de los hijos cuando las familias son poco conflictivas, de padres separados o no, los hijos afirman que la relación con sus padres es mejor, tienen deseos de compartir con ellos, muestran más afecto hacia sus familiares, y sienten más satisfacción por su familia. En familias conflictivas, por el contrario hay más irritabilidad entre los miembros, tienen una percepción negativa de sus padres y con frecuencia sienten rechazo hacia ellos.

Los niños de familias no divorciadas poco conflictivas presentan un mayor nivel de bienestar, seguidos de los hijos de padres separados con bajo conflicto (Mórdago, y González). Por lo tanto, se puede afirmar con respecto al estudio realizado por estos investigadores que, existe una relación directa entre el conflicto entre la pareja y el funcionamiento familiar. El conflicto está relacionado menor relación de amor, más hostilidad, y una mayor relación de control. Los niños tienen un mayor malestar psíquico tanto externo como interno, cuando hay mayores situaciones conflictivas; y una menor calidad en la relación con los padres y menor satisfacción familiar. Este malestar psicológico, también influye en el rendimiento escolar, y no la situación de separación de los padres como se creía que estaba relacionado en otros estudios realizados. (Martínez, Sanz, Iraurgi, e Iriarte (2009).

El conflicto entre los padres, influye de forma negativa en el bienestar de sus descendientes, y los niños que dicen que sus padres nunca discuten, refieren una mejor salud percibida. Numerosos estudios afirman que, la probabilidad de que los niños tengan problemas psicológicos es mayor durante el divorcio o después del mismo, cuando prima el conflicto entre los excónyuges. La calidad de vida también se ve afectada negativamente por el conflicto entre los padres. Como conclusión, se puede decir que el conflicto es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud en los niños. (Pérez, Davins, y Valls (2009),

Está demostrado que una buena relación establecida por los excónyuges, donde prima la colaboración y la ausencia de conflictos, beneficia a todos los implicados, y con mayor medida a los hijos. Está demostrado, por lo tanto, que cuanto mayor colaboración y cooperación entre los padres separados, los niños tendrán un mejor ajuste psicológico. (Mordago, y González).

En el estudio realizado por Martínez, Sanz, Iraurgi e Iriarte (2009), afirman que los hijos o hijas de padres divorciados, indicaron un peor rendimiento académico que los niños de padres casados, pero no se encontraron diferencias significativas en cuanto al malestar psicológico. El rendimiento académico no se asocia al conflicto entre el matrimonio sino al malestar psicológico del niño.

En cuanto al funcionamiento familiar, ni los hijos ni las madres percibieron ninguna diferencia en cuanto a comunicación, estrés, recursos,... ni en la calidad de las relaciones entre los mismos. Por

consiguiente, se puede afirmar que la familia monoparental no tiene un impacto negativo sobre el bienestar de los hijos ni en el funcionamiento de la familia.

En el estudio realizado por estos autores, Pérez, Davins, y Valls (2009), sobre si la calidad de vida de los niños está relacionada en función de la estructura familiar, afirman que sí existe relación, ya que los hijos de padres divorciados manifiestan estar menos satisfechos con su salud que los niños de familias intactas, refieren menos bienestar, menos factores que les protegen de problemas de salud, peores conductas, y menos rendimiento académico, y la relación con los padres es menos satisfactoria. Según este trabajo el ajuste psicológico es peor. Los hijos de padres separados presentan más ansiedad, más miedos escolares, peor autoestima y más problemas en cuanto a la conducta del niño. Por lo tanto, se puede decir según este trabajo, que la calidad de vida de los niños es peor en comparación con la de los niños de padres casados.

Es probable que los niños de padres en situación de divorcio, tengan más problemas de adaptación. Durante el primer año después de la separación, se dan más casos de problemas externalizantes, sobretodo de agresión, delincuencia, consumo de drogas,... siendo más frecuente en los varones y dándose durante mayor período de tiempo. Y los hijos que viven con las madres, tienen más probabilidad de manifestar una conducta agresiva, comportamiento antisocial, y aumento del consumo de drogas y alcohol, y se dan más casos de delincuencia en los varones de padres divorciados que los de familias intactas. Los niños suelen tener más problemas de conducta y las niñas más problemas psicológicos, depresión, ansiedad y baja autoestima.

Los niños en edad preescolar, es más probable que tengan ansiedad de abandono y autculpabilidad debido a su menor capacidad para analizar la situación. Los niños antes de los 8 años, durante la preadolescencia tienen ansiedad, hiperactividad, agresiones físicas en el colegio y desobediencia. Los adolescentes presentan mayor vulnerabilidad por los cambios personales y las relaciones con los otros.

El tiempo que haya transcurrido tras el divorcio, es muy importante dependiendo de la edad en la que se encuentren los hijos. Los niños preescolares, dieciocho meses después de la separación, presentan más problemas que al comienzo, y las niñas parecen haberse recuperado. Cinco años después, la calidad de vida del entorno familiar influye en la adaptación de los hijos y dependerá de la misma. Diez años después, los adolescentes hacen referencia con melancolía a privacidades económicas, y echan de menos una vida más afectuosa y protectora dentro del entorno familiar. En cambio, los preescolares, es el grupo de edad más afectado al principio, pero trascurrido el tiempo se adapta mejor que los mayores.

Los niños que son capaces de reconstruir los hechos estresantes incontrolables de la separación de un modo positivo, se adaptan mejor que los que evitan las situaciones, presentando mayores índices de depresión, ansiedad y problemas conductuales.

La negatividad de la madre en la interacción con sus hijos está relacionada con problemas externalizantes y en un alejamiento de la familia y se vinculan más con iguales desviados. En cambio una relación positiva con los progenitores, protege a los niños mayores y adolescentes de la influencia de iguales desviados y disminuye el riesgo del consumo de tóxicos.

La madurez de los hijos de padres divorciados, puede ser ocultada bajo la inversión de roles o *parentificación* instrumental o emocional, asignándoles a estos más tareas de responsabilidad en el cuidado de otros hermanos menores, tareas del hogar, etc. Las hijas debido a esta *parentificación* presentan mayores índices de depresión y ansiedad.

Las confidencias que hacen las madres a las hijas de sus relaciones íntimas y sexuales, hacen que éstas inicien antes sus relaciones sexuales, y tienen mayor probabilidad de ser madres adolescentes. La relación entre los hermanos cuando hay una ruptura matrimonial sigue la ley de la congruencia, aumentan las interacciones negativas entre dichos hermanos, se van desentendiendo el uno del otro con el paso del tiempo, llegando a perder el afecto y el apoyo. Pero por el contrario, cuando uno de los hermanos es una hija adolescente, la relación es más buena y surgiendo un mayor afecto y apoyo entre los hermanos. Los hijos de padres separados, tienen mayor probabilidad de absentismo escolar, menor

rendimiento académico y motivación y menor aspiraciones educativas, algunos no llegando a acabar sus estudios secundarios y menos aún obtener un título en la Universidad. Cantón, Cortés y Justicia (2002).

Cuando uno de los cónyuges abandona el hogar familiar, en el niño se puede producir sentimientos y pensamientos de abandono, de incompleta y tristeza que pueden conducirlos hacia depresiones profundas. Hacen que no tengan un vínculo afectivo adecuado, pero tampoco tienen una desvinculación en su totalidad del padre o madre.

La carga emocional que tienen los niños como consecuencia de la separación de los padres, va más allá de la infancia. Los sentimientos de abandono, tristeza e inestabilidad siempre estarán presentes en las futuras relaciones que establezcan en el futuro. Tienen mayor riesgo de ser personas inestables, inseguras, no son capaces de establecer vínculos afectivos que perduren en el tiempo, y siempre sentirán temor al ser abandonados. La ruptura de los padres provoca en el niño un sufrimiento que determinará su vida en el futuro cuando sean mayores, los niños se proyectan como seres incompletos e infelices. Los lleva a un desgaste psicológico muy elevado.

Los factores de riesgo que provoca este tipo de situaciones son: la misma separación de los padres se puede considerar como factor de riesgo, por la aparición de sentimientos y pensamientos negativos generados en los niños. Otro factor de riesgo son los cambios en el estilo de vida, como puede ser el cambio de domicilio, los recursos económicos,... la *desvirtuación* de uno de los cónyuges hacia el contrario delante del niño, el abandono por parte de uno de los padres del hogar, promueve en el niño sentimientos de abandono y tristeza que siguen dejando huella a pesar de haber pasado el tiempo. Ocultar a los hijos la situación real de lo que está sucediendo entre los padres, y cuando luego se enteran bien por los mismos padres, por terceros o bien lo descubren ellos mismos, los lleva a sentirse engañados, y genera pensamientos y sentimientos de inseguridad y desconfianza. Por otra parte, los niños afirman sentir temor a ser objeto de burla en el colegio, a sentirse rechazados por sus compañeros. Muñoz, Gómez, Marcela y Ogliastri, (2008).

Por el contrario, esta investigación afirma que se le presta mucha atención a las consecuencias negativas en niños como consecuencia de la separación de los padres, pero por muy contradictorio que parezca, también pueden aparecer consecuencias positivas tras esta situación de cambio familiar. Hay evidencia científica que demuestra que los hijos de padres separados son más maduros, responsables, empáticos y flexibles, que los niños de padres casados. (Mordago y González).

En el estudio realizado por Pons-Salvador, y Del Barrio, (1995), sobre la ansiedad de los hijos como consecuencia del divorcio de los padres, afirman que la estructura de la familia no es la que establece la aparición de la ansiedad en los hijos, al menos después del primer año del divorcio. La ansiedad en los niños se relaciona con el tipo de interacción que tienen los padres entre sí y de la frecuencia de las visitas establecidas por el padre que no tiene la custodia. Sobre todo lo que más influye en la ansiedad de los niños, es la relación que mantienen los padres entre sí y si tienen conflictos o no entre ellos. Cuanto peor es la relación de los mismos después de separarse aparece más ansiedad en los infantes. Si éstos continúan discutiendo en un periodo más o menos largo, la adaptación de los hijos será más difícil incrementando la disonancia y la inestabilidad ambiental. En este trabajo, no se aprecian diferencias significativas en cuanto a la ansiedad en función de la edad o sexo de los niños.

Las visitas del padre que no tiene la custodia con frecuencia hacen que el niño tenga una mejor adaptación a la nueva situación, eso afirman algunos autores, pero otros, por el contrario afirman que pueden aumentar los problemas emocionales y provocarles más ansiedad. Aunque esto parece un poco contradictorio, otros autores sostienen que una mayor frecuencia de visitas a los hijos, hacen que estos tengan una mejor percepción de su padre.

Según la investigación realizada por estos autores, en la misma línea que el estudio anterior con respecto a la ansiedad de los hijos, esta se manifiesta sobre todo a nivel psicofisiológico y motor. Cuando los niños no están con sus padres padecen dolor de cabeza y barriga, presentan ganas de llorar, y tratan de evitar por todos los medios la separación física de sus padres, intentando impedirles que se marchen, o

una vez que se han ido, telefoneándolos en múltiples ocasiones. Se muestran intranquilos cuando sus padres salen de viaje, cuando no pueden hablar con ellos por teléfono, o al levantarse para ir a la escuela. Orgilés, Espada, y Méndez, (2008).

Sobre el estudio de los miedos escolares en niños de padres separados, llegan a la conclusión que son mayores que en niños de padres no divorciados, excepto el fracaso y el castigo que son superiores en los niños de padres de familias intactas. Esto podría deberse a los cambios educativos que se producen en el núcleo familiar y la incongruencia de la pautas de crianza entre los padres después de la separación. Estas reacciones negativas podrían disminuir si los padres descendieran los cambios bruscos y la relación con sus hijos se estableciera de forma positiva. Para incrementar el bienestar biopsicosocial del niño, es necesario que ambos padres cooperen en la crianza del hijo, siguiendo pauta de educación correcta y coherente. Orgilés, Espada, Méndez y García-Fernández (2008).

Por todo lo anterior, se recomienda la detección precoz de los problemas infantiles cuyos padres están en proceso de divorcio o están ya divorciados, para ello se deben implantar estrategias de prevención de afectaciones negativas de los niños durante este nuevo acontecimiento, proporcionándolas desde el ámbito sanitario. Por otro lado, los padres también deben esforzarse para mantener una relación cordial entre los dos adultos, para así facilitar una mejor adaptación de los hijos a esta nueva situación (Martínez, Sanz, Iraurgi, e Iriarte 2009).

Los Puntos de Encuentro Familiares, es un recurso que se muestra de forma neutral ante las familias que en el período de separación necesitan el apoyo técnico o institucional. Este recurso facilita las relaciones de los padres con los hijos. Profesionales de la salud intervienen reestableciendo los vínculos interfamiliares. Los niños adoptan una mejoría en la conducta con respecto a la relación con los padres desde que están en manos de los profesionales del Punto de Encuentro, y se observan también, menos conflictos entre los padres. Por consiguiente, se hacen necesarios este tipo de recursos en la comunidad para mejorar el bienestar de los hijos.

Los Puntos de Encuentro Familiares proporcionan una serie de recursos al alcance de familias que se ven envueltas en el proceso del divorcio. Proporcionan un lugar neutral para ambos padres. Supervisan el cumplimiento del régimen de visitas. Facilitan el mantenimiento de las relaciones de los padres e hijos. Siguen la conducta del niño, y detectan posibles problemas físicos o emocionales que pudieran aparecer. Orientan a los padres para mejorar la relación con sus descendientes. Incluyen al niño en una serie de actividades lúdico educativas para que la espera del otro que va a recogerlo se haga más ameno y menos traumático, utilizan este recurso como punto de recogida de los hijos (Orgilés, Espada, y Piñero, 2007).

Los resultados obtenidos del estudio realizado por Mordago y González, desmienten los prejuicios que anteriormente se habían asentado en la sociedad acerca de las alteraciones que se producen en los hijos de padres separados. Esta investigación está basada en el estudio de niños de padres divorciados hace cuatro años, y por lo tanto, los resultados hubieran sido diferentes si se hubiera hecho el estudio en los primeros meses posteriores a la separación, ya que algunos estudios demuestran que cuando pasa el tiempo, los hijos se adaptan a la nueva situación teniendo un ajuste psicológico normal.

Los expertos entendidos en el tema afirman que el divorcio no sólo puede verse desde la perspectiva negativa desde el modelo de crisis, del que sólo se extraen consecuencias negativas para los niños, si no que debemos ver un modelo de reto, ya que esta situación puede aportar nuevas oportunidades para la evolución, tanto en positivo como en negativo dependiendo de determinados factores.

En comparación con las familias casadas, aparecen pocas diferencias en el ajuste psicológico entre niños y niñas que viven con los dos progenitores a los que viven solamente con uno. Por otro lado, hay estudios que afirman que la cultura tiene mucho que ver al no haber diferencias significativas entre hijos de familias intactas o separadas, ya que los Estudios realizados en Estados Unidos, encontraron pocas diferencias entre ambas familias en comparación con otros países y creen que es debido a la cultura que tienen las personas de cada lugar determinado.

En los centros escolares, el profesorado ve esta situación familiar de divorcio como una causa de cualquier problema en los niños y se les compadece por su situación familiar. A los profesores se les entregó cuestionarios para evaluar el desarrollo de los niños, pero las evaluaciones podrían estar sometidas a las ideas personales que tenían sobre el divorcio. Se ha llegado a la conclusión que los niños con familias desestructuradas tienen más riesgo de padecer alteraciones, y no existen muchas diferencias entre los niños de padres casados. Hay que tener en cuenta otros factores que ponen en riesgo la salud. Y como medida de prevención el papel de los profesionales sanitarios es crucial.

Referencias

- Cantón, J. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2(3). 47-66.
- Casen, S., Brook, P. y Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 24(2). 121-150.
- De la Cruz, A. (2007). Divorcio destructivo: cuando uno de los padres aleja activamente de la vida de sus hijos. *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*. 4(1). 149-157.
- Eymann, A. Busaniche, J., Llera, J. et al. (2009). Impact of divorce on the quality of life in school-age children. *J. Pediatr*. 85. 547-552.
- Martínez, A., Sanz, M., Iraurgi, I. y Iriarte, L. (2009). Impacto de la ruptura matrimonial en el bienestar físico y psicológico de los hijos. Síntesis de resultados de una línea de investigación. *ResearchGate*.
- Morgado, B., y González, M. M. (2012). Divorcio y ajuste psicológico infantil. Primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. *Número especial: 30 años de Apuntes de Psicología*. 30(1-3). 351-360.
- Muñoz, M. L., Gómez, P. A., y Ogliastri, S. (2007). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Univ. Psychol.* (7). 347-356.
- Orgilés, M., Espada, J. P., y Méndez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*. 20(3). 383-388.
- Orgilés, M., y Samper, M. D. ((2011). El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gaceta Sanitaria*. 25(6). 490-494.
- Orgilés, M., Espada, J. P., Méndez, X., y García, J. M. (2008). Miedos escolares en hijos de padres divorciados y no divorciados. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(3). 693-703.
- Orgilés, M., Espada, J. P., y Piñero, J. (2007). Intervención psicológica con hijos de padres separados: Experiencia de un Punto de Encuentro Familiar. *Anales de Psicología*. 23(2). 240-244.
- Pérez, C., Davins, M., y Valls, C. (2009). El divorcio: una aproximación psicológica. *La Reevue du REDIF*. 2. 39-46.
- Pons-Salvador, G., y Del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*. 7(3), 489-497.
- Rodríguez, M. A., Del Barrio, M. V., y Carrasco, M. A. (2013). Agresión física y verbal en hijos de familias monoparentales divorciadas y biparentales: El efecto moderador del sexo de los hijos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18(2). 119-127.
- Yárnoz, S. (2006). ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anales de Psicología*. 22(2). 175-185.

CAPÍTULO 14

Anorexia: el rol de la psicoterapia y la farmacoterapia en adolescentes

Sebastián Manuel López Ramírez, Adela Cara Navarro, Luisa M^a
Moreno Fernández, y María Cristina Lozano Mengíbar
Médico de Familia (España)

Introducción

La anorexia nerviosa se asocia con numerosas complicaciones clínicas que son directamente atribuibles a la restricción calórica (Mehler, Birmingham, Crow, y Jahraus, 2010) y a la pérdida de peso (Mehler, 2001). Es necesaria una evaluación médica inicial para evaluar a los pacientes que las presentan (Mehler, y Anderson, 2010) y determinar si es necesaria la hospitalización (Andersen, Yager, 2009). Las complicaciones clínicas representan más de la mitad de todas las muertes en los pacientes con anorexia nerviosa y la tasa de mortalidad es alta (Steinhausen, 2002). Una revisión de 119 series de casos (5590 pacientes) encontró que la tasa bruta de mortalidad por todas las causas fue del 5 por ciento (Löwe, Zipfel, y Buchholz, 2001), la tasa de muerte en la anorexia nerviosa es de aproximadamente 5 a 10 veces mayor que la velocidad en la población general (Keel, Dorer, y Eddy, 2003).

El tratamiento farmacológico no es un tratamiento inicial en la anorexia nerviosa (Bulik, Berkman, y Brownley, 2007). Sin embargo, la farmacoterapia adyuvante puede estar indicada para pacientes gravemente enfermos (Attia, 2012) que no aumentan de peso a pesar del tratamiento de primera línea con la rehabilitación nutricional y la psicoterapia (Crow, Mitchell, Roerig, y Steffen, 2009).

El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica disponible sobre la psicoterapia y el tratamiento farmacológico de la anorexia en adolescentes.

Metodología

Búsqueda bibliográfica sistemática en MEDLINE con los descriptores “anorexia” y “tratamiento”. Se incluyeron las 12 revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos clínicos publicados en español e inglés en los últimos 5 años sobre el abordaje del tratamiento de la anorexia en adolescentes.

Resultados

En los pacientes con anorexia nerviosa, el tratamiento estándar consiste en la rehabilitación nutricional y psicoterapia. Los medicamentos se utilizan sólo para los pacientes que no responden a sus iniciales, el tratamiento estándar; si se incluye la farmacoterapia, el enfoque del tratamiento debe permanecer sobre la rehabilitación nutricional y psicoterapia. Muchos pacientes con anorexia nerviosa se niegan a iniciar tratamiento farmacológico (Halmi, Agras, y Crow, 2005), en particular rechazan los medicamentos con efectos secundarios que incluyen el aumento de peso y el síndrome metabólico. Esta negativa se deriva de los síntomas de la anorexia nerviosa, que incluyen la falta de reconocimiento de la gravedad del trastorno y ambivalencia sobre el aumento de peso.

Rehabilitación nutricional

La anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción dietética que causa un peso corporal anormalmente bajo, puede ser potencialmente mortal y requerir hospitalización (Attia, 2012). Un primer paso esencial en el tratamiento agudo es la rehabilitación nutricional (realimentación de los pacientes desnutridos) y la restauración de un peso corporal saludable.

La rehabilitación nutricional está indicada como primer paso del tratamiento para todos los pacientes que están gravemente enfermos con anorexia nerviosa y bajo peso (Baran, Weltzin, y Kaye, 1995).

Además, algunos pacientes que técnicamente no tienen bajo peso, pueden necesitar la rehabilitación nutricional debido a la rapidez con que lo pierden. La normalización del peso puede revertir casi todas las secuelas relacionadas con el bajo peso, a excepción de la pérdida de masa ósea (Attia, 2009; Baran, Weltzin, y Kaye, 1995). La rehabilitación nutricional puede mejorar secuelas psicológicas, incluyendo la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo.

El éxito de la restauración del peso con la rehabilitación nutricional en la anorexia nerviosa suele ir seguida de una recaída. Una revisión encontró que en el primer año después de la rehabilitación nutricional de pacientes hospitalizados, la recaída ocurrió en aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes (Attia, 2009).

Los pacientes con anorexia nerviosa que restauran su peso al principio requieren una dieta de mantenimiento de aproximadamente 45 a 50 kcal / kg de peso corporal / día, que finalmente se estrecha para 30 kcal / kg / día. La recaída es menos probable que ocurra con las dietas de mantenimiento que incluyen alimentos altamente calóricos y una mayor variedad.

La rehabilitación nutricional se realiza generalmente a través de la ingesta regular de alimentos; densos suplementos dietéticos líquidos de energía se pueden prescribir si los pacientes no pueden consumir alimentos suficientes para satisfacer sus objetivos calóricos. Alimentación enteral (por sonda nasogástrica) está indicado en ocasiones y parenteral en pacientes altamente refractarios que firmemente se niegan a comer una cantidad suficiente de alimentos para aumentar de peso.

El síndrome de realimentación es una complicación rara pero potencialmente mortal que puede ocurrir cuando la rehabilitación nutricional es demasiado agresivo. Otras complicaciones de la rehabilitación nutricional incluyen edema de realimentación y el estreñimiento.

Los médicos deben explicar a los pacientes y las familias que el tratamiento está destinado a mantener al paciente con vida.

Terapia cognitivo-conductual:

La terapia cognitivo-conductual (TCC) por lo general incluye la rehabilitación nutricional y también se ocupa de los pensamientos disfuncionales y comportamientos problemáticos que mantienen el trastorno.

La mayoría de los pacientes con bajo peso con anorexia nerviosa tienen síntomas de los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, disforia, anergia, anhedonia, e insomnio) o trastornos de ansiedad. Estos síntomas a menudo se resuelven en la mayoría de los pacientes a medida que aumentan de peso. Si los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad persisten después de la ganancia de peso y la restauración de la salud física (incluyendo la menstruación), la farmacoterapia puede ser indicada.

La TCC es eficaz para la prevención de las recaídas (Pike, Walsh, y Vitousek, 2003). El uso de la TCC requiere motivación suficiente, capacidad cognitiva, estabilidad emocional y la energía para participar para completar las tareas acordadas.

Las contraindicaciones para el tratamiento de la anorexia nerviosa con la TCC incluyen:

- Inestabilidad clínica (por ejemplo, frecuencia cardíaca inferior a 30 latidos por minuto)
- Ideación o comportamiento suicida
- Psicosis

La inestabilidad clínica y las tendencias suicidas necesitan ser tratadas antes de comenzar la TCC; pacientes psicóticos no son candidatos para la mayoría de las psicoterapias, incluyendo TCC (concurrente psicosis y anorexia nerviosa es raro).

A pesar de que todos los aspectos de la TCC pueden ser útiles para todos los pacientes con anorexia nerviosa, los médicos deben dar prioridad a la terapia familiar en los pacientes adolescentes (Hay, 2005).

Evidencia de eficacia: De bajo peso y anorexia nerviosa (índice de masa corporal <18 kg / m²), los estudios de tratamiento agudo y de mantenimiento sugieren que la terapia cognitivo-conductual (TCC) pueden ser beneficiosa. Sin embargo, los ensayos aleatorios indican que la TCC no es más eficaz que

otras psicoterapias, como la gestión clínica especializada de apoyo, psicoterapia interpersonal, o psicoterapia psicodinámica (Watson, y Bulik, 2013).

El modelo cognitivo-conductual de la terapia se centra en las características clínicas que mantienen la anorexia nerviosa, en lugar de los factores que llevaron a la aparición de la enfermedad (Pike, Carter, y Olmsted, 2010; McIntosh, Jordan, y Carter, 2005).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento limitado en el tiempo, estructurado, manual de base que combina la terapia cognitiva y la terapia de comportamiento, y hace hincapié en el cambio de cogniciones disfuncionales (pensamientos y creencias sobre el peso corporal y forma) y trastornos de conducta (por ejemplo, restricción excesiva de alimentos) que perpetúan la anorexia nerviosa (Brown, Mountford, y Waller, 2013).

Los mecanismos que precipitan la aparición de la anorexia nerviosa son problemas con la auto-evaluación y auto-estima, de manera que los pacientes se juzgan principalmente en términos de peso y la forma del cuerpo, así como en la capacidad de controlarlos (Pike, Carter, y Olmsted, 2010). Los pacientes persiguen la delgadez porque creen que esto proporcionará una sensación de control, dominio y autoestima. Estas cogniciones disfuncionales conducen a problemas de comportamiento tales que los pacientes restringen la cantidad y variedad de alimentos para adelgazar, hacer ejercicio compulsivamente y de purga (por ejemplo, el vómito autoinducido y abuso de laxantes). Sentimientos de baja autoestima como se mitigan en los pacientes y mantienen estrictas normas dietéticas y un bajo peso. El hambre lleva a una mayor preocupación por la comida, que los pacientes ven como una amenaza para el control de la ingesta de alimentos; el resultado es un aumento de esfuerzos para restringir la ingesta. Conforme la anorexia nerviosa se vuelve más arraigada, el control sobre la alimentación, la delgadez, y el bajo peso dominan el concepto de sí mismo y el sentido de la eficacia del paciente.

El modelo de TCC reconoce que factores biológicos y de temperamento predisponen el aumento del riesgo de desarrollar anorexia nerviosa (Attia, 2010; Fairburn, y Harrison, 2003), y que los pacientes pueden beneficiarse de hacer frente a estos factores de forma limitada (Pike, Carter, y Olmsted, 2010). Los médicos trabajan con los pacientes para explorar su perfeccionismo, la ansiedad, la desregulación del estado de ánimo, la motivación y los problemas interpersonales.

Los objetivos de la TCC incluyen (Pike, Carter, y Olmsted, 2010):

- El aumento de peso
- El aumento de la cantidad y variedad de alimentos
- Cambio de percepciones distorsionadas de peso y la forma del cuerpo
- La reducción de los temores de aumento del tejido graso
- La reducción de la importancia de la delgadez en relación con otras áreas de la vida, como la familia, trabajo, amigos y la recreación
- La mejora de las relaciones interpersonales
- La comprensión de la aparición y el mantenimiento del trastorno de la alimentación
- El desarrollo de habilidades de resolución de problemas
- La prevención de recaídas

La relación terapéutica en la TCC para la anorexia nerviosa se basa en la relación médico-paciente que colaboran para resolver el trastorno (Pike, Walsh, y Vitousek, 2003). Los clínicos son generalmente activos en la estructuración y planificación del tratamiento, sobre todo al principio. Sin embargo, el clínico no conduce el tratamiento; más bien, el médico y el paciente trabajan de manera conjunta en cada componente del tratamiento. Algunos estudios sugieren que la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta afecta el resultado del tratamiento (Vitousek, Watson, y Wilson, 1998).

En el tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa con la terapia cognitivo-conductual individual, utilizan un protocolo que consiste en cuatro fases entregados en aproximadamente 50 sesiones durante un año (Pike, Walsh, y Vitousek, 2003), se han desarrollado adaptaciones más cotas (Zipfel, Wild, y Groß, 2014), pero los resultados pueden ser superiores con un tratamiento más largo.

Muchos pacientes con anorexia nerviosa niegan que están enfermos y por lo tanto son ambivalentes y luchan con el cambio de comportamiento que es egosintónicos (en consonancia con su propia imagen ideal) (Vitousek, Watson, Wilson, 1998; Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992).

Un horario regular se establece para que los pacientes controlen su peso; inicialmente esto implica la asistencia de otra persona (Touyz, Le Grange, y Lacey, 2013; Stiles-Shields, Touyz, y Hay, 2013). El control ponderal típicamente se produce al comienzo de cada sesión de TCC y el resultado puede ser trazado en un gráfico.

Una vez que los pacientes con anorexia nerviosa logran un peso saludable, el tratamiento se centra en el mantenimiento del peso. La mayoría de los pacientes necesitan comer más de lo que esperan para mantener su peso ideal. La recaída es común, debido a que muchos pacientes temen que una alimentación saludable precipite el aumento excesivo de peso (Kaplan, Walsh, y Olmsted, 2009).

Farmacoterapia

Muchos pacientes con anorexia nerviosa se niegan a la farmacoterapia (Halmi, Agras, y Crow, 2005), en particular los medicamentos con efectos secundarios que incluyen el aumento de peso y el síndrome metabólico. Esta negativa se deriva de los síntomas de la anorexia nerviosa, que incluyen la falta de reconocimiento de la gravedad del trastorno y ambivalencia sobre el aumento de peso (Halmi, Agras, y Crow, 2005). La negociación y la entrevista motivacional (motivar al paciente para aumentar de peso mediante la obtención de ambas razones del paciente para hacerlo y la ambivalencia del paciente sobre el cambio) pueden ayudar a superar esta resistencia (Andersen, y Yager, 2009). Los padres de los adolescentes también pueden rechazar el consentimiento debido a las preocupaciones generales sobre la seguridad de los medicamentos, que pueden mitigarse con la educación.

El tratamiento complementario con antipsicóticos parece tener poco o ningún beneficio en la recuperación del peso en pacientes con anorexia nerviosa, en base a resultados agrupados de diferentes drogas que fueron evaluados en ensayos aleatorios pequeños:

La olanzapina: en pacientes con enfermedad aguda que no aumentan de peso con la rehabilitación nutricional más psicoterapia, se sugiere el tratamiento adyuvante con olanzapina de 2,5 mg a 10 mg por día. La olanzapina ha sido más ampliamente estudiada para el tratamiento de la anorexia nerviosa que cualquier otro antipsicótico (Attia, Kaplan, y Walsh, 2011; Dunican, y DelDotto, 2007; Leggero, Masi, y Brunori, 2010; Kafantaris, Leigh, y Hertz, 2011).

Un meta-análisis de cuatro ensayos aleatorios comparó la olanzapina con placebo en 94 pacientes y encontraron que la estimación combinada del cambio en el índice de masa corporal fue mayor con la olanzapina que el placebo; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa (Dold, Aigner, y Klabunde, 2015).

Hay poca evidencia de que otros antipsicóticos de segunda generación como la risperidona, quetiapina, aripiprazol y ayudan a la recuperación del peso en los pacientes con anorexia nerviosa. Un ensayo comparó la risperidona aleatorio (dosis media de 2,5 mg por día) con placebo durante un máximo de aproximadamente 18 semanas de 40 adolescentes y mujeres adultas jóvenes (edad media 16 años) con anorexia nerviosa, y no encontró beneficio con risperidona (Hagman, Gralla, y Sigel, 2011). Tres series de casos sugieren beneficios potenciales de aripiprazol, pero no hay ensayos controlados (Frank, 2016).

Los antidepresivos adyuvantes no ayudan a restaurar el peso en pacientes con anorexia nerviosa (Claudino, y Hay, 2006; Kaplan, y Howlett, 2010). Un metaanálisis (cuatro ensayos aleatorios, 146 pacientes) encontró que los antidepresivos no fueron más eficaces para el aumento de peso que el placebo. Tres de los ensayos estudiaron los tricíclicos, y el cuarto estudió el inhibidor de la receptación de serotonina, la fluoxetina.

La adición de D-cicloserina a la terapia basada en la exposición (se centraron en la extinción de la ansiedad y los miedos) para la anorexia nerviosa mostraron cierta evidencia de beneficio en uno de los

dos ensayos aleatorios pequeños (Steinglass, Sysko, y Schebendach, 2007; Levinson, Rodebaugh, y Fewell, 2015).

Los pacientes con bajo peso y tratamiento farmacológico están en mayor riesgo de efectos secundarios y deben recibir inicialmente una dosis pequeña. El bupropión no debe usarse porque se asocia con una mayor incidencia de convulsiones en pacientes con trastornos de la alimentación (Bissada, Tasca, Barber, y Bradwejn, 2008).

La psicopatología de la imagen corporal y la comida en general no responde al tratamiento farmacológico (Bissada, Tasca, Barber, y Bradwejn, 2008).

El tratamiento de elección para los pacientes que se han recuperado de un episodio de anorexia nerviosa es la psicoterapia de mantenimiento; no siendo la farmacoterapia adyuvante beneficiosa.

En trastornos comórbidos graves que no responden al tratamiento estándar, es razonable intentar inicialmente un inhibidor de la receptación de serotonina (ISRS). La depresión severa que no responde a un ISRS tal vez puede responder a un antipsicótico de segunda generación.

Discusión/Conclusiones

El tratamiento estándar para los pacientes gravemente enfermos con anorexia nerviosa es la rehabilitación nutricional más psicoterapia. Sin embargo, los pacientes que no aumentan de peso a pesar del tratamiento estándar son candidatos para el tratamiento farmacológico coadyuvante, se sugiere el tratamiento adyuvante con olanzapina 2,5 mg a 10 mg por día, en lugar de otros medicamentos. La psicopatología de la imagen corporal y la comida en general no responde al tratamiento farmacológico. El tratamiento de elección para los pacientes que se han recuperado de un episodio de anorexia nerviosa es la psicoterapia de mantenimiento, no resultando beneficioso farmacoterapia adyuvante.

Referencias

- Andersen, A.E. y Yager, J. (2009). Eating disorders. In: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th ed, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Eds) (p.2128). Philadelphia, Lippincott Williams y Wilkins.
- Andersen, A.E. y Yager, J. (2009). Eating disorders. In: *Kaplan y Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, volume I, ninth edition, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Eds), Lippincott Williams y Wilkins, *Philadelphia*, 42(1), 2128.
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: status and future directions. *Annu Rev Med*, 61(1), 425-35.
- Attia, E. (2012). In the clinic. Eating disorders. *Ann Intern Med*, 156(7), ITC4.
- Attia, E. y Walsh, B.T. (2009). Behavioral management for anorexia nervosa. *N Engl J Med*, 360(5), 500-6.
- Attia, E., Kaplan, A.S. y Walsh, B.T. (2011). Olanzapine versus placebo for outpatients with anorexia nervosa. *Psychol Med*, 41(10), 2177-82.
- Baran, S.A., Weltzin, T.E. y Kaye, W.H. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 152(7), 1070-2.
- Bissa ya, H., Tasca, G.A., Barber, A.M. y Bradwejn, J. (2008). Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 165(10), 1281-8.
- Brown, A., Mountford, V. y Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 51(4-5), 216-20.
- Bulik, C.M., Berkman, N.D. y Brownley, K.A. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*, 40(4), 310-20.
- Claudino, A.M., Hay, P. y Lima, M.S. (2006). Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, (1), CD004365.
- Crow, S.J., Mitchell, J.E., Roerig, J.D. y Steffen, K. (2009). What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*, 42(1), 1-8.
- Dold, M., Aigner, M. y Klabunde, M. (2015). Second-Generation Antipsychotic Drugs in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom*, 84(2), 110-116.
- Dunican, K.C. y DelDotto, D. (2007). The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *Ann Pharmacother*, 41(1), 111-5.

- Fairburn, C.G. y Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(1), 407.
- Frank, G.K. (2016). Aripiprazole, a partial dopamine agonist to improve adolescent anorexia nervosa-A case series. *Int J Eat Disord*, 49(5), 529.
- Hagman, J., Gralla, J. y Sigel, E. (2011). A double blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(1), 915.
- Halmi, K.A., Agras, W.S. y Crow, S. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry*, 62(7), 776-81.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord*, 46(5), 462-9.
- Kafantaris, V., Leigh, E. y Hertz, S. (2011). A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 21(1), 207.
- Kaplan, A.S. y Howlett, A. (2010). *Pharmacotherapy for anorexia nervosa*. In: *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, Grilo CM, Mitchell JE (Eds) (p.175). New York, The Guilford Press.
- Keel, P.K., Dorer, D.J. y Eddy, K.T. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 179-83.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A. *The Biology of Human Starvation*, The University of Minnesota Press, Minneapolis, MN 1950.
- Kishi, T., Kafantaris, V. y Sunday, S. (2012). Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 32(1), 139-147.
- Leggero, C., Masi, G. y Brunori, E. (2010). Low-dose olanzapine monotherapy in girls with anorexia nervosa, restricting subtype: focus on hyperactivity. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 20(1), 127-33.
- Levinson, C.A., Rodebaugh, T.L. y Fewell, L. (2015). D-Cycloserine facilitation of exposure therapy improves weight regain in patients with anorexia nervosa: a pilot randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 76(6), e787..
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*, 31(5):881-90.
- McIntosh, V.V., Jordan, J. y Carter, F.A. (2005), et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*, 162(4), 741.
- Mehler, P.S. (2001). Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med*, 134(11), 1048-59.
- Mehler, P.S. (2010). Anderson, AE. *Eating Disorders: A guide to medical care and complications*, 2nd ed, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD 2010.
- Mehler, P.S., Birmingham, L.C. (2010). Crow SJ, Jahraus JP. *Medical complications of eating disorders*. In: *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, Grilo CM, Mitchell JE (Eds) (p.66). New York, The Guilford Press.
- Phillipou, A., Rossell, S.L. y Castle, D.J. (2014). The neurobiology of anorexia nervosa: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(2), 128-52.
- Pike, K.M., Carter, J.C. y Olmsted, M.P. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa*. In: *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, Grilo CM, Mitchell JE. (Eds) (p.83). New York, The Guilford Press.
- Pike, K.M., Walsh, B.T. y Vitousek, K. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 160(11), 2046-9.
- Steinglass, J., Sysko, R. y Schebendach, J. (2007). The application of exposure therapy and D-cycloserine to the treatment of anorexia nervosa: a preliminary trial. *J Psychiatr Pract*, 13(4), 238.
- Steinhausen, H.C. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. *Am J Psychiatry*, 159(8), 1284-93.
- Stiles-Shields, C., Touyz, S. y Hay, P. (2013). Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 46(8), 783-9.
- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 43(12), 2501-11.
- Vitousek, K., Watson, S. y Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*, 18(4), 391-420.
- Walsh, B.T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 170(5), 477-84.

Watson, H.J. y Bulik, C.M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med*, 43(12), 2477-500.

Zipfel, S., Wild, B. y Groß, G. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*, 383(1), 127.

CAPÍTULO 15

Prevalencia de género en relación al estudio del Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)

María Velarde Rodríguez, Laura Esther Martín Bejarano Diéguez, y
María Victoria Leal Romero
Hospital Universitario Virgen de la Macarena (España)

Introducción

El ciclo circadiano es un fenómeno interno de nuestro sistema que se encarga de regular las funciones de nuestro organismo, siendo el sueño parte de ese ciclo. La función del sueño en éste ciclo es reguladora y reparadora, mantiene el control de la energía y la temperatura corporal, en definitiva repara los procesos corporales que se han deteriorado durante el día. (Salguero, y Molinero, 2014)

El sueño se define como un estado de suspensión de las actividades mentales conscientes, la voluntad y la vida de relación que se produce cada día, lo cual permite el reposo de parte del sistema nervioso. (Buckwork, y Dishman, 2002)

Uno de los trastornos más importante del sueño es la enfermedad llamada Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) considerada uno de los problemas de salud pública más importante en nuestro país con un alto nivel de mortalidad y morbilidad (Baumel, Maislin, y Pack, 1997).

El Síndrome de la apnea obstructiva del sueño es un trastorno que deriva de la oclusión intermitente y repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño. Esta oclusión se debe al colapso de las partes blandas de la faringe (Fernández, y García ,2009)

Dentro de éste término existe una clasificación sobre los diferentes tipos de apnea, si el cierre o bloqueo de la vía aérea es total, con una duración mínima de 10 segundos, se denomina apnea obstructiva y si dicho cierre o bloqueo es parcial en vez de completo se conoce con el nombre de hipoapnea (Rodríguez, Vaquero y col , 2014)

Las apneas e hipoapneas que caracterizan al SAOS se deben a la oclusión de la vía respiratoria, dicha oclusión se ve favorecida por la flacidez y la hipotonía muscular faríngea, siendo la faringe la única zona con paredes blandas en toda la vía aérea, por lo que es potencialmente colapsable (Casas Rojo, Fernández, Sánchez-Alarcos, et al., 1994).

El SAOS se caracteriza por tres síntomas que están presentes generalmente en casi todos los enfermos, estos son hipersomnia diurna, ronquidos y pausas de apnea referidas por el cónyuge. Además son frecuentes otras alteraciones neurológicas y cardio-respiratorias, que son secundarias a las continuas desaturaciones de oxígeno y a los frecuentes despertares (Guilleminault, y Partinen, 1990).

La apnea del sueño también provoca síntomas diurnos como irritabilidad y alteraciones del carácter, cansancio, pérdidas de memoria leve, falta de concentración, cefaleas matutinas, disminución de la libido e incluso desajustes en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes (Fernández y García, 2009).

También se conoce que en éstos enfermos es mayor la incidencia de arritmias cardíacas, cardiopatías isquémicas así como hay un mayor porcentaje de incidencia de muerte súbita nocturna (Shepard, 1994).

El Síndrome de apnea obstructiva del sueño actualmente es un problema de salud pública de gran trascendencia tanto por sus manifestaciones clínicas como la hipersomnia que tiene un importante impacto familiar, laboral, social (accidentes de tráfico, absentismo laboral, etc.) como por la prevalencia que se estima que es bastante elevada (Young, Zamarrón, et al., 1993).

Actualmente se desconoce la causa exacta que produce apnea obstructiva del sueño, pero si tenemos constancia de que existen una serie de factores que puedan favorecer o estén implicadas en el origen de

dicha enfermedad, como lo son : anomalías estructurales o funcionales de la vía aérea superior (desviación de tabique, hipertrofia de cornetes nasales, hipertrofia de las amígdalas o úvula del paladar), obesidad , fisionomía propia del paciente (cuello corto y ancho),género, edad, antecedentes familiares, etc. (Rodríguez, Vaquero, et al., 2014).

El diagnóstico del SAOS obliga a realizar diferentes pruebas complementarias, para así confirmar o descartar la enfermedad, determinar la gravedad de ésta y adecuar el tratamiento. El diagnóstico definitivo debe llevarse a cabo en una unidad neumológica mediante un estudio respiratorio nocturno, entre los que se encuentran dos tipos de registros poligráficos, la polisomnografía convencional o la poligrafía cardio-respiratoria nocturna (Marín Trigo, Arán Corbella, et al., 1993)

El Síndrome de apnea obstructiva del sueño es el trastorno del sueño diagnosticado con mayor frecuencia y asimismo responsable de la mayor morbilidad y mortalidad entre todas las enfermedades que alteran el ciclo sueño-vigilia (Guilleminault, 1994).

Tanto los estudios epidemiológicos como los estudio clínicos del sueño indican que los síndromes de la apnea del sueño son más comunes en hombres que en mujeres, la diferencia de género en la prevalencia está más marcada dentro de la clínica del sueño.

Las razones para la falta relativa de mujeres para atender las clínicas del sueño y las diferencias patofisiológicas que dan lugar al predominio masculino de los síndromes de la apnea del sueño son desconocidas.

Estudios realizados en nuestro país nos proporcionan cifras de incidencia de dicha enfermedad para la población adulta tales como, 4-6 % en varones y aproximadamente 2% en mujeres. (Marín, Carrizo, et al., 1997)

Objetivo:

Determinar la influencia de género en relación al Síndrome de apnea obstructiva del sueño cuantificando la prevalencia de dicha enfermedad tanto en hombres como en mujeres, siendo éstos pacientes diagnosticados en la Unidad del Sueño del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Metodología

Participantes

En el estudio participaron 100 adultos, escogidos al azar, de edades comprendidas entre 20 y 80 años.

Instrumentos

El diagnóstico del SAOS y la recogida de los datos del estudio del sueño de cada paciente expuesto se realizan mediante un registro poligráfico.

La poligrafía cardio-respiratoria nocturna es un dispositivo con el que se monitoriza el flujo aéreo naso bucal, los movimientos respiratorios torácicos y abdominales, la saturación transcutánea de oxígeno, la posición corporal, el electrocardiograma y el ronquido.

Al no registrar las variables neurofisiológicas no es posible estudiar las distintas etapas del sueño por las que pasa el paciente ni sus características, siendo ésta la diferencia con el otro tipo de registro poligráfico que existe que es más completo y preciso pero a la vez más complejo y con un mayor impacto económico.

El método de elección por excelencia es la poligrafía ya que puede hacerse en domicilio, es un método muy sencillo que no requiere vigilancia sanitaria y además se acepta bien por parte del paciente. Su especificidad y su sensibilidad también es buena por lo que es la mejor alternativa reconocida a la polisomnografía.

El tipo de polígrafo que utilizamos es un polígrafo Philips PDx, éste mediante los distintos sensores anteriormente mencionados, registra el sueño de cada paciente durante una noche y posteriormente descargamos el registro a través del dispositivo mediante un software específico del tipo de polígrafo que utilizamos, este software se denomina Alice PDx.

Todos esos registros descargados quedan grabados en una base de datos de dicho programa.

Procedimiento

Cada día laboral acuden a la Unidad del Sueño del Hospital Virgen Macarena 8 pacientes citados con anterioridad, nos reunimos todos en una de las consultas de dicha Unidad para así explicarles el procedimiento a seguir. Cada uno de ellos puede pasar con un familiar.

En primer lugar me presento, indico que soy la enfermera especializada en terapias respiratorias, les comento que es una prueba del sueño para conocer cómo duermen y para cerciorarnos de si tienen apnea del sueño o por lo contrario descartarla, les explico sin ser exhausta que es la apnea del sueño y posteriormente me centro en el polígrafo en sí.

Les indico que cada polígrafo viene dado dentro de un maletín en el cual introducimos un breve resumen del procedimiento a seguir para la colocación de éste, realizado por las enfermeras de la Unidad, así disminuimos la ansiedad por el desconocimiento de no creer saber ponerse el dispositivo. También les tomamos nota de los datos personales para asociar cada polígrafo a un paciente específico y para completar el estudio con mediciones como peso, talla, edad.

Les explico que el estudio se realiza esa misma noche, que el dispositivo está programado por lo que se enciende solo a las 23 h y se apaga solo a las 7 h ,que deben estar acostados en la cama en ese intervalo horario, y que ya que es un estudio del sueño que intenten conciliar el sueño sin el uso de televisores ,radios, móviles que dificulten la conciliación, insisto en que no hay más que realizar el procedimiento que ahora vamos a poner en práctica, que no se puede tocar ningún botón y que son sensores que la máquina no vibra, ni hace ruido, ni echa aire, tan solo en ocasiones se enciende una luz se apaga o se queda intermitente pero les indico que no se fijen en esto que puede o no suceder.

Les comento que el dispositivo siempre se pone por encima de alguna prenda camiseta, pijama, y que pueden levantarse sin problemas para ir al baño si así lo necesitaran.

Continuo eligiendo al azar a uno de los 8 pacientes que se encuentran en la consulta, le pido que se ponga en pie en el centro para que nos sirva de ejemplo para la colocación del polígrafo.

Coloco uno a uno todos los sensores deteniéndome en cada uno de ellos para explicar brevemente y sin tecnicismos que detectan. El paciente acaba con los sensores puestos y explico que así tienen que estar listos justo antes de las 23h.

Les indico que a la mañana siguiente, a la hora estipulada deben quitarse todos los sensores de igual manera que se los pusieron y me los introducen en el maletín.

Señalo y repito en varias ocasiones que deben traerlos a la mañana siguiente, lo antes posible, no más tarde de las 9 h a poder ser, para así continuar con el procedimiento.

Tras haber tomado un paciente como ejemplo, el resto de pacientes se colocan los dispositivos, con la ayuda del familiar si así lo desean, delante de un espejo para que les sea más fácil. Paso uno por uno cerciorándome que todos se coloquen el polígrafo correctamente y resolviendo dudas. A la mañana siguiente regresan a la Unidad del Sueño para dejar los polígrafos, compruebo que todo este correcto y me comentan sus sensaciones durante la noche, las cuales anoto si considero relevantes. Posteriormente al tener todos los polígrafos recogidos procedo a la descarga de los estudios con el software antes mencionado, Alice PDx , descargo uno por uno los estudios de la noche de sueño de cada paciente y se los entregó a su correspondiente neumólogo para que interprete el estudio y determine si el paciente requiere o no tratamiento para dicha enfermedad.

Todos los datos quedan recopilados en una base de datos Excel de uno de los ordenadores de la Unidad del Sueño y a los que cualquier neumólogo, solicitándolo previamente, puede recurrir.

Análisis de datos

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Nuestra muestra procede de la población comprendida en la Unidad del Sueño del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Para el análisis de datos se utiliza un programa de descarga de las poligrafías en la que se puede obtener los detalles de las horas de sueño de cada paciente expuesto.

Resultados

De los resultados obtenidos en nuestro estudio puedo sacar varias conclusiones.

De 100 personas escogidas al azar las cuales presentaban algún síntoma que pudiera relacionarse con el Síndrome de Apnea del Sueño, por ello en la visita médica previa al estudio del sueño fueron derivados a ésta Unidad, un 26 % eran mujeres y un 74 % eran hombres.

Por otra parte tras la descarga de los estudios de cada uno de los pacientes y su posterior análisis por los distintos neumólogos asignados, un 30 % de mujeres y un 57% de hombres que estuvieron expuestos al estudio de la Apnea del Sueño fueron diagnosticados de la enfermedad y le prescribieron un tratamiento específico para ésta.

En definitiva es mayor la prevalencia de ésta enfermedad en hombres que en mujeres, por lo que sí influye el sexo/género en el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

Figura 1. Personas expuestas a la prueba de apnea del sueño

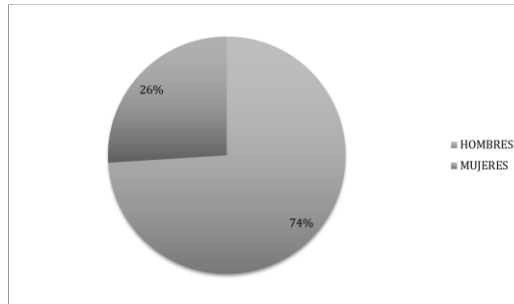
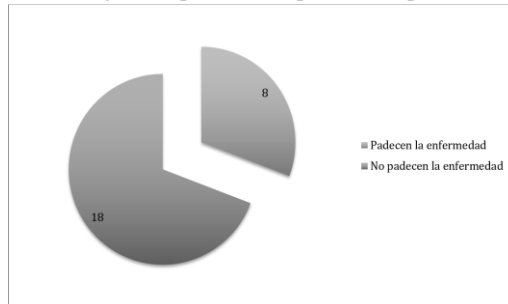


Figura 2. Mujeres expuestas a la prueba de apnea del sueño



Discusión/Conclusiones

Como hemos podido comprobar a través de nuestro estudio y como era de prever, puesto que los signos clínicos a priori son más acentuados en hombres que en mujeres, la prevalencia de casos es mayor en éstos con una importante diferencia.

Estudios recientemente realizados en nuestro país por autores como Marín, Gascón y Zamarrón encuentran cifras, refiriéndonos a población adulta, que oscilan entre un 4-6% en hombres mientras que en mujeres es aproximadamente 2 %

Estos porcentajes son similares a los referidos por Young et al. en un estudio efectuado en Estados Unidos.

Por lo que concluimos que el género si influye en el diagnóstico de la apnea del sueño como podemos comprobar en los estudios citados anteriormente y es nuestras propias cifras obtenidas de la Unidad del Sueño del Hospital Macarena en Sevilla.

Referencias

- Barbé F, Amilibia J, Capote F et al. *Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño*. Informe de consenso del área de insuficiencia respiratoria y trastornos del sueño. *Arch Bronconeumol* 1995; 31:460-462.
- Durán Cantolla J, Amilibia Alonso J, Barbe Illá F, Capote Gil F, González Mangado N, Jiménez Gómez A et al. *Disponibilidad de recursos técnicos para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño en los hospitales*.
- Durán J, Esnaola S, Rubio R et al. Obstructive sleep apnea in the general population. *Eur Resp J* 1998; 12 (Supl 128): 376S.
- Gislason T, Almqvist M, Erikson G, Taube A, Boman G. Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men. An epidemiological study. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 571-576.
- Guilleminault C, Partinen M. Obstructive sleep apnea syndrome. *Clinical research and treatment*. New York: Raven Press, 1990.
- Guilleminault C. Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea. En: Kryger MH, Roth T, *Dement WC (eds). Principles and practice of sleep medicine*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1994; 667-677.
- Marín JM. Prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en la población general adulta. Estudio epidemiológico de Zaragoza. *Seminario europeo sobre trastornos respiratorios durante el sueño*. Madrid, febrero, 1995.
- Marín Trigo JM, Arán Corbella X, Barbé Illa F et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). *Arch Bronconeumol* 1993; 29
- Strollo PJ, Rogers RM. Obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 1996; 334:99-104.
- Wilms D, Popovich J, Fujita S. *Anatomical abnormalities in obstructive sleep apnea*. *An ORL* 1983; 9 1 : 595-596.
- Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep disordered breathing among middle aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328:1230-1235.
4. Marín JM, Gascón JM, Carrizo S, Gispert J. Prevalence of sleep apnea syndrome in the Spanish adult population. *Int J Epidemiol* 1997; 26:381-386.
- Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep disordered breathing among middle aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-1235.
- Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 165:1217- 1239.
- Zamarrón C, Álvarez JM, Otero Y et al. Epidemiology of sleep apnea syndrome in people from 20 to 70 years of age. *Eur Respir J* 1995; 8(Suppl 19):436
- Zamarrón C, Otero Y, Álvarez JM, Pénela P, Golpe M, Salgueiro M et al. Prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño en nuestra área sanitaria, datos preliminares. *II Reunión del Área de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del Sueño*. Getafe. Enero 1995.

CAPÍTULO 16

Calidad de vida en el cáncer infantil: un enfoque desde enfermería

M^a Isabel Serrano Carrillo, Inmaculada Godoy Gómez, y M^a Inmaculada Romero Quirantes
Servicio Andaluz de Salud (España)

Introducción

En España se diagnostican casi mil casos de cáncer infantil nuevos por año. Es una de las principales causas de muerte entre la población infantil. Desde la década de los 70, la oncología ha experimentado grandes avances en este campo, disminuyendo la mortalidad en un 20 %, los avances médicos, la investigación han aumentado la supervivencia (Peris, 2010).

El incremento de la tasa de supervivencia en los últimos años de los niños enfermos de cáncer ha hecho que no solo sea necesario curar la enfermedad, sino disminuir los efectos secundarios que origina el tratamiento del cáncer para aumentar el confort.

En los últimos años una de la principal preocupación del personal sanitario es la calidad de vida de los pacientes, la agresividad en los tratamientos, el deterioro físico y psicosocial que produce la enfermedad, ha hecho que en la actualidad se investigue más y se aumente el conocimiento en este campo, para ofrecer mejores cuidados, y aumentar la calidad de vida de los enfermos (Calvo, Carboné; Sevilla, y Celma, 2006).

El tratamiento principal utilizado para los tumores en niños es la quimioterapia, es un tratamiento muy agresivo y que tiene efectos secundarios como vómitos, náuseas, caída del cabello, pérdida de apetito y de peso, fatiga, anemia y repercusiones psicológicas. Otro tratamiento que se utiliza en el cáncer es la radiación, que suele asociarse a la quimioterapia, también se utiliza el trasplante de médula, aunque se suelen combinar todos en función de la neoplasia y la edad del niño (Pollan, 1998).

Dependiendo del tipo de cáncer se utilizara un tratamiento u otro, ya que en los niños, las neoplasias cursan distintas a los del adulto, aunque responde mejor al tratamiento. La enfermedad requiere de estancias prolongadas en el hospital, los niños se enfrenta a una enfermedad que produce un gran impacto emocional, soledad, miedo, ira, depresión, ansiedad, alteraciones en su desarrollo infantil, deterioro físicas y psicológicas (Jenkin, 1998).

Los procedimientos invasivos, los distintos tratamientos son factores estresantes para los niños enfermos, a veces más que la propia enfermedad, es frecuente que los niños creen una conducta negativa manifestando gritos, resistencia, no colaboren en el tratamiento. Se produce un fragmento en su vida diaria, separación de hermanos, de los padres, de amigos (Mattson, 1972).

El cáncer que más afecta en la infancia son: el linfoma, tumor cerebral, leucemia y sarcoma de tejidos blandos y huesos. Los niños que superen un cáncer a largo plazo entre (5-20 años después), pueden aparecer efectos secundarios, problemas psicológicos, dentales, daño cognitivo, alopecia, problemas hormonales, infertilidad; (Peretz, 2001) y según varios estudios el tumor que más secuelas produce son los que afectan al SNC; (Hays, 1992).

En los años 90 se comenzaron las investigaciones sobre calidad de vida, aumentando en los últimos años el interés por evaluar la calidad de vida en la salud de los niños oncológicos. Conocer el impacto que tiene el cáncer y el tratamiento en todas las fases de la enfermedad, en niños y padres. También crece el interés por estudiar el bienestar físico, social, capacidad funcional, emocional y familiar (Foreman, 1999).

El estudio a largo plazo de los supervivientes y sus secuelas, hoy en día se considera prioritario por muchos profesionales de salud (Hinds, 1994), así como incluir medidas de calidad de vida durante los ensayos clínicos y en el proceso de tratamiento.

Organización Mundial de la Salud: “un estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1947).

Para definir la calidad de vida, en algunos aspectos es subjetiva, temporal y variable según en el momento en el que se realiza la valoración; refleja el bienestar de la persona. Varios autores lo definen como un concepto multidimensional (Calman, 1984).

Según el autor, la definición más utilizada de la calidad de vida es: “La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afecten a su estado general de bienestar” (Shumaker, 1995).

Objetivos

1. Analizar los distintos cuestionarios de calidad de vida más utilizados en niños con cáncer infantil.
2. Determinar el impacto que tiene el proceso de la enfermedad, procedimientos y tratamientos, así como analizar la influencia sobre la calidad de vida en niños con cáncer.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos en la base de datos PudMed, Cuiden, Dialnet y Scielo; utilizando los descriptores de Ciencias de la Salud utilizados han sido: “cáncer infantil, calidad de vida, oncología pediátrica, enfermería pediátrica, impacto emocional del cáncer en niño”. Posteriormente se realizó una lectura crítica de los artículos para ser incluidos en nuestro estudio basándonos en los criterios de validez y su aplicabilidad.

Descripción del instrumento

En nuestro estudio abordamos y analizamos como estudiar y medir la calidad de vida en niños con cáncer, y los factores que influyen en su medición de calidad de vida sobre su estado de salud, en las distintas fases de la enfermedad de cáncer en niños. Hemos encontrado pocos estudios relacionados con el tema, debido a la complejidad que presenta.

Hemos encontrado 12 cuestionarios, utilizados para la valoración de la calidad de vida en oncología pediátrica. Adaptados a España 7, que son en los que nos vamos a centrar, de los cuales hemos analizado 4, por sus características, validez y fiabilidad.

Principalmente hemos estudiado la validez de los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en oncología pediátrica. Hay una gran variedad de instrumentos, tanto específicos como genéricos, que analizan la calidad de vida de manera multidimensional. Los test pueden ser respondidos directamente o autoadministrados en niños con edades comprendidas entre algunos 4 y 18 años. Para los padres, cuidadores y médicos desde el nacimiento y 18 años.

Al igual que en los adultos, en pediatría oncológica hay cuestionarios genéricos y específicos, se pueden utilizar juntos para obtener evaluaciones más completas. Los específicos miden la enfermedad y sus características.

Los criterios de selección para escoger los test que hemos seguido son:

Que tengan un alto nivel de evaluación de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio; y propiedades psicométricas, número de ítems o preguntas, respuestas, cuestionarios adaptados a España y versión en español.

Los test que hemos recogido son test específicos para medir calidad de vida en oncología pediátrica. Evalúan preocupaciones específicas y cuestiones de grupos de enfermedad. A veces se recomienda utilizar tanto las evaluaciones específicas como las generales para obtener información complementaria.

Los indicadores que miden la calidad de vida son miden el (Toledo, 1992):

- Funcionamiento físico.
- Funcionamiento psicológico.
- Funcionamiento social.

- Síntomas y efectos secundarios.

Resultados

La calidad de vida en niños con cáncer, no se relaciona directamente con la gravedad de la enfermedad, sino está relacionada directamente con una sobrecarga psicológica para el paciente y la familia, todo ello influenciadas por otros factores estresantes como el diagnóstico, evolución de la enfermedad, complejidad del tratamiento y efectos secundarios al mismo, aparición de dolor secundario al cáncer y a los procedimientos (Jenkin, 1998).

La edad del niño al que se diagnostica el cáncer aparecen sentimientos y reacciones: niños con edades más tempranas manifiestan miedo a la separación de los padres, llantos, alteraciones en el sueño y miedo al dolor. Los mayores sienten estrés, miedo a la soledad, ansiedad, miedo a los cambios físicos y a la muerte. El paciente oncológico pediátrico se enfrenta a la enfermedad de distintas formas, su reacción y las medidas que adopte ante la enfermedad, determinara el impacto emocional y sus repercusiones psicológicas.

El dolor es una alteración subjetiva, a veces es difícil de detectar en niños muy pequeños o en niños que presentan deterioro cognitivo y limitaciones en el lenguaje, dificultades para la comunicación.

El dolor en los pacientes oncológicos es el principal factor estresante, adoptando una conducta de alerta, puede producir si no se trata, problemas de sueño, miedo a la enfermedad y preocupación por el futuro. Es uno de los principales factores estresantes tanto para el niño como para los padres, que en ocasiones los padres pueden negar o quitar importancia al dolor, por miedo a que acompañe a un pronóstico a la enfermedad. Esta negación es una forma de autoprotgerse del impacto que causa el dolor (Slater, 2002).

Frager y Shapiro (1998) en su estudio, elaboraron unas directrices para poder controlar el dolor. El primer paso es la evaluación sobre el dolor. Algunas de las recomendaciones que realizaban eran: intervención de toda la familia para el manejo del dolor, el dolor es una emergencia, tratar los efectos emocionales, sociales y fisiológicos del dolor, incluir la participación de los padres para tratar el dolor, calcular la frecuencia del dolor y modo en el que este se controla, combinar medidas no farmacológicas y farmacológicas.

La calidad de vida en pacientes oncológicos, se mide con cuestionarios y escalas validadas; para medir la percepción y/o el estado de salud. Con distintos ítems, algunos test son autoadministrados para los niños y otros para padres, según la edad del niño y capacidades. Esto va a influir mucho es los resultados, varios estudios demuestran que un mismo cuestionario administrado a padres, médico y los propios niños, los resultados eran muy distintos. La información obtenida por los padres era más baja en referencia a calidad de vida, problemas emocionales, que la que los niños habían aportado, eran más pesimistas respecto a su estado de salud. La información de médicos tampoco coincidía con la de los padres, suelen ser más positivos (Parsons, 1999).

Otro estudio en el que se realizó a padres y niños, tanto sanos como enfermos, se obtuvo que en los niños enfermos coincidieran en un 50% de preguntas y en las otros 50 %, los padres encontraban más alteraciones que los propios niños. En niños sanos coincidían padres e hijos (Levi, 1999).

No todos los cuestionarios o instrumentos que han sido adaptados cumplen las recomendaciones metodológicas, ni son precisos en su medición, las traducciones no son correctas, tampoco existe un acuerdo en las definiciones de los indicadores. En cuanto a la comprensión de los cuestionarios aplicados a niños, según varios estudios, son comprendidos casi en su totalidad, no encontrándose características significativas, al igual que los realizados por los padres (Eiser y Morse, 2001).

Generalmente las dimensiones que se tienen en cuenta para evaluar la calidad de vida en niños y adolescentes, son las relacionadas para evaluar las actividades de la vida diaria como aseo y cuidado personal, movilidad, capacidades cognitivas como: memoria, concentración, aprender, emociones positivas y negativas, relaciones con amigos y familia, percepción de uno mismo, apoyo social.

Instrumentos de medida de calidad de vida en la salud en niños con cáncer:

ECVNO. Escala de calidad de vida para niños oncológicos (Expósito et al., 1996).

Presenta 19 ítems, con 3 categorías versionadas para niños, edad en el que se puede evaluar es de 6 a 18 años. Utilizado para evaluarla calidad de vida en niños con distintos tumores cerebrales, linfoma, osteosarcoma, linfomas de Ewing, linfomas de Burkíng, linfomas de Hodgkin. En castellano (Exposito, 1996). Mide parámetros como:

- Aislamiento relacional (con los demás niños)-Ausencia de diversión.
- Carencia subjetiva o no, de un ambiente favorable.
- Carencias emocionales.
- Sufrimiento emocional.
- Obstáculos para relacionarse.
- Falta de bienestar emocional.
- Efectos secundarios del tratamiento.

Puntuaciones superiores, indican mala calidad de vida y puntuaciones bajas mejor calidad de vida.

KIDSCREEN :Instrumento que mide la calidad de vida relaciona con la salud,con varias versiones para niños/as, adolescentes y padres, 3 cuestionarios con distintos ítems (52, 27, 10 indez) cada uno con distintos ítems.Evalua bienestar subjetivo y al salud de niños y adolescentes.Aplicable para edades comprendidas entre 8-18 años.Se desarrollo simultaneamente con 13 paises Europeos, es transcultural. Se calcula la puntuación y porcentaje,que estan adaptados en cada pais, estratificado por edad y sexo.Indicadores: bienestar fisico, psicologico, estado de animo, autopercepción, autonomia, relación de padres y vida familiar, recursos económicos, relaciones de amigos y apoyo social,entorno escolar, aceptación social(bullying) (Alonso y Antó-Boqué, 1990).

CHAQ. Childhood Health Assesment Questionnaire (Duffy et al., 1994).

Utilizado para edades entre 1-19 años, evalúa 8 indicadores: vestirse y asearse Edad de 1 a 19 años evalúa 8 dimensiones, vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar, higiene personal, destreza, prensión, actividades. Contiene 37 ítems, con respuesta tipo likert (4 categorías), tiene 2 versiones para responder, una versión para niños 18-19años y versión para padres de 1-7 años. Se necesita de un tiempo de 10 minutos aproximadamente para contestar.

Peds QL. Pediátric Quality of Life Inventory, Varni et al. (2001)

Utilizado en edades entre 2-18 años. Mide 4 indicadores: funcionamiento físico, social, emocional y escolar. Contiene 23 ítems. Puntuación escala tipo likert3-5 categorías, tiene una versión para niños 5-18 años y para padres de niños entre 2-18 años. Tiempo necesario para contestar entre 4 minutos. Incluye modo específico integrado para enfermedad de cáncer. Fiabilidad de 0.78-0.92.

Discusión/Conclusiones

Ha de elaborarse un modelo de teoría sobre los factores que influyen en la calidad de vida en niños y adolescente con cáncer. Podemos concluir que no hay acuerdo entre investigadores en los instrumentos de medidas y las estructuras medibles en la calidad de vida para la salud en pacientes oncológicos pediátricos (Levi y Drotar, 1999).

En los niños enfermos oncológicos, el tratamiento no solo debe ser el médico, sino que es necesario mejorar el bienestar y calidad de vida del niño. Fomentar al máximo sus habilidades funcionales dentro de lo posible para mantener un desarrollo normal y con una calidad de vida máxima.

La aparición de muchos artículos y la traducción de test o cuestionarios al español utilizados para medir la calidad de vida, no garantiza que esas medidas sean fiables en nuestro país, por ello hay que validar y evaluar el instrumento de medición (Alonso y Antó Boqué, 1990).

Se necesitan investigar más sobre los factores que afectan a la calidad de vida en la salud y estudios sobre el impacto que causa la enfermedad, en el niño y su familia, durante el tratamientos y posteriormente.

Debido a las particularidades infantiles para poder evaluar los factores que afectan a la calidad de vida como el dolor, factores emocionales, de autoestima, debemos estudiar y conocer más sobre estas características para ayudar al niño y a su familia afrontar la enfermedad de cáncer de la mejor manera posible, así como evitar secuelas futuras.

Es necesario informar y enseñar a la familia y al niño enfermos que reconozcan efectos secundarios del tratamiento o reacciones adversas, y que las comuniquen al personal, para manejar y prevenir síntomas como dolor, náuseas, vómitos etc....adoptando estas medidas de confort y bienestar, aumentaría su calidad de vida en la salud de niños con cáncer.

Referencias

- Alonso, J., Antó Boqué, J.M. (1990). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. *Quaderns CAPS*, 14, 16-24.
- Calman, K.O. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *J Med Ethics*, 10, 124-127.
- Calvo, C., Carboné, A., Sevilla, G., y Celma, J.A. (2006). *Los problemas de la enfermedad oncológica infantil*. Zaragoza: ASPANOVA y Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, p. 5-1
- Eiser, C., y Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess*, 5(4), 1-157.
- Expósito, D., Gebrero, B., Olivares, S., y Ruiz, T. (1996). Evaluación de la calidad de vida en niños enfermos de cáncer mediante el ECVNO y POQOLS. *Psiquis*, 17, 383-388.
- Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E., y Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in the parents of children with asthma. *Qual Life Res*, 5, 27-34.
- Feeny, D., Furlong, W., Boyle, M., y Torrance, G.W. (1995). Multi-attribute health status classification systems. *Health Utilities Index; Pharmacoeconomics*, 7(6), 490-502.
- Foreman, N.K., Faestel, P.M., Pearson, J., Disabato, J., Poole, M., Wilkening, G., Arenson, E.B., Greffe, B., y Thorne, R. (1999). Health status in 52 long-term survivors of pediatric brain tumors. *Journal of Neuro-oncology*, 41(1), 47-53.
- Fragar, D.H. (1995). Distinction between postoperative ileus and mechanical small-bowel obstruction: value of CT compared with clinical other radiographic findings. 164, 891-894.
- García, E., González, M.P., Saiz, P.A., y Bobes, J. (1998). The Spanish version of the AUQUEI questionnaire (child pictured self-report). 5th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. *Qual Life Res*, 7, 596.
- Goodwin, D.A.J., y Boggs, S.R. (1994). Development and validation of the pediatric oncology quality of life scale (POQOL). *Psychol Assess*, 6, 321-328.
- Hays, R.D., Anderson, R., y Revicki, D. (1993). Psychometric considerations in evaluating health related quality of life measures. *Qual Life Res*, 2, 441-9.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., yBadia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, 7(4), 323-35.
- Herranz, J.L., y Casas, C. (1996). Escala de calidad de vida de niños con epilepsia (CAVE). *Rev Neurol (Barc)*, 24, 28-30.
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Olson, M. S., Gross, J., Puckett, P., Randall, E., Gattuso, J. S., Wiedenhoffer, D. (1994). The 1992 APON Delphi study to establish research priorities for pediatric oncology nursing. *Journal of pediatric oncology nursing*. 11 (1), 20-27.
- Mattson, A. (1972). Long-term physical illness in childhood: a challenge to psychosocial adaptation. *Pediatrics*, (50), 801-811.
- Levi, R. B., Drotar, D. (1999). Health-related quality of life in childhood cancer: discrepancy in parent-child reports. *International journal of cancer. Supplement*. (12)58-63.
- Lindstrom, B., Kohler, L. (1991). Youth, disability and quality of life. *Pediatrician*. ; 18 (2), 121-128.

Peretz, N.M., Goldberg, H., Kuten, A., Meller, I., Krivoi, E., Lorber, A., Bentur, L., Lightman, A., Gorenberg, V., Benarush Weyl, M. (2001). Longterm sequelae of malignant tumors in childhood: consequences of late side-effects. *Harefuah*. 140(2): 1-100-195.

Peris, R., Felipe, S., Martínez, N., Pardo, E., Valero, S. (2010). Cáncer infantil en España. Estadísticas: 1980-2013.

Rajmil, L., Estrada, M., D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit*, 15(Suppl 4):34-43.

Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Alonso, J., Starfield, B., Riley, A., Vázquez, J.R. (2001). And the research group for the Spanish version of the CHIP-AE. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE) [en revisión].

Shapiro, M.D., (1996). Macroeconomic Implications of Variation in the Workweek of Capital. *Brookings Papers on Economic Activity*, (2), 79-119.

Shumaker, S., Naughton, M. (1995). The International Assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker, S., Berson, R. *Editors*. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications.

Slater, J., A. (2002) Psychiatric aspects of cancer in childhood and adolescence. In: Lewis M, editor. *Comprehensive textbook of child and adolescent psychiatry*. Baltimore (MD): Williams and Wilkins, p.1035-46.

Tauler, E., Vilagut, G., Grau, G., González, A., Sánchez, E., Figueras, G., et al. (2001). The Spanish version of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ): metric characteristics and equivalence with the original version. *Qual Life Res*; 49 (10)81-91.

CAPÍTULO 17

Análise dos Riscos de Síndrome Metabólica em Escolares e 16 a 19 Anos

Rodrigo Gomes de Souza Vale*, Danielli Braga de Mello**, Antonio Alias***,
Camila Ranieri Chaves Barbosa*, Carlos Soares Pernambuco*

*Universidade Estácio de Sá (Brasil), **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Brasil), ***Universidad de Almería (Espanña)

Introducción

A Síndrome Metabólica (SM) também é conhecida como Síndrome X, é uma doença caracterizada por um conjunto de fatores de risco tais como Hipertensão arterial, Hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, Obesidade central entre outros (Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2005).

Uma doença da civilização pós-moderna, a SM foi identificada pela primeira vez em 1922 (Moraes et al., 2009). Estudos epidemiológicos sugerem que fatores genéticos como baixo peso ao nascer e o ganho excessivo na infância e na adolescência, associam-se aos fatores de risco da SM. Da mesma forma, a falta de uma dieta controlada e a inatividade física agrava ainda mais esses fatores riscos (Lottenberg, et al., 2007; Gottliebe, et al., 2008).

A SM é a combinação de fatores de riscos genéticos, ambientais, má alimentação e sedentarismo. Seu aumento em crianças e adolescentes pode causar doenças cardiovasculares quando adultos, elevando o custo com a saúde pública, o impacto das doenças e até a morbididade. (Capanema, 2010)

Os critérios de diagnósticos da SM mais utilizados, até 2001, são os achados da OMS e pela National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III), sendo este o mais recomendado pela SBC na publicação do I Diagnóstico e Tratamento da SM no Brasil (I DBSM) em 2005. Esse critério foi escolhido pela facilidade clínica diagnóstica (SBC, 2005).

A OMS trabalha com a avaliação da resistência à insulina ou do distúrbio metabólico da glicose. Já a NCEP-ATP III não exige mensuração de resistência à insulina, facilitando assim os estudos e o diagnóstico (Moraes, et al., 2009).

Para uma análise pediátrica da SM, em crianças e adolescentes, alguns critérios têm sofrido adaptações quanto à idade e sexo para os pontos de corte. Segundo os achados da International Diabetes Federation (IDF) (2006) para os adolescentes acima de 16 anos, os pontos de corte são os mesmos utilizados em adultos. (Capanema, et al., 2010).

Segundo Alberti et al. (2006) o diagnóstico de SM do IDF é feito através da alteração da circunferência abdominal (CA) (homens: >94 cm e mulheres: >80cm) somada a mais dois componentes que podem ser alteração da pressão arterial (PA) ($\geq 130/85$ ou uso de anti-hipertensivos) e glicose sérica alterada (GSA) (>100 (incluindo DM)), existindo também o componente de alteração dos lipídios séricos que não serão avaliados nesse trabalho.

A avaliação da CA alterada para todo o diagnóstico pediátrico é de extrema importância pela análise do IDF, além disso, a observação do histórico familiar da criança e do adolescente deve ser levada em conta nessa avaliação. (ZIMMET, et al., 2007)

O excesso de gordura visceral, o acumulado na região abdominal, pode levar a um aumento da concentração de citocinas inflamatórias e ácidos graxos que estimulam a gliconeogênese, bloqueia a depuração hepática de insulina e causam acúmulo de triglicerídeos no fígado e nos músculos. Esse acúmulo poderá levar a resistência à insulina, provocando a dislipidemia, que são altos níveis de lipídios séricos (Wajchenberg, et al., 2009).

A DM do tipo 2, é um distúrbio metabólico caracterizado pela resistência à insulina e está associado a diversos fatores de risco cardiovasculares, incluindo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade,

entre outros. Sendo assim, pessoas com diabetes têm maior incidência de adquirir doenças coronarianas, arterial periférica ou vascular cerebral (Silva, et al., 2006).

Uma mudança no estilo de vida, acompanhada de uma dieta saudável e exercícios físicos, pode apresentar um resultado significativamente positivo para a profilaxia da SM e seus fatores de risco (Salaroli, et al., 2007).

Pedersen e Saltin (2006) relataram diversas evidências de que essa relação dieta e exercício podem reduzir em até 42% os fatores de risco relacionados à DM. Além disso, a atividade física melhora a circulação sanguínea e com isso a tensão exercida na parede do vaso sanguíneo, que estimula o óxido nítrico no endotélio induzindo o relaxamento do músculo liso e a vasodilatação.

A Educação Física escolar integrada à proposta pedagógica da escola é componente curricular da Educação Básica, de acordo com as faixas etárias e as condições da população escolar, porém ela é facultativa aos cursos noturnos e em alguns casos em específico. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBEN), 1996)

Conforme o estudo de Martileni et al. (2006) a Educação Física Escolar no Ensino Médio deve ter uma especial atenção quanto à motivação do aluno, que nessa fase escolar, já não está mais tão motivado quanto no Ensino Fundamental, pois o mesmo adquire uma visão mais crítica e então não atribui mais valor à Educação Física.

Além disso, com o avanço e a facilidade de acesso à tecnologia, crianças e adolescentes estão se tornando menos ativos e com isso aumentando o excesso de gordura corporal, com mais chances de desenvolver obesidade (Leite, et al., 2010)

A Educação Física no Ensino Médio tem como competência, dentre outras, a manutenção ou a aquisição da saúde, direcionando o adolescente para essa construção da condição de saúde/doença na sua realidade, para promover e recuperar essa saúde, de forma particular ou coletiva. (Mattos e Neira, 2004)

Porém, a Educação Física, desde o início da história, é colocada em planos inferiores na escala de valores da nação. Isso pode ser observado na maioria das escolas de 2º grau, onde se pode constatar o desprezo e discriminação sofrida em relação a outras disciplinas (Medina, 2006).

Esse fator, associado à desmotivação da prática das aulas de Educação Física escolar, podem agravar ainda mais os riscos do indivíduo apresentar, ainda na adolescência, fatores de risco para SM.

Baseado no exposto, o estudo tem como objetivo avaliar os fatores de risco da SM em adolescentes escolares de 16 a 19 anos.

Metodología

A metodologia utilizada foi a pesquisa descritiva por análise de dados e de cunho transversal (Thomas, Nelson, e Silverman, 2007).

Participantes

Os critérios de exclusão da amostra adotados foram: estudantes fora da faixa etária (16 a 19 anos), em jejum e grávidas. A coleta foi feita em adolescentes praticantes e não praticantes de Educação Física Escolar, de uma escola da rede estadual em Araruama-RJ. Para melhor compreensão do estudo foram levantados dados sócios demográficos. Nesta seção foram analisadas informações quanto à idade, gênero, participantes das aulas de Educação Física ou não e praticantes de atividades físicas fora da escola, ou não.

Procedimentos

A análise dos fatores risco para SM foi feita através da coleta de medidas antropométricas: massa corporal (kg), através de uma balança mecânica com capacidade de 150 kg, sem sapatos e com o mínimo de roupa (camisa e bermuda); estatura (cm), através de uma trena antropométrica em aço (Sanny) fixada na parede, os adolescentes permaneceram descalços encostando a cabeça, dorso, glúteo e calcanhar na

superfície da parede, junto à trena métrica; circunferência abdominal (cm) foi aferida com uma trena antropométrica em aço (Sanny), o adolescente permaneceu ereto, respirando suavemente, para que a trena possa circundar a linha da cicatriz umbilical de forma paralela ao solo, sem afrouxamento; e para a aferição da pressão arterial em repouso, foi utilizado um esfigmomanômetro aneróide e um estetoscópio (Rappaport), o avaliado permaneceu sentado e a aferição foi no braço não dominante. Todos os dados foram coletados por apenas um pesquisador.

A análise glicêmica em jejum de 12 horas, foi feita através de um glicosímetro da marca Prestige IQ, com tiras reagentes da mesma marca, e lancetas descartáveis. O escolar foi submetido à coleta, após assepsia da ponta do dedo que, para coleta da gota de sangue capilar. Todos os materiais foram descartáveis e eliminadas em uma caixa de lixo hospitalar do fabricante Descarpak.

Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), onde foram orientados a respeito da possibilidade de abandonar a pesquisa, se assim fosse desejado.

Análise dos dados

Foi realizada a distribuição de frequências em valores absolutos e relativos.

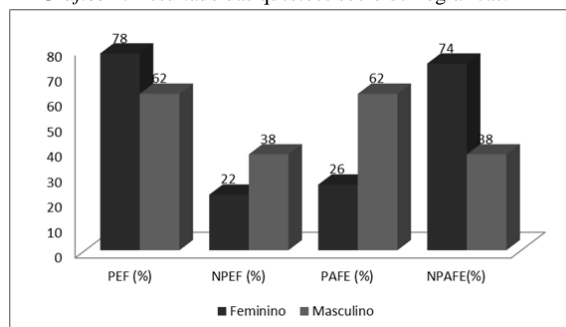
Resultados

A amostra contou com 34 voluntários, regularmente matriculada na escola da rede estadual de ensino, dentro da faixa etária pré-estabelecida para a pesquisa. Sendo assim, foram 76% do sexo feminino e 24% do sexo masculino com média de idade de $17 \pm 1,24$ anos, matriculados no segundo ano do ensino médio ($2,5 \pm 0,8$).

Em relação à participação das aulas de Educação Física, 76% afirmaram que participam, e 24% não, corroborando um estudo de Darido (2004) onde ela encontrou uma negação às aulas de Educação Física em 19% dos alunos do Ensino Médio. Na mesma pesquisa, Darido observou que a Educação Física para Ensino Médio é a disciplina que eles mais gostam, porém não atrelam a ela tanta importância, ficando em terceiro lugar, atrás de Português e Matemática.

Quanto à prática de atividade física fora da escola, 67% relataram que não fazem nenhuma atividade física, e apenas 33% fazem, corroborando assim com um estudo transversal de Ceschini et al. (2008) com adolescentes escolares de São Paulo. Esse fator pode estar associado com o distrito onde está situada a escola, e que a maioria dos alunos residem, pois se trata de uma área de característica rural, que está passando por um processo de urbanização, e não possui muitas áreas apropriadas para a prática de atividades físicas. Os resultados das análises sócio demográficas por gênero foram expostos no gráfico abaixo:

Gráfico 1. Resultado das questões sócio demográficas.



PEF: Participam das aulas de Educação Física; NPEF: Não participam da Educação Física; PAFE: Praticam atividade física externa e NPAFE: Não praticam atividade física externa.

Os resultados da análise antropométrica por gênero foram expostos nas tabelas abaixo:

Tabela 1. Resultado da análise antropométrica

	Peso (Kg)		Estatura (cm)		IMC	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Média	55,97	56,50	1,63	1,67	20,07	20,14
DP±	11,23	9,84	0,08	0,08	3,40	2,62
V. máx	90,70	86,90	1,83	1,83	33,31	27,12
V. mín	42,00	42,00	1,51	1,51	14,88	14,88

Legenda: DP: Desvio Padrão; V. máx: Valor máximo; V. mín: Valor mínimo.

Tabela 2. Resultado da análise antropométrica dos fatores de risco

	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)		CA (cm)		GSJ(mg/dL)	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Média	111	114	74	75	73	74	60	64
DP±	12	12	10	10	10	8	12	11
V. máx	150	150	110	110	108	97	86	86
V. mín	90	98	60	60	63	63	28	29

F: Feminino; M: Masculino; DP: Desvio Padrão; V. máx: Valor máximo; V. mín: Valor mínimo.

Discussão

Analisando os dados expostos no gráfico 1, observa-se que a maioria dos alunos que participam das aulas de EF nessa escola são as meninas, porém, como a amostra de meninos foi pequena, será preciso a elaboração de um estudo maior e homogêneo para que se possa afirmar essa estatística em Araruama. Entretanto a maioria que relatou praticar atividades físicas fora da escola foram os meninos.

Segundo Golçanves et al. (2007), os meninos possuem maior apoio (social e familiar) para praticar atividades físicas, e que os pais atribuem o mau desempenho escolar dos filhos ao tempo gasto na rua, fora da escola. Além disso, grande parte das pesquisas nacionais e internacionais sobre atividades físicas por gênero, apontam o sexo masculino como mais ativo (Lopes, 2004; Riddoch et al., 2004; Oehlschlaeger et al., 2004; Salvador, 2005; Gordia, 2008), o que sugere uma maior atenção ao público feminino, através de políticas públicas, principalmente na adolescência.

Analisando a Tabela 1, verifica-se que o IMC, de ambos os gêneros, encontra-se na classificação normal, pela tabela de percentil (5 a 85) pediátrica (OMS, 2007). O sexo feminino apresentou 84% de classificação de IMC normal, 9% com excesso de peso 1, 4% obesidade 2 e ainda 4% de baixo peso. Já o sexo masculino apresentou 57% de classificação normal, 29% baixo peso, e 17% obesidade 1.

Para Brandão et al. (2005), dentre os fatores de risco que fazem parte da SM, a presença de sobrepeso/obesidade aparece como o mais importante. Logo, com o passar dos anos e mudanças no estilo de vida, os subnutridos reduziram-se em 50%, em compensação os com sobrepeso/obesidade dobraram, em diversos países.

Segundo Enes et al. (2010), o aumento de sobrepeso em adolescentes brasileiros foi de 240% (de 3,7% para 12,6%) nos últimos anos, e atrelado a esse aumento, observou-se aumento também de um conjunto de fatores, tais como hipertensão arterial, cardiopatias e diabetes. Fatores, esses, associados à SM.

A média entre os gêneros não foi muito diferente e estão fora do risco para SM, entretanto as meninas aproximaram-se mais da alteração da CA para o risco. Além disso, a PA e a GSJ devem ser observadas, pois também apresentaram valores gerais e isolados altos.

Araújo et al. (2007) destaca que a os níveis elevados de pressão arterial na adolescência deve considerado se levando em conta a obesidade, cada vez mais precoce, histórico familiar, sedentarismo, tabagismo e etilismo. No mesmo estudo ela verificou uma frequência de alteração da pressão arterial em 44,7% dos adolescentes da amostra.

A obesidade central, ou seja, o excesso de gordura na região abdominal, é o componente mais importante para a identificação de SM para o IDF. Faria (2007), reforça que as meninas possuem maior

predominância de acúmulo de gordura na região abdominal do que os meninos, que fazem uma melhor redistribuição desse tecido adiposo para o tronco, por fatores hormonais.

Da mesma forma que os achados de Ferreira et al. (2007), nenhum adolescente apresentou GSJ alterada, pois segundo Weiss et al (2004), esse distúrbio é raro nesse grupo, mesmo acima do peso. Além disso, estudos apresentaram baixos valores para identificar anormalidades e SM (Viner et al., 2005; Stengehel et al., 2007), tanto na glicemia em jejum quanto no teste glicêmico, corroborando os achados desta pesquisa.

Contudo, apesar de três entidades terem sugerido um diagnóstico da SM e usar componentes idênticos, nenhum deles é utilizado em consenso. Raven (2006) fez uma comparação entre eles, e demonstrou que apesar de próximos, a utilização no diagnóstico é diferente.

O diagnóstico do IDF é o mais recente e atende ao público pediátrico em pontos de corte adaptados conforme a idade. Segundo Nakazone (2007), em um estudo com brasileiros, o diagnóstico do IDF reduziu os valores limítrofes de GSJ e CA, assim o diagnóstico se fez de maneira anterior e maior do que o do NCEP-ATPIII.

A adoção de medidas de prevenção dos fatores de risco para SM em crianças e adolescentes precisa ser necessária e ter mais importância nos programas de políticas públicas da saúde no nosso país.

A busca pelos hábitos saudável, com uma alimentação correta e a prática de atividades físicas, precisa começar desde cedo. As famílias estão se tornando cada vez mais sedentárias, por conta da globalização e dos avanços tecnológicos, por isso a prevenção precoce pode diminuir os riscos da criança ou adolescente desenvolver futuramente agravantes para SM.

O professor de Educação Física na escola tem papel fundamental na promoção da saúde do aluno, sem deixar que o mesmo fique desmotivado e não faça suas aulas. Deve-se ter uma atenção especial às meninas, que não estão mais participando das aulas de Educação Física, principalmente no Ensino Médio, pela falta de motivação total. A escola pode ser o primeiro passo para adquirir hábitos saudáveis e uma vida mais ativa, através de conscientização e reflexos positivos.

Diferentes maneiras de se diagnosticar a SM sevem ser estudadas para se chegar a um consenso, inclusive a importância na atenção no diagnóstico positivo no indivíduo, porém todo fator de risco cardiovascular deve ser tratado individualmente e não menos importante. Se esses objetivos forem alcançados, não será necessária a busca do diagnóstico da SM.

Referencias

Alberti, K G M M; Zimmet, P; Shaw, J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, v.23, p. 469-480, 2006

Araújo, T L; Lopes, M V O; Cavalcante, T F; Guedes, N G; Moreira, R P; Chaves, R M; Silva, V M. Análise para indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*, v. 42, p. 120/126, 2008.

Barker, D J; Hales, C N; Fall C H; Osmond, C; Phipps, K; Clark, P M. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia*, v.36, p. 62-7, 1993.

Brasil. Congresso Nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9394/96). *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 dez.1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. *Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com seres humanos*. Disponível em:

Capanema, F D; Santos D S; Maciel, E T R; Reis, G B P. Critérios para definição diagnóstica da síndrome metabólica em crianças em adolescentes. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.20, n.3, p. 335-340, 2010.

Ceschini, F L; Florindo, A A; Benício, M H D A. Nível de atividade física em adolescentes de uma região de elevado índice de vulnerabilidade juvenil. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 15, n. 4, p. 67-78, 2007.

Darido, S C. Educação Física na escola e o processo de formação dos não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 18, p. 61-80, 2004.

- Enes, C C; Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.
- Faria, E R. *Critérios diagnósticos e fatores de risco para síndrome metabólica, em adolescentes que já apresentaram a menarca, de escolas públicas de Viçosa-MG*. Viçosa: UFV, 2007. 273 p. Tese (Mestrado) – programa de pós-graduação em ciência da nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2007.
- Gonçalves, H; Hallal, Pedro C; Amorim, T C; Araújo, C L P; Menezes, A M P. Fatores Socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 22, n. 4, p. 246-253, 2007.
- Gordia, A P. *Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes*. Curitiba: UFPR, 2008. 181 p. Tese (Mestrado) – programa de pós-graduação em Educação Física, setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- Gottlieb, M G V; Cruz, I B M; Bodanese, C. Origem da Síndrome Metabólica: Aspectos-evolutivos e nutricionais. *Scientia Medica*, v.18, n.1, p.31-38, 2008.
- Jansson, T; Powell, T L. Role of the placenta in fetal programming: underlying mechanisms and potential interventional approaches. *The Biochemical Society*, v.113, p.1-13, 2007.
- Leite, N; Lazarotto, L; Cavazza, J F; Lopes, M F A; Bento, P C B; Torres, R; Heyde, M E D V; Cieslak, F; Milano, G E. Efeitos de exercícios aquáticos e orientação nutricional na composição corporal de crianças e adolescentes obesos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v.12, p. 232-238, 2010.
- Lottenberg, S A; Giazer, A; Turatti, L A. Síndrome Metabólica: identificando fatores de risco. *Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro*, v.83, n.5, p. 204-208, 2007.
- Luo, Z C; Fraser, W D; Julien, P; Deal, C L; Audiobert, F; Smith, G N; Xiong, X; Walker, M. Tracing the origins of "fetal origins" of adult diseases: programming by oxidative stress? *Medical Hypotheses*, v.66, p. 38-44, 2006.
- Martelli, C R; Merida, M; Rodrigues, G M; Grillo, D E; Souza, J X. Educação física no ensino médio: motivos que levam as alunas a não gostarem de participar das aulas. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, v.5(2), p. 13-19, 2006.
- Mattos, M G; Neira, M G. *Educação Física na adolescência: construindo o conhecimento na escola*. São Paulo-SP: Phorte Editora, p. 13-20, 2004.
- Medina, J P S. *Educação Física cuida do corpo...e "mente"*. Campinas-SP: Editora Papirus, v.21, p. 11-16, 2006.
- Moraes, A C F; Fulaz, C F; Oliveira, E R N; Reichert, F F. Prevalência de síndrome metabólica em adolescentes: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, v.24, n. 6, p. 1195-1202, 2009.
- Murphy, V E; Smith, R; Giles, W B; Clifton, V L. Endocrine regulation of human fetal growth: the role of the mother, placenta, and fetus. *Endocrine Reviews*, v.27, p. 141-69, 2006.
- Nakazono, M A; Pinheiro, A; Braile, M C V B; Pinhel, M A S; Souza, G F; Junior, S P; Brandão, A C; Toledo, J C Y; Braile, D M; Souza, D R S. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios de NCEP-ATPIII e IDF. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 05, p. 407-413, 2007.
- Pedersen, B K; Saltin, B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine y Science in Sports*, v.16, p. 3-63, 2006.
- Reaven, G M. The metabolic syndrome: is this diagnosis necessary? *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 83, p. 1237-1247, 2006.
- Salaroli, L B; Barbosa, G C; Mill, J G; Molina, M C B. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional em Vitória-ES. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, v.51, p. 1143-1152, 2007.
- Silva, T R; Feldmam, C; Lima, M H A; Nobre, M R C; Domingues, R C L. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.15, p. 180-189, 2006.
- Sociedade Brasileira De Cardiologia. I diretriz brasileira de diagnóstico da síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 84, 2005.
- Sotelo, Y. O. M.; Colugnati, F. A. B.; Taddei, J. A. A. C. Prevalências de Sobrepeso e obesidade entre Escolares da Rede Publica Segundo Três Critérios de Diagnóstico Antropométrico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.233, jan-fev 2004.
- Thomas, J. R.; Nelson, J. K. Silverman, *Métodos de pesquisa em atividade física*. 5ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

Wajchenberg, B L; Nery, M; Cunha, M R; Silva, M E R. Tecido adiposo na encruzilhada do desenvolvimento da síndrome metabólica, inflamação e aterosclerose. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, v.53, p. 145-150, 2009.

Zimmet, P; Alberti, G; Kaufman, F; Tajima, N; Silink, M; Arslanian, S; Wong, G; Benett, P; Shaw, J; Caprio, S. The metabolic syndrome in children and adolescents: the IDF consensus. *Diabetes Voice*, v.52, p. 29-32, 2007.

Estrategias de intervención y cuidados de enfermería

CAPÍTULO 18

Análisis de las estrategias de intervención multidisciplinar en el Síndrome de Asperger

Eva María Castro Martín, Ana Real Bernal, y María del Mar Jiménez Molina
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

Se entiende por Síndrome de Asperger (SA) un trastorno del desarrollo que se acompaña de problemas de relaciones sociales y de comportamiento con actitudes repetitivas, debido a que, quien lo padece no puede captar los estados emocionales de las personas que le rodean, tiene problemas de comunicación, abstracción y no se adapta a los diferentes cambios de ambiente pero no refleja retrasos cognitivos del lenguaje y su capacidad intelectual orbita en cotas normales o superiores. (Díaz, López, y Jiménez, 2011; Brito, et al., 2011; Sintés, Arranz, Ramírez, Rueda, y San, 2011; Naranjo, 2014; Ruiz, 2014).

Su problema de fondo es neurológico, sus causas son desconocidas y en él se ven afectados tres pilares del desarrollo: relaciones sociales, déficit del lenguaje para comunicarse y alteraciones del comportamiento con elementos repetitivos (Bauer, 1995).

Fue el pediatra austriaco Hans Asperger quien lo describió por primera vez en 1944, pero incluyéndolo dentro del espectro autista, lo definió como “psicopatía autista”, en 1981 la doctora inglesa Lorna Wing publicó un trabajo con niños que padecían los mismos síntomas, llamándole “Síndrome de Asperger”. En 1992, el SA fue considerado una enfermedad con diagnóstico distinto al autismo al ser incluida en el manual de diagnóstico de la OMS, décima edición (ICD-10). En 1994 fue incluida en el “Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV, libro de referencia de la psiquiatría norteamericana. (NINS, 2012). Actualmente se considera incluida dentro del subgrupo de “Trastornos del Espectro Autista”, según la DSM-V (APA, 2013; Ruiz, 2014).

Como hemos señalado, se considera dentro del espectro autista, pero sus características clínicas son diferentes (Brito, et al., 2011):

Tabla 1. Criterios diferenciales entre el SA y autismo infantil precoz (AIP)

Clínica	SA	AIP
Edad de comienzo	Mayor de 3 años	Primer mes
Deambulación	Habla antes que andar	Anda antes que hablar
Lenguaje y Comunicación	Adquiere lenguaje Comunicación unilateral Vive a “su manera”	Retraso o ausencia No comunicativo Vive en “su mundo”
Contacto ocular	Lo evita	Pobre
Evolución	Trastorno de la personalidad	Trastorno psicótico
Pronóstico	Favorable	Desfavorable
Etiopatogenia	Herencia (rasgo de personalidad)	Herencia más daño cerebral

No se ha podido cuantificar su prevalencia, aunque diversos estudios la aproximan entre 2 y 7 niños por cada por 1000 nacidos vivos, siendo más frecuente en varones. (Wood, y Mahadavi, 2013; Naranjo, 2014; Ruiz, 2014). En este contexto y debido a las repercusiones que conlleva tanto a nivel individual como familiar y social nos marcamos como objetivo conocer este síndrome y determinar las intervenciones necesarias que se deben realizar para ofrecer cuidados de calidad a quien lo padece.

Método/ Metodología

Se realizó una revisión de la literatura en fuentes de evidencia científica, utilizando los descriptores: detección, síndrome de Asperger, prevención, plan y tratamiento, combinándolos con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Las bases de datos utilizadas fueron: Cuiden, Cochrane Plus, Dialnet, Scielo y PubMed.

De un total de 76 trabajos volcados se seleccionaron 24 a texto completo, realizados en los últimos años y en los idiomas español e inglés por cumplir con los objetivos marcados.

Resultados

Etiología

Los últimos estudios científicos han demostrado alteraciones neurobiológicas en niños con SA, y una implicación genética, pues padres con hijos con SA también lo sufren en un porcentaje que abarca, según determinados estudios del 30-60% (López, y Mungía, 2008; NIH, 2012; Ruiz, 2014).

También algunos trabajos han relacionado disfunciones en partes del cerebro que están implicadas en la relación social: cerebelo, amígdala y circuitos frontoestirados (Artigas, 2005), estudios realizados con neuroimágenes confirmaron que pacientes con SA presentaban una activación menor en la intersección temporo-parietal, polos temporales y cortex prefrontal (Castelli, Frith, Happé y Frith, 2002).

Actualmente diversas teorías intentan explicar el Síndrome de Asperger:

“Teoría de la Mente” (Baron-Cohen, 2010), “Teoría de Disfunción Ejecutiva” (Baron-Cohen, 2010; Calderón, 2012; Martos et al., 2012), “Teoría del Cerebro Masculino” (López et al., 2008; Baron-Cohen, 2010). Pero ninguna de ellas logra explicar satisfactoriamente las causas del SA.

Clínica

En su estudio de 4 niños, Asperger ya describió los rasgos clínicos específicos o principales: dificultad de relación, ausencia de empatía, dificultades motoras e interés monotemático (Ruiz, 2014).

Hoy día los conocemos con más detalle (Bauer, 1995; Cornella, 2011; NIH, 2012; Naranjo, 2014; Ruiz, 2014;): Estos niños tienen un obsesivo interés por un tema u objeto, que puede ir desde las matemáticas hasta las motos, haciéndose un experto en su “tema de interés” y no importándoles nada más. Adquieren profundos conocimientos en su área, su cuidado lenguaje sobre el tema y un vocabulario de nivel, les hacen ser expertos. Están aislados por su falta de socialización y su falta de interés en lo que no sea el suyo, les es difícil entablar relaciones y carecen de empatía por los demás, su comunicación con otras personas es complicadísima por su comportamiento raro o extraño o hablar solamente de su único tema. Usan el lenguaje de diferentes formas, su forma de hablar tiene un tono monótono, un ritmo alterado y no son capaces de controlar el volumen de su voz para adaptarse a su entorno, realizan una interpretación literal del lenguaje y una comprensión hacia lo concreto.

Sufren un retraso en las habilidades motoras: sufren retraso en la marcha, coger una pelota o montar en bicicleta. En cuanto a las emociones, reconocen las básicas pero no las complejas, ni tampoco los estados mentales asociados a ellas (Martos, et al., 2012) y también tienen dificultad para reconocer las expresiones (Baez, et al., 2012). No disciernen adecuadamente los juicios morales (Moran, et al., 2011).

Diagnóstico

Como ya hemos señalado, según la DSM-V, el SA se considera hoy día, incluido dentro de Transtornos del Espectro Autista (TEA), no considerándolo como algo independiente. (Olivar, y de la Iglesia Gutiérrez, 2011; APA, 2013; Ruiz, 2014). El diagnóstico del TEA, según la DSM-V, se basa en diferentes criterios (tabla 2).

Tratamiento y Estrategias de Intervención

Es fundamental el diagnóstico temprano para desarrollar un tratamiento que incluya (Díaz, 2011; Naranjo, 2014): el reforzar la habilidad social, escolar y del comportamiento, prestando atención a la comunicación. En un ambiente multidisciplinar e individualizado (cada niño Asperger es único y diferente) se deberá actuar en psicoterapia, familia, y realizar intervenciones en los ejes del habla y lenguaje, terapia ocupacional y física y en algunos casos está indicada la medicación (clomipramina, venlafaxina...).

Tabla 2. Criterios diagnósticos del TEA según DSM-V

Déficits persistentes en comunicación e interacción social	Dificultades en reciprocidad socio-emocional	Problemas para mantener una conversación, falta de interés en compartir afecto, emociones, e intereses, falta de iniciativa en la interacción social
	Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social	Déficits en la comunicación no verbal, alteraciones en el lenguaje corporal y contacto visual, dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, falta de expresividad gestual y emocional
	Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo	Dificultades en el comportamiento para su encaje en distintos contextos sociales, dificultades para hacer amigos y participar en juegos de ficción, hasta una ausencia de interés por la gente.
Patrones repetitivos y restringidos de conducta actividades e intereses	-Conductas verbales, motoras o uso de objetos estereotipados dos o repetitivos.	Ecolalia, uso repetitivo de objetos, movimientos motores estereotipados...
	-Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios	Seguir el mismo camino, comer siempre lo mismo, malestar ante pequeños cambios, preguntas repetitivas, rituales motores.
	Intereses restringidos, intereses obsesivos que son anormales por su intensidad o el tipo de contenido.	Apego o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes
	Hiper o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno	Indiferencia aparente al dolor /calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran.
Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño). Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, laborales, u otras importantes áreas del funcionamiento actual.		
Estas alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global en el desarrollo. La discapacidad intelectual y TEA con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un TEA y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado para el nivel de desarrollo general	Especificar si: Con o sin déficit intelectual acompañante Con o sin deterioro del lenguaje acompañante Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento Con catatonia	

Tratamiento y Estrategias de Intervención.

Es fundamental el diagnóstico temprano para desarrollar un tratamiento que incluya (Díaz 2011; Naranjo 2014): el reforzar la habilidad social, escolar y del comportamiento, prestando atención a la comunicación. En un ambiente multidisciplinar e individualizado (cada niño Asperger es único y diferente) se deberá actuar en psicoterapia, familia, y realizar intervenciones en los ejes del habla y lenguaje, terapia ocupacional y física y en algunos casos está indicada la medicación (clomipramina, venlafaxina...).

Las estrategias de intervención las podemos clasificar en generales y específicas en el ámbito escolar y lo largo del ciclo vital. (Freire et al, 2004; Jiménez 2010; Coto, 2013; Mariscal 2010; CAE, 2016):

A). Generales:

Apoyo visual a la enseñanza de cualquier tipo.

Las personas con SA, asimilan y entienden mejor las informaciones que reciben de manera visual, por tanto el apoyo visual (pictogramas, listas...) es importantísimo para que puedan asimilar las enseñanzas de cualquier tipo.

Evitar cambios inesperados, en un ambiente predecible y estable. Sus dificultades para adaptarse a los cambios, aconsejan predecir estos, respetar sus rutinas...

Generalización del aprendizaje

Ante las dificultades que presentan los Asperger en la generalización del aprendizaje, se deben de realizar programas que lleven lo aprendido en contextos concretos a contextos más naturales.

Asegurar pautas de aprendizaje sin errores.

Su perfeccionismo y ser propensos a la frustración, hacen que cuando no tengan éxito en una tarea, les lleve a enfados y conductas disruptivas, por tanto es esencial el prestarles todas las ayudas posibles para que consigan el objetivo previsto e ir retirándoselas poco a poco.

Dividir sus tareas en pasos más pequeños.

Al tener problemas en la realización de trabajos largos y complejos, es necesario dividirlos en pasos "más pequeños" para un correcto entendimiento y ejecución.

Toma de decisiones.

Tienen dificultades a la hora de que decisión tomar, es por ello que desde la infancia se les debe de dar la oportunidad de tomar sus decisiones, al principio por ejemplo sobre dos posibles elecciones. Esto les llevará a su independencia y que dirección tomar, en un momento dado.

Ayudarles en la organización de su tiempo libre, evitando el tiempo excesivo en sus temas especiales o la inactividad.

Enseñarles competencias y habilidades que no se pueden realizar a través de una enseñanza ordinaria.

Como respetar el turno en una conversación, modular el tono de voz, interpretar una mirada...,

Requerirá de un plan de aprendizaje específico.

Dar una mayor importancia a los objetivos relacionados con las características típicas del Asperger (relación social, comunicación, comportamiento)

Prestar atención al interés por su tema, para motivarle en nuevos aprendizajes.

Prevenir sus posibles cambios de ánimo.

Sustituir el castigo y la crítica por el refuerzo positivo, el halago y los premios.

B). Específicas en el ámbito escolar y a lo largo del ciclo vital.

Durante la Infancia

Hemos de recordar que cada niño Asperger es único y sin igual, de manera que las intervenciones también serán diferentes, pero en líneas generales, se les debe de tratar con muchísimo cariño para trasladar su dependencia a independencia, este éxito radica muy fuertemente en la relación que tengan con ellos padres, profesores, educadores...

Es muy importante un conocimiento profundo del niño, de sus necesidades y cambios y darles lo que necesita en cada momento; en el "ámbito escolar, los profesores tiene que valorar el interés, emociones, habilidades, capacidad de atención, actividad, creatividad y estudiar que programa educativo se debe aplicar a cada niño.

Es necesario alabar lo bueno que hacen y evitar prestar excesiva atención a lo malo, un no, puede ser para estos niños indicativo de que alguien este enfadado o que las cosas no van bien, reaccionando negativamente ante ello, evitar frases negativas y reproches.

Instruirles en la escucha, apoyándola con un gesto, para captar su atención y que ejecuten la instrucción.

Saber lo que se pide al niño y que éste es capaz de hacerlo.

Ante diversas situaciones, informarles de ellas adecuadamente y de las consecuencias que se puede derivar de las mismas, intentado hacerles partícipes de las resoluciones, y del comportamiento adecuado a ellas, utilizando los métodos de comprensión tales como: dibujos, tabloneros, programas, listas, horarios...

Ser conciso, claro y preciso en las palabras que utilizamos con niños Asperger, pues ellos no comprenden todo el mensaje, descomponer las tareas para su correcta comprensión, informales individualmente en vez de en grupo,

Se aconseja dentro de la enseñanza y con relación al comportamiento la inclusión de modelos, estos modelos a seguir, deberán ser observados e imitados por los Asperger, y pueden ser compañeros o adultos.

También es necesario, para alcanzar su independencia, a enseñarles ante una pregunta a decir sí o no, debemos de enseñarle a escoger y a veces su elección llevará una negación.

Capacitarles para que puedan elegir, de manera que tomen experiencias para que, tras su conocimiento, hagan la elección de repetirla o rehusarla o hacer otra.

Adolescencia

Los adolescentes con Síndrome de Asperger toman conciencia de las diferencias entre ellos y los demás adolescentes, sienten la necesidad de pertenecer a un grupo y de interrelacionarse, aunque su desarrollo físico se da en iguales condiciones, el desarrollo emocional se retrasa, también muestran una sensibilidad extrema a las burlas.

En esta etapa son propensos a padecer obsesiones, depresión o ansiedad, en contrapartida experimentan una mayor motivación en el aprendizaje y son más conscientes de sus limitaciones, tienen un mejor y mayor entendimiento de las situaciones sociales y de pensamiento, tienen unos grandes valores como la sinceridad, lealtad, bondad, compañerismo y son muy críticos con las injusticias que aprecian en su entorno.

Se aprecia en ellos un aprendizaje y dominio de las reglas sociales, aunque sean las más básicas, son personas honestas y leales, ingenuas y sencillas sin maldad, con enormes deseos de superación y constantes y persistentes en la consecución de sus objetivos.

Es importante para una correcta integración social, instruir a sus compañeros en la comprensión, tolerancia y respeto del adolescente con Asperger.

A los adolescentes Asperger, se les debe imbuir en actividades que refuercen su autoestima, exaltar sus habilidades sobresalientes en el plano académico, también ser flexibles con ellos, cambiando la metodología de la enseñanza para que puedan adaptarse y tener éxito (exámenes orales, más tiempo en tareas, aumentar la vía visual en los contenidos para un correcto aprendizaje...), asignarles tareas donde esté incluido su tema preferido, tener un docente de apoyo, instruirles en el autocontrol, no incluirle en deportes competitivos, ayudarle a su propio conocimiento, prepárale para enfrentarse al mundo laboral o universitario... en suma se trata de ir preparándolo para la vida adulta.

Edad Adulta

Las personas adultas con Síndrome de Asperger dicen lo que piensan, son nobles, suelen tener problemas para encontrar amigos y en las relaciones de pareja, les es muy difícil empatizar y demostrar sus emociones, les cuesta decidir, son muy perfeccionistas y pueden ser expertos en su tema de interés que hacen obsesivo y repetitivo, reclaman su independencia social y económica, si conocen las situaciones se desenvuelven con éxito, les gusta vivir con todo planificado y en un mundo previsible.

Las terapias irán orientadas en conseguir mejorar su autoestima y un autoconocimiento real y positivo, enseñarles sobre las relaciones sociales, importancia de tener un apoyo, mediador social o laboral que le ayude a construir estrategias para resolución de conflictos, tanto en el mundo laboral como en el social, se aconseja que su mundo laboral tenga una muy baja implicación social, sus trabajos tiene que estar muy bien estructurados, con plazos y con un fin claro.

Discusión/Conclusiones

Tras la revisión de la bibliografía consultada podemos concluir:

El SDM-V considera hoy día el SA incluido dentro de Trastornos del Espectro Autista (TEA) no considerándolo como algo independiente, es un trastorno de causas desconocidas aunque distintas teorías han intentado explicarlo sin éxito, sí tiene un trasfondo neurológico y genético.

Presentan un modelo de intereses, comportamiento y actividades estereotipadas, restrictivas y repetitivas, su característica más sobresaliente es su falta de capacidad para poder interpretar adecuadamente las perspectivas y necesidades del que le rodea, de manera que no puede actuar de forma adecuada, no reconocen adecuadamente las emociones más complejas ni algunas expresiones faciales y el centrarse en un único tema de interés. Presentan problemas motores y sensoriales, no les gusta el contacto físico, algunos olores, ruidos... Presentan también problemas en las áreas del lenguaje (expresiones, gestos, tono de voz, dificultad para mantener una conversación entenderla y comunicarse...).

Es fundamental el diagnóstico temprano para desarrollar un tratamiento que incluya el reforzar la habilidad social, escolar y del comportamiento, prestando atención a la comunicación. En un ambiente

multidisciplinar e individualizado se deberá actuar en psicoterapia, familia, y realizar intervenciones en los ejes del habla y lenguaje, terapia ocupacional y física. Las estrategias de intervención las podemos clasificar en generales y específicas en el ámbito escolar y lo largo del ciclo vital.

Referencias

- Artigas, J. (2000). Aspectos neurocognitivos del Síndrome de Asperger. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 34-44.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baez, S., Rattazzi, A., Gonzalez-Gadea, M., Torralva, T., Silvana, N., Decety, J., Manes, F., Ibañez, A. (2012). Integrating intención and context: assseing social cognition in adults with Asperger syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bauer S. (1995). *Asperger Syndrome—trought the lifespan*. The Delop- Developmental Unit, Genesee Hospital Rochester. New York. Recuperado 3 de junio de 2016 de: http://asperger.es/articulos_detalle.php?id=113S%EF%BF%BDndrome%20de%20Asperger%20por%20Stephen%20Bauer
- Brito P., Plasencia A., Delgado A., Bello N., Castilla A., Vadillo L.,... Rodríguez M. (2012). Síndrome de Asperger en Atención Primaria. Planificación de los cuidados. ENE, *Revista de Enfermería*, 5(1).
- Calderón L., Congote C., Richard S., Sierra S., Vélez C. (2012). Aportes de la teoría de la mente y de la función ejecutiva a a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CEPS Psicología*. 5(1), 79-90.
- Castelli, F., Frith, C., Happé, F. y Frith U. (2002). Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain*, 125, 1839-1849. *Confederación Asperger España* (2016). Recuperado 17 de junio de 2016 de: <http://www.asperger.es/asperger.php?def=7Dificultades%20y%20Necesidades>
- Coto M. (2013). Síndrome de Asperger. *Guía práctica para la intervención en el ámbito escolar*. Asociación Sevillana del Síndrome de Asperger. San Juan de Aznalfarache.
- Díaz J., López Y., Jiménez P. (2011). Etiología, diagnóstico y modalidades terapéuticas del trastorno de Asperger. *Dialnet*. 8(1), 51-59.
- Freire S., Llorente M., González A., Martos J., Martínez C., Ayuda R., Artigas J. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de asperger: una guía teoría y práctica*. Oviedo: Asociación Asperger España, con el patrocinio del IMSERSO y la CEE.
- Jiménez R. (Coordinador), Pons A., Barrera C., Benítez J., Calero M.,...Sarmiento V. (2010). *Proceso trastornos del Espectro Autista: Proceso Asistencial Integrado*. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
- López R., Munguía A. (2008). *Síndrome de Asperger*. Revista de Postgrado de Psiquiatría UNAH 1(3).
- Naranjo R. (2014). Avances y perspectivas en el Síndrome de Asperger. *Nova*, 12(21), 81-101.
- Naranjo R. (2014). Caracterización clínica y estado actual de los pacientes con Síndrome de Asperger de 0 a 16 años, atendidos en la Fundación Liga Central contra la Epilepsia y el Hospital de la Misericordia de Bogotá. *Nova*, 12(21), 81-101.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke 2012. (Revisión 2015). *Asperger*. Recuperado 7 junio de 2016 de: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_asperger.htm
- Mariscal C. (2010). El síndrome de Asperger. Recuperado el 12 de junio de 2016 de: <http://lnx.educacionmalaga.es/orientamalaga/files/2013/02/EL-S%20C3%8DNDROME-DE-ASPERGER.pdf>
- Martos J., Ayuda R., González A., Freire S., Llorente M. (2011). *El síndrome de Asperger: Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Morán, J., Young, L., Saxe, R., Lee, S., O'Young, D., Mavros, P. y Gabrieli. J. (2011). Impaired theory of mind for moral judgment in high-functioning autism. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 1-5
- Olivar S., De la Iglesia M. (2011). Trastorno de asperger y trastorno del espectro del autismo: de la clarificación diagnóstica a la intervención en contextos naturales. *Psicología conductual*, 19(3), 643-658.
- Ruiz V. (2014). *El Síndrome de Asperger desde una perspectiva neuropsicológica*. Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén. Recuperado 1 junio de 2016 de: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1424>
- Sintes A., Martí A., Ramírez N., Rueda I., San Molina L., (2011). Síndrome de Asperger. ¿Un trastorno del desarrollo diagnosticable en la edad adulta? *Actas españolas de psiquiatría* 39(3), 196-200.
- Woods A., Mhadavi E., Ryan J. (2013). Treating clients with Asperger's syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 7(32).

CAPÍTULO 19

Obesidad en niños y adolescentes: Epidemiología, factores de riesgo e intervención

Eduardo Sánchez Sánchez, Elisabeth Ariza Cabrera, y Francisco Martín Estrada
AGS Campo de Gibraltar (España)

Introducción

Según la OMS, se define la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud” (OMS, 2016). Esta acumulación debe ser superior al 20% del peso corporal. (Anchor, Benitez, Brac, y Barshund, 2007). La obesidad infantil es un problema de salud pública, siendo de los más importantes y que más recursos utiliza, especialmente en el medio urbano de los países desarrollados (Lama, et al., 2006; Chueca, Azona, y Oyarzabal, 2002).

Para la clasificación del sobrepeso y obesidad se lleva a cabo el Índice de Masa Corporal (IMC) que se obtiene con la siguiente fórmula: $IMC (kg/m^2) = peso (kg) / talla (m)^2$. Se toman como referencia los valores de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad para la clasificación. (Seedo, 2000). Ver tabla 1.

Tabla 1. Clasificación IMC (kg/m²)

Rango IMC	Categoría
< 18,5 kg/m ²	Bajo peso
18,5-24,9 kg/m ²	Normopeso
25-29,9 kg/m ²	Sobrepeso
30-39,9 kg/m ²	Obesidad tipo
40-49,9 kg/m ²	Obesidad Mórbida
> 50 kg/m ²	Obesidad Extrema

Adaptado de SEEDO, 2000

Otra forma de clasificar la obesidad es cuantificando las desviaciones estándar del IMC, tomando como valores de referencia los correspondientes a la misma edad y sexo. (Yeste, et al, 2008).

La International Obesity Task Force (IOTF) presentó un informe en 2004 sobre la obesidad infantil en Europa, concluyendo que existen 14 millones de niños con sobrepeso, siendo el número de obesos de 3 millones. Estos valores van en aumento, estimándose 400.000 casos nuevos cada año. La presencia de sobrepeso y obesidad es mayor en países del sur de Europa, entre los que se encuentra España. (Briz Hidalgo, Cos Blanco y Amate Garrido, 2007).

Son muchos los factores que condicionan la presencia de obesidad y sobrepeso, pero todos ellos poseen el mismo mecanismo originado por un desequilibrio entre la ingesta dietética y el gasto energético. (Weisstaub, 2015). De todos los factores el más estudiado es la alteración de la conducta alimentaria. (Dominguez-Vázquez, Olivares, y Santos, 2008).

Una gran cantidad de estos niños obesos, presentaran obesidad en la edad adulta. (Pajuelo, Rocca, y Gamarra, 2003).

El objetivo de esta revisión es conocer la prevalencia, los factores de riesgo y las consecuencias de la obesidad en niños y adolescentes.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado en las principales bases de datos como: Pubmed, Medline, Cuiden, Cielo, Biblioteca Cochrane plus, y en buscadores como Google Scholar y Gerión (buscador de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BVSSPA)).

Se usan los descriptores MeSH: pediatric obesity, prevention, risk factors, epidemiology, therapy, y las estrategias de búsqueda con el operador booleano "AND". Se revisan artículos publicados en español e inglés.

Resultados

Utilizando cada descriptor asociado a pediatric obesity con el operador "AND", los resultados obtenidos son: pediatric obesity and prevention 2.688 artículos encontrados, pediatric obesity and risk factors 1.625, pediatric obesity and epidemiology 2.521 y pediatric obesity and therapy 2.503. Si la búsqueda se realiza con todos los MeSH el resultado es de 254, y si dejamos fuera epidemiology se encuentran un total de 389 artículos. De todos los artículos encontrados el enfoque que más se repite es el genómico, estos artículos son rechazados porque no se adaptan al tema en estudio. Se exponen en este capítulo, en cada punto, aquellos artículos que poseen mayor número de citas.

Epidemiología de la obesidad (Prevalencia)

Se ha estimado que el exceso de peso está presente en un tercio de la población infantil. Según el informe presentado en 2010 por la Sociedad Española de salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en España el 35% de la población infantil presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, siendo los valores de 20% y 15% respectivamente, para cada uno. Estos valores nos ayudan a entender la importancia de este problema en nuestra sociedad (Franco, 2010).

Sánchez Cruz et al. en 2012, llevaron a cabo un estudio transversal en una muestra de 978 niños entre los 8 y 17 años. Obtuvieron que la prevalencia de sobrepeso en España en edades comprendidas entre los 8 y los 13 años, era del 26%, frente al 12,6% de obesidad, es decir, 4 de cada 10 niños presentan exceso de peso corporal. Estas cifras se reducen al 25,5% de exceso de peso en edades de 14 a 17 años (Sánchez-Cruz, Jiménez-Moleón, Fernández-Quesada, y Sánchez, 2013).

Factores de riesgo

Según el estudio EnKid (Aranceta, Serra, Ribas, y Pérez, 2001), existen diferentes factores de riesgo que se asocian a la presencia de obesidad. Entre los que destacan:

- Peso al nacer > 3.500 gr.
- Ausencia de lactancia materna.
- Ingesta de grasa por encima del 38% del Valor Calórico Total (VCT).
- Consumo bajo de verduras y frutas frente al mayor consumo de bollería, refrescos y embutidos.
- Sedentarismo (Aranceta, Pérez, Ribas, y Serra, 2005).

Estos factores están presentes en resultados de otras investigaciones, como la realizada por Del Cas en 2002, donde encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la lactancia artificial en niños o lactancia materna menor de 3 meses o la presencia de obesidad en la familia y la prevalencia de obesidad (Del Cas, 2002).

Iparraguirre y cols en 2001, concluyeron que las variables que se asociaban a la presencia de obesidad en la edad infantil son: número de hijos, presencia de padres obesos, sedentarismo. (Iparraguirre, Martínez, Ashton, y Acuña, 2001).

Otros artículos revisados incluyen los factores genéticos como factores de riesgo de la obesidad infantil. Se ha estimado que 250 genes podrían estar asociados con la predisposición a padecer obesidad. Además, se han identificado mutaciones y deleciones genéticas encargadas de codificar péptidos como la leptina (posee efecto anoréxico). Trastorno hormonal como el hiperinsulinismo es constante en la obesidad infantil y es producido por un exceso de ingesta de nutrientes que producen un aumento de la secreción de insulina (Chueca, Berrade, y Oyarzabal, 2012).

Estos factores son comunes en todos los estudios, aunque en la mayoría los factores más influyentes son el sedentarismo o la falta de actividad y los hábitos dietéticos.

El sedentarismo ha aumentado en la edad infantil y adolescente, un ejemplo, es el aumento de número de horas viendo la TV o utilizando ordenadores, tablets, smartphones o videoconsolas. Además los niños obesos, presentan una menor habilidad psicomotora, se cansan más, etc., y por ello realiza aún menos ejercicio (Cigarroa, Sarqui, y Zapata-Lamana, 2016).

Los hábitos dietéticos que pueden ocasionar obesidad es el consumo excesivo de alimentos con alta densidad energética, rico en grasas y azúcares, estimulado en ocasiones por campañas publicitarias dirigidas a niños y adolescentes (Loaiza, y Atalah, 2006). El riesgo relativo de presentar obesidad aumenta con el tiempo que pasamos viendo la TV, Además los anuncios publicitarios estimulan al consumo de estos alimentos, por ejemplo, el 97,8% y el 89,4% de los productos vistos en TV y dirigidos a niños y adolescentes, son alimentos ricos en azúcares, grasas y/o sodio (Leis, Tojo y Ros, 2010). En las franjas de protección para la audiencia infantil, las marcas más anunciadas son de productos poco saludables (Fernández Gómez, y Díaz Campo, 2014).

Consecuencias de la obesidad.

La obesidad infantil, puede dar lugar a un síndrome metabólico de resistencia a la insulina (SMRI) en la edad adulta, lo que puede dar lugar a la instauración de diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial (HTA) y enfermedades cardiovasculares isquémicas. Todo esto puede estar producido por una alteración del metabolismo glucídico y lipídico, que junto a una disfunción endotelial temprana y progresiva, lo que puede dar lugar a daño aterosclerótico (Burrows, et al., 2005).

Otras enfermedades destacas son los trastornos respiratorios del sueño, cuya gravedad es proporcional al grado de obesidad. Entre estos trastornos, destaca el síndrome de apnea obstructiva infantil. Si este síndrome no es tratado, aumenta la morbilidad, lo que puede dar lugar a trastornos neurocognitivos y conductuales (Esteller-Moré et al., 2012).

Prevención de la obesidad.

El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía, 2007-2012, marca las líneas estratégicas para la prevención de la obesidad infantil. Los pilares fundamentales son: la promoción de la lactancia materna, alimentación saludable, actividad física y actuaciones centradas en la familia.

Se deben proponer estrategias para favorecer la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses. Por ello, desde este Plan Integral se proponen actuaciones como facilitar la lactancia materna en el lugar del trabajo, facilitar estancias en el ámbito hospitalario para favorecer la lactancia materna, etc.

Dentro de las actuaciones para promocionar la alimentación saludable, destaca programas sobre dieta variada, cinco piezas de frutas, etc., que son realizados en el ámbito escolar.

Dentro del Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada (PAFAE), se fomenta que el niño realice actividad escolar, la implantación de un programa de actividades extraescolares donde la actividad física es el pilar principal.

Todo lo anteriormente citado se debe reforzar con actuaciones centradas en la familia, para que faciliten a adquirir los hábitos saludables dentro del entorno familiar, y no solo en la escuela (SAS, 2006).

Discusión/Conclusiones

Estos resultados nos muestran que el tema de la obesidad infantil, está cobrando especial interés por la comunidad científica debido a que es considerada la pandemia del siglo XXI, y la prevalencia va en aumento. Por ello, el conocimiento de los factores de riesgo, para su reducción, así como las intervenciones que deben llevarse para su prevención, disminuiría la obesidad en edades tempranas, disminuyendo la comorbilidad en estas edades o en la edad adulta.

La obesidad infantil es un problema de salud pública tal y como nos mencionaba Lama et al. (2002).

Gracias a la clasificación de Seedo (2000) tomamos los valores de referencia para la clasificación del sobrepeso y obesidad; siguiendo un mismo patrón para la obtención del IMC.

Según datos de Pajuelo, Rocca y Gamarra (2003) una gran cantidad de estos niños obesos presentarían obesidad en la edad adulta.

Los apartados que se estudiaron fueron epidemiología de la obesidad (prevalencia), factores de riesgo, consecuencias de la obesidad y prevención de la obesidad. Aspectos que debemos de trabajar y actuar en consecuencia, considerando especial importancia al término obesidad, objeto de estudio en estas edades.

Según el informe de la La International Obesity Task Force en 2004 concluyendo que existen 14 millones de niños con sobrepeso (siendo el número de obesos de 3 millones), nos preocupa las cifras y la amplia posibilidad de aumento, estimándose 400.000 casos nuevos cada año. España es uno de los países de Europa entre los que existe sobrepeso y obesidad, según datos de Briz Hidalgo, Cos Blanco y Amate Garrido (2007).

Los factores de riesgo tales como el peso al nacer, la ausencia de lactancia materna, la ingesta de grasa por encima del 38% del VCT, consumo bajo de verduras y frutas frente al mayor consumo de bollería, refrescos y embutidos y el sedentarismo, son factores modificables junto con una educación sanitaria y promoción de la salud.

Las actuaciones no deben ser centradas solo en el paciente sino también en la familia, para ayudar a adquirir los hábitos saludables dentro del entorno familiar y llevarlos a cabo en cualquiera que sea su estancia.

Referencias

- Anchor, M.S., Benitez, N.A., Brac, E.S., Baschund, S.A. (2007). Obesidad infantil. *Rev Posgrado de la Via Cátedra Medicina*, 118, 34-38.
- Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Ribas Barba, L., Serra Majen, L.I. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 7(1), 513-520.
- Aranceta Bartrina, J., Serra Majen, L.I., Ribas Barba, L., Pérez Rodrigo, C. (2001). Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: L.I. Sierra Majen y J. Aranceta Bartrina. (Eds). *Obesidad infantil y juvenil. Estudio EnKid* (pp 109-128). Barcelona: Mason.
- Briz Hidalgo, F.J., Cos Blanco, A.I., Amate Garrido, A.M. (2007). Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio PONCE 2005. *Nutrion Hospitalaria*, 22(4), 471-477.
- Burrows, R., Burgueño, M., Leiva, L., Ceballos, S., Guillier, O., Gatta, Z., y cols. (2005). Perfil metabólico de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes obesos con menor sensibilidad insulínica. *Rev Med Chile*, 133, 795-804.
- Chueca, M., Azcona, C., Oyarzabal, M. (2002). Obesidad infantil. *An Sis San Navarra*, 25 (1), 127-141.
- Chueca, M., Berrade, S., Oyarzabal, M. (2012). Obesidad infantil: como cambiar hábitos. *FMC*, 19(3), 129-136.
- Cigarroa, I., Sarqui, C., Zapata-Lamana, R. (2016). Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: una revisión de la actualidad latinoamericana. *Revista Univ Salud*, 28(1), 156-169.
- Del Cas, P. (2002). Sobrepeso y obesidad en la niñez: relación entre factores de riesgo. *Arch Argent Pediatr*, 100 (5), 368-373.
- Domínguez-Vázquez, P., Olivares, S., Santos, J.L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN*, 58(3), 249-255.
- Esteller-Moré, E., Castells-Vilella, C., Segarra-Isein, F., Argami-Renom, J. (2012). Obesidad infantil y trastornos respiratorios del sueño. *Act Otorrinolaringol Esp*, 63(3), 180-186.
- Fernández Gomez, E., Diaz-Campo, J. (2014). La publicidad de alimentos en la televisión infantil en España: promoción de hábitos de vida saludables. *Obs Journal*, 8 (4), 133-150.
- Franco, M., Sanz, B., Domínguez-Vila, A., Caballero, B. (2010). Prevention of childhood obesity in Spain: a focus on policies outsiders the health sector. SESPAS report 2010. *Gac Sanit*, 24(1), 49-55.
- Iparraguirre, M., Martínez, J., Ashton, F., Acuña, L. (2001). Factores de riesgo de obesidad infantil. *Med Infant*, 8 (4), 291-296.

- Lamas, R.A., Alonso, A., Gil-Campos, M., Leis, R., Martínez, V., Moras, A., y cols (2006). Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, Parte 1. Prevención. Detección Precoz. Papel del pediatra. *An Ped*, 65(6), 607-615.
- Leis, R., Tojo, R., Ros, L. (2010). Nutrición del niño de 1-3 años, preescolar y escolar. En: A. Gil (ed). *Nutrición Humana en el estado de salud. Tratado de nutrición. Tomo III* (pp. 227-256). Madrid:Editorial Panamericana.
- Loaiza, S., Atalah, E. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Rev Chil Pediatr*, 77 (1), 20-26.
- OMS (2016). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/.
- Pajuelo, J., Rocca, J., Gamarra, M. (2003). Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. *An Fac Med*, 64 (1), 21-26.
- Sánchez-Cruz, J.M., Jiménez-Moleón, J.J., Fernández Quesada, F., Sánchez, M.J. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev Esp Cardiol*, 66(5), 371-376.
- Sistema Sanitario Público de Andalucía (SAS). (2006). *Plan Integral de Obesidad Infantil en Andalucía 2007-2012*. Consejería de Salud.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (2000). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*, 115, 587-597.
- Weisstaub, G. (2015). Riesgo cardiometabólico en pediatría: obesidad infantil y condición física. *Rev Chil Pediatr*, 86 (4), 221-223.
- Yeste, D., García-Reyna, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albusu, M., y cols. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Rev Española Obes*, 6(3), 139-152.

CAPÍTULO 20

Violencia de género: Abordaje integral para profesionales sanitarios

Juan Antonio Tíscar Martínez, María del Mar Magán Magán, y
María del Carmen López López
Distrito Poniente Almería (España)

Introducción

La violencia contra la mujer es un problema social que sufren miles de mujeres, ha ocurrido a lo largo de toda la historia del ser humano, aparece en todos los niveles culturales y económicos y forma parte de la vida cotidiana de muchas mujeres y de su relación de pareja. En los años 90 este fenómeno despierta un interés científico y comienza a considerarse desde otra perspectiva para las organizaciones internacionales y gobiernos, se empieza a desarrollar una legislación específica (Rangel, 2012).

Su prevalencia a nivel mundial es muy alta, el porcentaje está estimado en un 30%, traducido en un número real, son unos 920 millones de mujeres en todo el mundo las que han sido víctimas de agresión física por su pareja o agresión sexual de un extraño.

La Organización de Naciones Unidas prioriza como objetivo evitar la violencia hacia las mujeres, en el año 1995. En la IV Conferencia Mundial se pone de manifiesto que la violencia hacia las mujeres impide el logro de conseguir la igualdad, la paz y el desarrollo y va en contra de las libertades fundamentales y de los derechos humanos.

La Organización Mundial de la Salud la declara como una prioridad para salud pública a nivel internacional, en el año 1998 y al mismo tiempo en España se diseña el primer “Plan de acción contra la Violencia Doméstica”.

Según la Organización Mundial de la Salud la violencia de género se define como “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada”.

La violencia de género está ampliamente regulada por nuestra legislación, de forma multidisciplinar e integral, incluyendo áreas educativas, sociales, preventivas, asistencia a las víctimas y sanciones de carácter legal en función de la agresión. También incluye las medidas de protección hacia los menores que estén implicados en el proceso.

La violencia ha sido objeto de estudio por parte de varias disciplinas. La psiquiatría determina que es el resultado de unas condiciones patológicas individuales. La psicología considera que es el resultado de motivaciones individuales y la Antropología la considera como resultado de la relación entre la biología y la sociedad (Checa, 2012).

Para abordar el problema es necesario detectar el problema de forma precoz y ofrecer una atención que abarque todos los aspectos, una vez que lo hemos identificado (Osorio, 2012).

Para la prevención de la violencia es fundamental, llevar a cabo medidas que perduren en el tiempo y que estén apoyadas por la ley, basándose en unas normas de comportamiento más pacíficas, la protección de la mujer, potenciar la igualdad de género y evitar la discriminación de la mujer.

Objetivos

Elevar el nivel de conocimiento sobre la realidad de la violencia de género, analizando cuál es la situación actual, cómo se aborda desde los distintos ámbitos y disciplinas, cuál es su alcance y el origen del problema.

Determinar los factores que nos pueden ayudar a realizar una detección precoz, cómo realizar un cribado adecuado de las mujeres, saber interpretar signos y síntomas que estén enmascarando la situación real.

Conocer los recursos que existen actualmente para uso adecuado y un abordaje integral y coordinado.

Método/ Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con la violencia de género, desde varios puntos de vista y perspectivas.

El periodo de tiempo elegido para la búsqueda han sido los últimos diez años.

Las bases de datos usadas para la búsqueda han sido Scielo, Dialnet, Elsevier, Index...

Descriptores: violencia de género, mujer, recursos, legislación, víctima.

Resultados

La prevalencia de la violencia de género es variable, a nivel mundial se considera una prevalencia del 30%. En un 38% de los casos de mujeres que mueren asesinadas, el agresor ha sido su pareja o expareja (OMS, 2016).

Existen una serie de factores de riesgo de pueden estar relacionados con la aparición de violencia de género o de agresiones sexuales. Entre estos podemos destacar: bajo nivel de instrucción, consumo de alcohol y otras drogas, antecedentes de violencia familiar, maltrato infantil, trastornos de personalidad antisocial, aceptación de la violencia, problemas de comunicación en la pareja y entre los relacionados con las agresiones sexuales podemos encontrar las creencias e ideas específicas relacionadas con la sexualidad (OMS, 2016). Un factor a destacar desde el punto de vista epidemiológico es la desigualdad social de la mujer con relación al hombre (Linares, 2012).

La socialización determina las diferencias entre hombres y mujeres, aprendemos, experimentamos, existen una serie de estereotipos en relación a lo masculino y a lo femenino y la sociedad forma una representación de cada género y lo cómo nos enfrentamos a los problemas y conseguimos los objetivos.

Cuando una mujer es maltratada aprende unas conductas para evitar consecuencias más nocivas, se vuelve pasiva, actúa en función de las exigencias de su pareja, porque teme al castigo que pueda desencadenar su reacción, un intento de independencia.

Una situación cotidiana puede ocasionar una respuesta violenta, al principio lo inesperado de la situación puede llevar a que la propia mujer encuentre una excusa y lo justifique, otras veces la mujer intenta enfrentarse, al encontrar unas medidas inefectivas continua con la relación porque ya existe una relación emocional. El hecho de que él no asuma culpa sobre los hechos y de que siempre plantee la posibilidad de cambiar hace que la situación se vaya normalizando y que cada uno asuma su rol.

En muchos casos el maltrato aparece desde muy pronto, en relaciones que comienzan en la adolescencia y marcadas por sentimientos y emociones viscerales, como celos, pasión, si aparece el maltrato provoca gran aislamiento social.

En algunos casos aunque se sea consciente de que la situación no es buena, que existen indicios de problemas, se intentan resolver mediante un matrimonio, un embarazo. El embarazo hace que una mujer maltratada se vuelva más sensible y que resulte más fácil maltratarla porque sabe que no se irá por el embarazo, aunque la situación se haya agravado.

El perfil de la mujer maltratada no siempre es el mismo, cuando hablamos de una mujer joven, normalmente acude a urgencias con una lesión reciente y es más consciente de lo que le está pasando. Cuando hablamos de una mujer de más edad, se hace más difícil detectar el problema, es un maltrato de más evolución y lo cuenta a su profesional sanitario de referencia, con quien tiene más confianza, este tipo de maltrato tiene mayor repercusión (Muñoz, 2006).

Describir el perfil del hombre maltratador no es fácil. El hecho de que se use la violencia como una manera de conseguir objetivos y que sea efectiva, hace que la conducta se repita. Las características

personales de la persona maltratadora tienen gran influencia, no hablamos de un grupo con las mismas características: el consumo de sustancias, los celos y la existencia de una patología social destacan como causa del maltrato. No piden ayuda porque en la mayoría de los casos no tienen conciencia de tener un problema, lo niegan y se justifican.

Hay estudios que definen a tres tipos de maltratador según su relación con sus hijos: el primero es el que desempeña el rol de padre que se lleva bien con sus hijos, que establece una relación positiva con ellos, el segundo es el que cree que como no necesita a su pareja, puede anularla, porque es su competencia y el tercero es el que maltrata también a sus hijos, (Llamas, 2011).

Este tipo de violencia no sólo tiene repercusión sobre la víctima, las consecuencias en muchos casos también implican a los hijos, si los hay. Una de estas consecuencias es el homicidio o el suicidio, lesiones físicas que aparecen en un 42% de los casos, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas ginecológicos, abortos, partos prematuros, problemas en el feto. A nivel psicológico también aparecen trastornos, insomnio, estrés, depresión, intento de suicidio, trastornos alimentarios. Y pueden aparecer otra serie de síntomas que deterioran su salud en general, lumbalgia, alteraciones de la movilidad, problemas gastrointestinales, cefaleas.

Dentro de la violencia de género nos encontramos con otro tipo de maltrato, que es el maltrato psicológico. Igualmente afecta a la mujer en todos los aspectos, tanto físico, psíquico como social. Frecuentemente se manifiesta como amenazas, desprecio, abuso emocional, intimidación, desvalorización, insultos, manipulación de los hijos... para así poder controlar a la mujer y ejercer poder y autoridad. Es un tipo de maltrato difícil de cuantificar, en muchos casos la mujer no se atreve a hacer una denuncia por las consecuencias que pueda tener.

El maltrato sexual que se considera como toda actividad sexual no consentida, incluye el propio acto sexual no consentido, acusaciones, insultos, explotación sexual (Andrés, 2011).

Hay que valorar y tener en cuenta lo que supone socialmente para la mujer, que puede perder su capacidad para trabajar, con una influencia negativa sobre su economía, sentirse aislada y dejar de hacer tareas y actividades recreativas.

La repercusión sobre los niños se traduce problemas emocionales y de la conducta, que luego pueden condicionar una conducta violenta en etapas más tardías de su vida. También se ha observado en los niños menores de 5 años, un aumento de la mortalidad y la morbilidad. Los menores, víctimas de una situación de maltrato pueden experimentar lesiones, enfermedades psicosomáticas, trastornos en la alimentación, en el sueño, en el desarrollo en general. A nivel psicosocial aparecen problemas de autoestima, ansiedad, estrés, hiperactividad, problemas de aprendizaje, conductas sociales inadecuadas y de riesgo, entre otras.

Se puede identificar una relación de violencia, es necesario para la mujer y para el profesional sanitario. Existen una serie de comportamientos y formas de actuar que nos pueden orientar, debemos indagar ante signos e indicios tales como (Andrés, 2011):

- Amenazas: de abandono, de suicidio, llevarse a los hijos, amenazas de agresión, obediencia.
- Intimidación: chantajes, romper objetos, acciones, gestos, maltrato hacia animales o destrucción de objetos personales.
- Abuso emocional: burlas, insultos, humillación, sentimientos de culpa, de inferioridad.
- Aislamiento: celos, control sobre todas las relaciones sociales.
- Además de otras conductas: abuso sexual, no reconoce la situación, es indiferente a las quejas.
- Manipulación con los descendientes, incluso maltrato a los hijos.
- Abuso económico: control total sobre el dinero, incluso imposibilidad de trabajar o tener que dejar de trabajar.
- Aceptación de un rol masculino en el que no deja participar en las decisiones, la mujer es una criada, no colabora para nada en labores domésticas.

La situación de maltrato normalmente continua, existen varias teorías para explicar el por qué. El maltrato mantenido en una relación hace que la mujer adopte su papel de víctima, que no sea capaz de buscar una solución al problema, entre otras cosas porque su autoestima está muy comprometida.

Generalmente el maltrato aparece lentamente y se va instaurando, comienza con una reacción exagerada ante un comportamiento de autonomía de la mujer. Esta reacción puede manifestarse como maltrato psicológico, gritos, empujones... La mujer ignora esos comportamientos y los justifica, intenta evitar el conflicto y va perdiendo capacidad de reaccionar, se vuelve pasiva (Andrés, 2011).

Conforme aumenta la tensión, aparece el maltrato físico, sexual y psicológico también, la mujer intenta protegerse y a veces, pide ayuda, denuncia. Entonces hay un momento de arrepentimiento por parte del agresor, un cambio de actitud que no es real, en el que la mujer perdona y cree en el cambio, aunque pasado un tiempo vuelve a ocurrir y aparece de nuevo el maltrato.

Existen varios motivos por los que la mujer no intenta cambiar la situación y denunciar, entre ellos podemos destacar: la negación del problema, la dependencia económica, mantener la familia unida por la existencia de hijos, el miedo a las consecuencias y a la soledad, los recuerdos de un pasado mejor y de los sentimientos que te han unido a esa persona (Andrés, 2011).

Discusión/Conclusiones

La violencia requiere un abordaje integral, porque es un problema de gran complejidad, en muchas ocasiones el sistema sanitario es el primer nivel de atención a una mujer que ha sufrido un daño físico. Es importante una asistencia coordinada con el resto de los servicios para asegurar una atención de calidad. Los profesionales sanitarios (entre los que se incluyen varias disciplinas como son la medicina, enfermería, fisioterapeutas, matronas, trabajo social, psicólogos...) debemos estar preparados no sólo para detectar una situación de maltrato, también debemos saber actuar y conocer los recursos de los que disponemos.

Debemos evitar aumentar el nivel de ansiedad de la mujer que reconoce ser maltratada, para ello es importante tener unos conocimientos adecuados y específicos sobre el tema, así como unas habilidades sociales adecuadas (empatía, aceptación, congruencia, concreción), el abordar el tema en equipo nos puede ayudar (Andrés, 2011).

La asistencia sanitaria que se le presta a la mujer incluye: una valoración integral (exploración física y psicopatológica, anamnesis, pruebas complementarias), tramitación de parte al juzgado e informe clínico, cuantificar el peligro de volver al domicilio y seguimiento posterior, valorando las expectativas de la mujer y la situación social, así como la capacidad para tomar decisiones y asumir un cambio en su vida. Evitar el maltrato, mediante unas medidas adecuadas de prevención, supondría un gran logro para un problema de tal magnitud. Los cambios necesarios deben permanecer en el tiempo, deben estar respaldados con la ley y deben de ir encaminados a la protección de la mujer, a eliminar las desigualdades de género y discriminaciones.

Existen unas recomendaciones para prevenir la violencia de género desde el ámbito del sistema sanitario. Las podemos agrupar según el ámbito de actuación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

-Formación y sensibilización de profesionales: incluye formación continuada, con atención especial a situaciones de mayor vulnerabilidad y en competencias interculturales. Realizando sesiones clínicas con otras disciplinas e instituciones sobre casos reales para un mayor conocimiento de la actualidad, implicando a pediatras, maestros, servicios sociales. Informar sobre las medidas de las que disponemos y se llevan a cabo.

-Atención integral en la salud de las mujeres: poniendo en conocimiento de la mujer que en sector sanitario también se le puede prestar asistencia y ayuda. Incluyendo medidas específicas y relacionadas con el tema en otros programas y como parte de la educación para la salud. Como profesionales sanitarios debemos de ayudar a la mujer al desarrollo de su autonomía personal.

-A nivel comunitario: mediante la colaboración y la participación a nivel escolar, en asociaciones comunitarias y otras instituciones.

A lo largo de los años, desde que se empezó a estudiar este tema y a cuantificar la repercusión que tenía, se han conseguido varios logros para poder atender a las víctimas desde distintos ámbitos de actuación. Existen teléfonos gratuitos en casos de urgencia para información y asistencia, centros municipales de atención a la mujer y servicios especializados en dependencias de policía y guardia civil, así como pisos de acogida tutelados y para urgencias, turnos de oficio en colegios de abogados que hagan guardia, diversas medidas para mujeres que por su situación sean más vulnerables, como inmigrantes. Las asociaciones de mujeres también juegan un papel importante, prestando ayuda de muchos tipos, acompañando a las víctimas, a través de los distintos talleres y programas, con asistencia psicológica (Daza, 2011).

No debemos olvidar que no sólo la mujer es la víctima, también los hijos caso de existir. Estos van asumiendo distintas actitudes al tener que convivir con la violencia de género, cuidando a su madre, sirviendo de confidente tanto del agresor como de la víctima, a veces, asumen el papel del agresor cuando éste no está, copia el comportamiento del agresor, aparentando que todo está bien y que lo que pasa en su casa no repercute en él o ella, en el caso de sufrir también malos tratos por parte de sus progenitores como consecuencia de la situación presentan conductas desadaptativas y poco sociales, (Llamas, 2011).

En un 73% de los casos la mujer que ha fallecido por violencia de género ha sido asesinada en su propio domicilio, en el que convivía con sus hijos.

Referencias

Andrés Lavilla S., Gaspar Cabrero A.R., Jimeno Aranda A., (2011). *Perspectiva Psicológica de la violencia de género. Instituto Aragonés de la Mujer*. Documento Técnico nº 3. Abril 2011.

Cáceres de la Cruz M.J., (2012). *La política de igualdad*. El caso de la Violencia de Género.

Checa González M.J., (2012). *Violencia de Género desde la Antropología del comportamiento: Perfiles de violencia en la pareja*.

Daza Bonachela M.M., (2011). *Violencia de Género: Avances y retrocesos desde una perspectiva victimológica*. 2º Congreso para el estudio de la Violencia contra las Mujeres, Violencia de Género en Menores y Adolescentes. Artículos Científico-Técnicos. 2011. Pg. 31-39.

Linares Cano J. N., (2012). *Análisis e intervención de enfermería en la Violencia de Género*. Importancia del diagnóstico dentro del Equipo de salud.

Llamas Martínez M.V., de Manuel Vicente C., Herrera Justiniano C., Frías Oncina I., Borrero J., Muriel Fernández R., (2011). *Violencia de Género: Avances y retrocesos desde una perspectiva victimológica*. 2º Congreso para el estudio de la Violencia contra las Mujeres, *Violencia de Género en Menores y Adolescentes*. Artículos Científico-Técnicos. 2011. Pg. 76-85.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (2012). *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud*, 2012.

Muñoz Cobos F., Burgos Varo M.L., Carrasco Rodríguez A., Martín Carretero M.L., Río Ruiz J., Villalobos Bravo M., Ortega Fraile I., (2006). Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género. *Revista Atención Primaria* Vol. 37. Núm. 7. Abril 2006.

OMS, (2016). *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Violencia contra la mujer. Nota descriptiva, septiembre 2016.

Orosio González I., (2012). *Atención inicial a las mujeres víctimas de Violencia de Género*.

Rangel Villalobos M.I., (2012). *Origen del Proceso de Visualización de la Violencia contra las mujeres en España*.

CAPÍTULO 21

La depresión como consecuencia de la jubilación

Lucía Zúñiga Estévez *, M^a del Mar Díaz Ortega**, y Laura Liñán Urbano*
*Hospital Torrecárdenas (España), **Distrito Sanitario Poniente de Almería (España)

Introducción

Una de las singularidades que se han manifestado en las últimas décadas del siglo XX como resultado de un gradual desarrollo del estado del bienestar ha sido el envejecimiento de la población.

Progresivamente se viven más años y este aumento de la esperanza de vida nos muestra un desafío que tenemos que confrontar con rapidez, envejecer adecuadamente.

En los países europeos el envejecimiento de la población es ya una realidad cada vez más palpable.

Las personas que pasan a aumentar el grupo de la Tercera Edad son más cada día.

El continuo aumento de los índices de esperanza de vida, sumado a la baja natalidad, está logrando que en países como España, se alcance en pocas décadas, que el 30% de la población total sean personas mayores (García, 2008).

La disminución de la mortalidad es la consecuencia del aumento de la esperanza de vida, producto de las mejoras sanitarias (cambios en los hábitos de la vida, son más saludables, avances en la sanidad), económicas (progresos en las condiciones de trabajo, jubilaciones, pensiones, calidad de vida) y sociales (mejora de la educación y desarrollo de la cultura). Según datos del INE, la esperanza de vida en España es, con 82,4 años, la segunda más alta del mundo (INE, 2013).

Las personas que están integradas en el grupo de la Tercera Edad o Mayores, no son todas ancianas, con mala salud o dependientes. Algunas de las personas que están jubiladas o bajo la etiqueta de dependiente, han tenido que renunciar prematuramente a su puesto de trabajo por ajustes de plantillas, prejubilaciones, etc. Estas personas no son ancianos, muchas no han alcanzado la edad de jubilación obligatoria, y se encuentran en plenas facultades mentales, físicas y laborales y pasan a conformar parte de un colectivo que se considera inactivo por la sociedad (García, 2008).

En el anciano el concepto de salud, se explica como la aptitud de este de ocuparse de sí mismo y de desenvolverse en el amparo de la sociedad y de la familia, de manera activa con la realización de sus actividades de la vida diaria (Chong, 2012).

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja (OMS, 2015).

Nuestra sociedad considera el envejecimiento de la población con matices negativos o positivos, dependiendo de su impresión.

Por la perspectiva negativa hallamos el argumento de que es el resultado a inexorables consecuencias sociales, económicas, políticas, sanitarias, familiares o urbanísticas... y por su potencial peligro sobre el sistema de protección social (Monforme, Franco, y Conde, 2001).

Y por la perspectiva positiva que considera al envejecimiento como una etapa normal del desarrollo de las sociedades, que ayuda e incrementa la esperanza de vida con mejoramientos sanitarios, higiénicos, alimenticios y económicos...es decir incrementando el nivel de vida en general (Pérez, 2014).

Se puede decir que el progreso en hábitos de vida saludables y de la sanidad ha ayudado al incremento de la esperanza de vida, pero las demandas de las personas mayores irán en aumento aunque optaron por más durabilidad que calidad. Algunos epidemiólogos como García y Ceballos (2007), consideran la transición del envejecimiento como una consecuencia de la primera revolución en la salud pública (Herrero, 2014).

La jubilación es un cambio significativo en la vida, afecta a todos sus niveles: social, personal, emocional y familiar; esta ya no se estructura en torno a la vida laboral, sino a través de la desocupación.

Algunas personas asumen una evaluación negativa de su actual situación; en parte debido al peso de prejuicios y mitos que existen en nuestra sociedad y que colaboran a percibir la jubilación, como un muro delimitado.

Para muchas personas cuando llega la jubilación se ven anegados por la inseguridad y se cuestionan si conservarían su rol social además de, planteamientos de incertidumbre, soledad, angustia, pensamientos de torpeza, desgana y decepción por el futuro, conductas que se exasperan influenciadas aún más por los estereotipos sociales que contribuyen a la idealización de prejuicios sobre la jubilación, causando sentimientos de rechazo y de exclusión.

Para muchos la jubilación va a representar un ciclo de detrimento y beneficios, según de la manera como se acepte, determinara o no una mejor adaptación a esta etapa de la vida.

Entre los beneficios destacamos, el refuerzo del entendimiento de las relaciones personales y la disposición de tiempo para hacer lo que se quiere. Frente a los detrimentos, como la privación del rol utilitario en la sociedad, la llegada de un tiempo vacío y se limitan las ocasiones para la comunicación interpersonal.

Generalmente todos estos acontecimientos originan olvido, desilusión, tristeza, aislamiento y soledad (Piscoya, y Lavado, 2014). La depresión en las personas mayores produce una serie de resultados tales como, aislamiento social, soledad, deterioro cognitivo, disminución de la calidad de vida e incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y consecuentemente, puede arrastrar a la discapacidad, a incrementar el consumo de los servicios de salud y también puede desencadenar a la mortalidad por suicidio (Steffens, et al., 2000).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar si la inactividad originada por la jubilación interviene en la aparición de la depresión.

Método/Metodología

El método utilizado ha sido una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos Pubmed/Medline, Cuiden y SciELO, utilizando los siguientes descriptores de ciencias de la (DeCS):

“Adulto Mayor”; “Depresión”; “Jubilación”; “Salud Mental”, limitando la búsqueda a revisiones bibliográficas sistemáticas con antigüedad máxima de diez años. De un total de 127 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 26 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

Resultados

Diversos estudios han investigado la relación entre la jubilación, la ansiedad y la depresión.

Entre estos destaca el llevado por Acosta y García (2007), realizado a 82 jubilados de Sonora, México. Los participantes en el estudio tenían entre 52 a 89 años. Investigaron la interrelación entre determinadas variables socio – demográficas de los jubilados y sus niveles de ansiedad y depresión. Los científicos, usaron como instrumentos la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión corta) y la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck. Entre las conclusiones más significativas de dicha investigación se distinguen que el 42% de los encuestados revelo síntomas de depresión y el 20% tenía niveles de moderados a severos de ansiedad. El estudio no descubrió disconformidades importantes entre el género ni el estado civil de los participantes y sus niveles de depresión. No se descubrió tampoco una relación importante entre los niveles de ansiedad y el género o el estado civil de los participantes.

Otra investigación, llevado a cabo por Patiño y Cardona (2007) estudio acerca de los niveles de depresión en los jubilados que integraban a los programas de actividad física (aulas de mayores) y

asociaciones de retirados de la Universidad de Antioquía en Medellín, Colombia. El modelo de la investigación se realizó sobre por cien participantes; 50 hombres y 50 mujeres. Los participantes tenían entre 52 y 83 años. La media de edad de la muestra fue de 66 años. Entre los recursos que se utilizaron estaban, la versión corta de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, y un sondeo de 28 preguntas cerradas que examinaba aspectos sociodemográficos, afectivo-familiares, económicos y del empleo del tiempo, entre otros datos de los encuestados. Entre las conclusiones descriptivas más significativas de la investigación alcanzamos a puntualizar que la mayor parte de los encuestados llevaban entre 6 -10 años retirados y que destacaron quienes distinguían su estatus económico como “bueno”. De igual modo, la mitad de los encuestados señaló que practicaba algún ejercicio y la mayor parte declaró participar asiduamente en actividades académicas, recreativas y culturales. Por otra parte, y en referencia a la depresión, estos científicos hallaron que la depresión se reveló esencialmente en mujeres de 50 -60 años con niveles bajos de educación y que prevaleció en usuarios que experimentaban sus primeros años de jubilación. Igualmente, la depresión se reveló también de manera más notable en aquellos encuestados que no continuaron realizando “actividades de ocio” durante su retiro. Y cabe destacar que los resultados descubrieron que la depresión se presentó de forma más notable en los jubilados que expusieron tener una enfermedad incapacitante, residían solo con sus hijos, estar pasando por una crisis económica, y los que afrontaban un proceso de duelo.

Buxton, Singleton y Melzer (2005) realizaron un estudio sobre la salud mental de personas prejubilados. En esta investigación, se estudió el estado de salud mental de 1,875 británicos de edades comprendidas entre 50-64 años. Igualmente, se relacionó la situación de salud percibida por los encuestados que se habían acogido a la prejubilación, con la de otros que todavía seguían activos profesionalmente. Asimismo, la investigación dividió sus estudios por razón de género (hombres / mujeres). Los científicos usaron como instrumentos para su estudio la Encuesta de Salud Psiquiátrica de Gran Bretaña. Esta encuesta, contenía preguntas de la Prueba de Intervención Clínica Revisada (CIS-R), una entrevista psiquiátrica estructurada, y considerablemente utilizada en Gran Bretaña. Entre las conclusiones más destacadas de la investigación se descubre que los hombres que se habían jubilado, manifestaron una prevalencia destacadamente mayor de patologías o problemas de salud mental que aquellos que seguían activos en el trabajo. Igualmente, mediante un estudio de regresión logística se definió que en la sub-muestra de componentes hombres, el haberse retirado a la prejubilación, estaba unido con sufrir desórdenes de depresión y de ansiedad generalizada y depresión. Por otra parte, los resultados concluyeron también que la prevalencia de signos de desórdenes de salud mental era superior en las encuestadas mujeres que se había prejubilado que entre aquellas participantes que seguían activas en el trabajo.

Otra investigación llevada a cabo por IglesiasVázquez et al. (2003), en el que contaron con 222 personas que se había prejubilado, y con 233 personas que seguían activas profesionalmente. Los participantes de la investigación tenían edades comprendidas entre los 55-64 años. Los científicos establecieron contacto con los encuestados prejubilados mediante un centro de salud en Magdalena de Avilés, donde obtenían servicios y los participantes que seguían activos profesionalmente fueron contactados aleatoriamente del centro de salud de Magdalena de Avilés y también obtenida mediante contacto telefónico. La muestra incorporo solamente participantes hombres y fueron descartados los que se prejubilaron por causas médicas. Para la selección de datos se usaron entrevistas estructuradas, y las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Los resultados de la investigación mostraron que un 19.2% de los encuestados tenían manifestaciones de depresión. Igualmente, mediante un estudio estadístico de Chi-Cuadrado, los científicos hallaron una relación positiva de la prejubilación, el no realizar actividad física, y el tener una puntuación positiva en la sub-escala de ansiedad en la Escala de Goldberg, el haber señalado sentirse regular o mal y la depresión, según medida en la subescala de esta variable en el instrumento de Goldberg. Por otro lado, los científicos concluyeron que el 25.3% de los participantes alcanzaron una puntuación positiva en la sub-escala de ansiedad del instrumento de Goldberg. Asimismo

observaron haber hallado una relación estadísticamente importante entre la ansiedad y las variables depresión, estar prejubilado y sentirse regular o mal. Los resultados de la investigación señalaron a una prevalencia menor de depresión y de ansiedad en los componentes de la muestra de los prejubilados que en aquellos que todavía seguían activos en el trabajo.

Discusión/Conclusiones

Hasta hace escasos años, eran pocos los mayores que podían permitirse disfrutar de algunos años de jubilación y descanso relajado, sosegado y feliz. Diversas eran las causas entre las que se encontraban las dificultades económicas pero principalmente, se atribuía a que la edad de jubilación cronológicamente correspondía al inicio de un deterioro mental y físico que aceleradamente llevaba al destino final de la vida.

Actualmente, la esperanza de vida es mayor que nunca y además se vive mejor. En la época en que vivimos no tiene sentido relacionar deterioro o incapacidad con vejez.

Es imprescindible que empecemos a pensar en la vejez como un periodo vital distinto de los periodos previamente vividos con sus propias particularidades y caracterizadas como lo son la niñez, la pubertad, la juventud, la madurez, etc. (García, 2008).

Además, las personas que en la actualidad se jubilan desean envejecer felizmente. Esta forma de pensar es nueva con relación a las anteriores generaciones, cada vez son más las personas que llegan a la edad de jubilarse en buen estado de salud y quieren conservarlo, ya que la media a esa edad es de veinte años más (Cardona, Estrada y Agudelo, 2006).

Aunque, si un pilar básico como es el estado de salud, esta perjudicado de forma negativa, se puede suponer que el momento de la jubilación será insatisfactorio y existirán sensaciones negativas. Esta circunstancia estaría ocultando una idea implícita de restricciones físicas y económicas, y en resumen de incapacitación para el placer pleno (Elgarresta, De Miguel, y Arruabarrena, 2009).

Según la mayor parte de las investigaciones, podemos concluir que, la carencia de relación social, como es la jubilación, es causa de depresión y ayuda a limitar su salud vital y su capacidad de resistencia frente a las hostilidades del medio (Chong, 2012).

Referencias

- Acosta Quiroz, C.O. y García Flores, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, (2), 291-300.
- Aracil, D., Esteso, M. E., Girón, M., y López, M. (2014). Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 6(1), 47-54.
- Buxton, J.W., Singleton, N. y Melzer, D. (2005). The mental health of early retirees-national interview survey in Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(2), 99-105.
- Campuzano Fajardo, M. A., y Martín Padilla, M. A. E. (2013). Significados y creencias frente al proceso de jubilación en parejas de jubilados. *Doctoral dissertation*.
- Cardona, D., Estrada, A., y Agudelo, H. B. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26(2), 206-215.
- Chong Daniel, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 28(2), 79-86.
- Elgarresta, I. L., De Miguel, M. S., y Arruabarrena, L. R. (2009). Diferentes formas de acceder a la jubilación y su relación con la salud psicológica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(6), 311-316.
- García, P. G. (2008). Mayores ¿activos o pasivos? La importancia de la educación en la tercera edad. Cuestiones pedagógicas. *Revista de ciencias de la educación*, 19, 319-332.
- Herrero Tuñas, A. M. (2014). *¿Es la depresión un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia en las personas mayores?* Universidade da Coruña Facultade de Ciencias da Saúde.
- Iglesias Vázquez, J., Martínez Mengual, B., López Fonticiella, M., Paz Patiñoa, C., Fernández Pérez, E., y García Rodríguez, R.M. (2003). Puntuación en escalas de ansiedad y depresión en un colectivo de prejubilados de Avilés. *Semergen*, 29 (2), 59-64.

Instituto Nacional de Estadística. (2016). <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>.

Monforte J. A., Franco M. A. y Conde V. J. M. (2001). El envejecimiento de la población. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias (pp 11-27). Madrid: IMSERSO.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Envejecimiento y salud*. <http://www.who.int/topics/depression/es/>.

Patiño, V.F.A., Cardona A.D. (2007). Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005. *Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, 25*, (1).

Pérez Cano, E.R. (2014). La soledad y el abandono se apoderan de mi vida desde la perspectiva de la tercera edad. *Universidad de Jaén. Facultad de Trabajo Social*.

Piscoya Angeles, P.N., Lavado Huarcaya, S.S. (2014). El significado de la jubilación: reflexiones desde la mirada del adulto mayor jubilado. *Monográficos de Investigación en Salud, 20*.

Rodríguez, H. A. V., Nieves, I. C. R., Gómez, L. P., y Santana, E. R. (2014). Niveles de ansiedad y depresión en una muestra de personas jubiladas del sur y oeste de Puerto Rico y la crisis económica actual. *Informes Psicológicos, 14* (1), 13-30.

Siguenza Paz, R. V. (2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*, Cuenca 2014.

Steffens, D.C., Skoog, I., Norton, M.C., Hart, A.D., Tschanz, J.T., Plassman, B.L.,... Breitner, J.C. (2000). Prevalence of Depression and its Treatment in an Elderly Population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry, 57*(6) ,601-7.

CAPÍTULO 22

Características del cuidador del enfermo terminal: el riesgo de sufrir un duelo patológico

Rocío Torres María, Fátima Góngora Hernández, y María Luisa Pérez Pallarés
Universidad de Almería (España)

Introducción

Percibir la cercanía de la muerte produce una gran crisis difícil de sobrellevar tanto en la familia como en el enfermo (Soler, 2003). El cuidador principal de un enfermo terminal tiene un papel determinante en los cuidados de éste, es la persona que se hace cargo de atenderlo física y emocionalmente (Garrido, 2003).

Se debe proteger de manera especial al cuidador del enfermo terminal, ya que necesita de apoyo para ayudar al enfermo terminal a sobrellevar mejor esta etapa, a reencontrarse consigo mismo y a afrontar la muerte de manera digna y en paz (Astudillo, 2008). Es frecuente que tras conocer la noticia y antes de asumir la realidad, tanto el enfermo como el cuidador pasen por distintas etapas: la primera es la negación, se produce por el miedo de ver cómo se acerca la muerte. Es importante durante esta etapa no enfrentarlo con la realidad, se necesita un tiempo para asumirlo.

Cuando la negación se hace insostenible, la reacción más frecuente es el enfado, produciéndose en ocasiones incluso rabia hacia los que les rodean (en esta fase es necesario escuchar su enfado). Después de esta fase, el enfermo suele intentar pactar con Dios, con los médicos, curanderos... algo que le dé esperanza en el proceso (no dar falsas esperanzas en este proceso). Cuando se pierde la esperanza y se es consciente de la cercanía de la muerte padecen un periodo de depresión (acompañar durante este proceso). Finalmente, aparece la aceptación de la situación (es frecuente en esta fase arreglar asuntos pendientes, las despedidas...) (Given, 2005). En ocasiones, los cuidadores sienten el cuidado como un sentimiento de obligación y se comportan como únicos cuidadores: si delegan algún tipo de cargo en otra persona pueden llegar a tener sentimientos de culpa debido a la obligación que sienten (Blanco, 2007).

Su rol es muy importante, y es necesario identificar esa figura, ya que esto ayudará al equipo sanitario a facilitar la intervención al enfermo y conocer las tareas que realiza el cuidador (Cabrera, 2003). Conseguir que la atención al enfermo sea compartida en la que un equipo sanitario multidisciplinar y el cuidador tengan funciones claramente diferenciadas, es función de los profesionales de cuidados paliativos (unidad que cobra una gran importancia durante este periodo de la vida) (Lizarraga, 2005). Los objetivos de dicho estudio son: identificar posibles desencadenantes de que el cuidador padezca un duelo patológico, para concienciar de la importancia de que la atención al enfermo terminal sea compartida entre un equipo sanitario multidisciplinar y el cuidador.

Metodología

El estudio se ha confeccionado mediante un análisis documental de diversos artículos y trabajos científicos utilizando para su búsqueda distintas bases de datos: PubMed, SciELO, Cuiden, Medline. Los descriptores utilizados fueron: "cuidador y duelo patológico", "enfermo terminal", "cuidador del enfermo terminal". Se aplicó un filtro de idioma (castellano e inglés) y un periodo temporal de 12 años. Las fórmulas de búsqueda introducidas fueron cuidador AND duelo patológico, cuidador AND enfermo terminal AND duelo.

Resultados

La atención y el cuidado que requieren los enfermos terminales, es constante por parte del cuidador, quienes sufren en la mayoría de los casos grandes cambios en distintas esferas de su vida (González, 2012).

En la mayoría de ocasiones el cuidador principal es la mujer (hija o cónyuge), quienes se vuelven más vulnerables física y emocionalmente, y la gran mayoría de veces conviven con el enfermo (Martínez, 2007; Blanco, 2007). Algunos de los aspectos que producen mayor impacto en los cuidadores es el deterioro físico del enfermo y el daño de las relaciones entre los miembros de la familia (González, 2012). A partir de conocer la noticia de la enfermedad terminal comienza una nueva etapa en la familia siendo necesarios ciertos reajustes en el funcionamiento de ésta para que no se vea dañada la salud de otro miembro. Hay que ayudar a la familia a que juntos afronten la situación, pues este periodo afecta no sólo al individuo que padece la enfermedad (Alfaro, 2008).

Según Roca (2004), atender a un enfermo no exime de repercusiones para la salud del que lo cuida. La sobrecarga física y emocional que experimentan los familiares puede llegar a provocar una gran inestabilidad dentro del núcleo familiar. Una vez que se produce la muerte del enfermo, el cuidador principal tiene el riesgo de convertirse en un enfermo secundario, desarrollando un proceso de duelo que puede convertirse en patológico (Chan, 2004).

La pérdida de un miembro de la familia exige que se produzca una reorganización del núcleo familiar, adaptándose así a la nueva situación: es necesario que todos reconozcan la realidad de la muerte, compartir el dolor y la pena expresando los sentimientos de manera abierta, reorganizar la función familiar asumiendo el rol del difunto, hacer nuevas relaciones y aspirar a metas en la vida (esto último es lo más difícil, la mayoría de familiares sienten con estos hechos deslealtad a la persona fallecida o miedo a que se produzcan nuevas pérdidas). Aparte de todo esto, las características de la familia son de gran importancia para la correcta elaboración del duelo y se deben tener en cuenta (Moral, 2003).

Según Tejada (2009), también es importante diferenciar cuál ha sido la pérdida. Existen dos especialmente significativas dentro del núcleo familiar: la de un hijo y la de un padre. La pérdida de un hijo es especialmente difícil de elaborar, además de todo lo que conlleva una pérdida, ésta supone una muerte de expectativas y de proyección de futuro. Llama la atención cómo en la muerte de un hijo se deteriora la relación de pareja y aumentan los divorcios. Normalmente, los padres no expresan los sentimientos y se refugian en el trabajo y las madres se deprimen y sienten pena, se sienten abandonadas e incomprendidas por su pareja.

En la pérdida de un padre tendremos en cuenta la edad de los hijos y su capacidad para comprender la muerte de éste. No hay que excluir a los niños de la muerte del padre e intentar procurar siempre que algún otro familiar adopte las funciones y el rol del fallecido.

Ante una pérdida, el duelo es un proceso normal y adaptativo a la nueva situación. Durante el duelo normal (puede durar de uno a dos años), es frecuente la sensación de que el fallecido está presente, también es frecuente la sensación de soledad que nadie puede aliviar (Garrido, 2003).

La palabra “duelo” tiene sus raíces del latín “dolus” que significa dolor y de “duellum” que significa reto o desafío. El duelo es un proceso psicológico “normal” que acontece a partir de la pérdida por la muerte de una persona querida. Es una experiencia emocional humana universal, única y dolorosa, que puede delimitarse en el tiempo, presenta una evolución previsiblemente favorable y requiere la necesidad de adaptación a la nueva situación. El duelo es un proceso dinámico y multidimensional que evoluciona a través del tiempo a pesar de que en el momento del dolor emocional el doliente tiene la impresión de que el mundo se paraliza. En el análisis del mismo, se consideran un conjunto de manifestaciones emocionales y comportamentales, de pensamientos, sentimientos y acciones consecuentes de la anticipación o pérdida de una persona amada. Su expresión incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. En definitiva,

pensamientos, sentimientos y conductas que es importante considerar como en cualquier proceso psíquico al que se quiera atender (Barreto, 2012).

No todas las pérdidas conllevan vivir una crisis. Si el duelo se vive con normalidad, puede solventarse sin necesidad de ayuda especializada. La intervención de un experto es necesaria cuando se presenta una pérdida que por sus características provocan una crisis que impida desarrollar el duelo de manera adecuada o cuando los duelos se cronifican o no se completan (Rodríguez, 2010).

El trabajo del duelo requiere esfuerzo y aumenta la vulnerabilidad a padecer más enfermedades aumentando así también la tasa de muertes prematuras. Precisar si el duelo se está desarrollando de manera adecuada o si existen conductas que puedan indicar riesgo de que existan problemas susceptibles de la necesidad de intervenciones preventivas o especializadas (Soler, 2003).

Evaluar la situación para detectar si existe riesgo de padecer duelo patológico (existe un cuestionario para valorar el riesgo de padecer duelo patológico, duelo complicado (BRI) de Parkes, 1993), hace posible obtener un diagnóstico con más certeza para así analizar los datos y proporcionar apoyo y las actividades necesarias para la intervención adecuada, produciéndose así una adecuación de la actitud de los familiares a la pérdida (Blanco, 2007).

Los factores que condicionan que aparezca el duelo pueden asociarse a la causa o el modo en que se produjo la muerte, o factores que existieran antes de la enfermedad. Existen protocolos con los que medir las características de los miembros de la familia que tiene riesgo de sufrir una reacción patológica y se han identificado determinados factores por los que desarrollar reacciones emocionales difíciles previas y posteriores al fallecimiento del familiar enfermo (Lizarraga, 2005).

Los programas de salud referentes a los Cuidados Paliativos deben ser consensuados y tal y como recomienda la OMS deben encaminarse a mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de la familia (Blanco, 2007).

Según Astudillo (2008), el equipo sanitario debe reconocer la figura del cuidador principal del enfermo terminal, como parte del triángulo terapéutico (cuidador, paciente y equipo) y dar apoyo y respuesta a sus problemas. Es necesario tener una actitud proactiva para favorecer la comunicación (esto contribuye a prevenir problemas como pueden ser el burnout) y proporcionar una red de apoyo socio-sanitaria con un equipo multidisciplinar que permita satisfacer las necesidades emocionales y físicas del cuidador.

Discusión/Conclusiones

Según la revisión bibliográfica de los artículos y trabajos científicos sobre el tema se concluye la mayor parte de veces el cuidador principal es la mujer (hija o cónyuge), quienes se vuelven más vulnerables física y emocionalmente, y la gran mayoría de veces conviven con el enfermo, suponiendo esto grandes cambios en distintas esferas de su vida.

Se evidencia que atender a un enfermo no exime de repercusiones para la salud del que lo cuida. La sobrecarga física y emocional que experimentan los familiares puede llegar a provocar una gran inestabilidad dentro del núcleo familiar. Una vez que se produce la muerte del enfermo, el cuidador principal tiene el riesgo de convertirse en un enfermo secundario, desarrollando un proceso de duelo que puede convertirse en patológico.

No en todas las pérdidas debe sufrirse una crisis. Cuando el duelo sucede con normalidad, la mayoría de veces se solventa sin necesidad de ayuda especializada. La intervención por parte de un experto es necesaria cuando la pérdida produce una crisis que impide que el duelo se desarrolle de manera adecuada, cronificando el proceso. Se concluye que una correcta actuación por parte de un equipo multidisciplinar permite satisfacer las necesidades tanto del cuidador como del enfermo, evitando posibles consecuencias negativas tras la muerte del paciente. Favorecer simplemente una correcta comunicación puede ser un factor preventivo de dificultades.

Referencias

- Alfaro, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B. and Guevara, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, pp.485-494.
- Astudillo, W., Mendinueta, C. and Granja, P. (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Psicooncología*, 5(2-3), pp.359-381.
- Barreto, P., de la Torre, O. and Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 12(2-3), pp.355-368.
- Blanco Toro, L., Librada Flores, S., Rocafort Gil, J., Cabo Domínguez, R., Galea Marín, T. and Alonso Prado, M. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*, 14(3), pp.1-5.
- Buisán, R. and Delgado, J. (2007). El cuidado del paciente terminal. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 30(3), pp.103-112.
- Cabrera, C., Arenas, O., Bonilla, M., Cortés, L., Márquez, I. and Porta, R. (2003). Perfil del cuidador principal del enfermo atendido por equipos de Cuidados Paliativos: Estudio multicéntrico, descriptivo transversal. *Medicina Paliativa*, (4), pp.140-144.
- Chan, E., O'Neill, I., McKenzie, M., Love, A. and Kissane, D. (2004). What works for therapists conducting family meetings: treatment integrity on family-focused grief therapy during palliative care and bereavement. *Pain Symptom Manage*, 27(6), pp.502-512.
- Garrido, A. (2003). Cuidando al cuidador. *Revista Española Geriatria Gerontológica*, 38(4), pp.189-191.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P. and Devoss, D. (2005). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurse Forum*, 31(6), pp.1105-1117.
- González Castro, U. and Reyes Luna, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), pp.636-661.
- Lizarraga, S., Ayarra, M. and Cabodevilla, I. (2005). Atención a la familia del paciente al final de la vida. *FMC*, 12(10), pp.692-701.
- Martínez, M. and Torres, V. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Revista de Psicología y Salud*, 17(2), pp.229-241.
- Moral Serrano, M., Ortega, J., López Matoses, M. and Pellicer Magraner, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32(2), pp.77-87.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A. and García, L. (2004). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), pp.53-67.
- Rodrigues Gomes, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*, 18, pp.102-111.
- Rufino, M., Blasco, T., Güell, E., Ramos, A. and Pascual, A. (2010). Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. *Psicooncología*, 7(1), pp.99-108.
- Soler, M. and Barreto, P. (2003). Intervención psicológica en el duelo. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, 25(1-2), pp.218-233.

CAPÍTULO 23

Abordaje terapéutico ante el síndrome febril en niños

Elena del Águila Cano, María Ángeles del Águila Cano, y María del Pilar Segura Sánchez
Servicio Andaluz de Salud (España)

Introducción

Para comprender realmente en qué consiste la fiebre necesitamos mencionar previamente la influencia del hipotálamo en este procedimiento.

El hipotálamo es la zona del cerebro más importante para la regulación de conductas esenciales, vinculadas al mantenimiento de la especie. Dicha glándula organiza conductas como la ingesta de líquidos, la alimentación, agresión y apareamiento. Es el regulador principal de las funciones endocrinas y viscerales autónomas (Ganong, 2010). Y desde el punto de vista de la termorregulación el hipotálamo posterior o simpático se encarga de mantener constante la temperatura corporal mientras que el hipotálamo anterior o parasimpático disipa el calor corporal (Carpenter, 1994), gracias a este mecanismo e independientemente de las variables y de las condiciones que lo rodean, el cuerpo es capaz de mantenerse a una temperatura constante (Navas, 2003).

La fiebre es un síndrome en el que la temperatura del cuerpo se encuentra por encima de 38°C produciendo un estado de hipertermia. Cuando oscila entre 37/38 se habla de decimas o febrícula.

La forma más fiable de medición de la temperatura corporal es mediante un termómetro y las zonas de medición más adecuadas es bajo la axila (axilar), en el ano (rectal) o bajo la lengua en la boca (bucal) considerándose la medición rectal la más fiable, exacta y adecuada en la etapa infantil. Años atrás el termómetro fabricado con mercurio era el más utilizado pero este ha dejado de usarse por recomendación de la Unión Europea (Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, 2005) ya que el mercurio conlleva riesgo para la salud humana y ambiental por lo que el termómetro más utilizado actualmente es el electrónico (más rápido y sencillo de utilizar) (García Pjm, 2011; De la Torre, 2009).

La fiebre es la respuesta de nuestro organismo a agentes cuya naturaleza se considera infecciosa (el origen más frecuente) o a causas no infecciosas (lesiones en ciertos territorios nerviosos, toxinas de resorción, etc.). Se considera así en el primer caso, fiebre séptica y aséptica en el segundo.

Las infecciones es la causa principal y más frecuente por la cual se manifiesta la fiebre, las producidas por virus se consideran fiebre de carácter leve y son las más frecuentes en los niños. Las infecciones no eximen de padecer una enfermedad grave, aunque algunas si lo sean (Leggett, 2011).

Se considera que un niño manifiesta fiebre cuando su temperatura corporal está en o por encima de los 38 C en las nalgas (rectal), 37'5 C en la boca (oral) y 37 C bajo el brazo (axilar) (García, 2009), (Soriano, 2011). Un adulto, por lo contrario, se considera que tiene fiebre cuando la temperatura está por encima de 37 – 37'5 C, dependiendo de la hora del día. Los factores que pueden afectar a la temperatura corporal son la hora del día (la temperatura corporal es más alta por la noche.), en la segunda parte del ciclo menstrual de la mujer (su temperatura se puede elevar en un grado o más), la actividad física, las emociones fuertes, comer, el empleo de ropas gruesas, la ingesta de determinados medicamentos, la temperatura ambiente alta y la humedad ambiente alta también pueden elevar la temperatura corporal (Zambrano, 2010).

La fiebre como ya se ha mencionado anteriormente ser un indicativo de la presencia de algún malestar en el niño. Si no se disminuye de forma adecuada y gradual a tiempo, podría causar las siguientes complicaciones:

Las convulsiones febriles

Generalmente aparecen en los niños menores de 5 años de edad.

Son semejantes a los ataques de epilepsia, los principales signos son los temblores bruscos en los miembros e incontinencia de esfínteres.

Pueden prolongarse hasta 5 minutos, por lo que se recomienda mantener la calma.

Si el niño manifiesta dichas convulsiones se recomienda acostar al pequeño en un lugar donde no pueda lastimarse, puede ser sobre una alfombra y llamar a un médico inmediatamente en caso de que no cesen las convulsiones o manifieste alguna complicación asociada.

La deshidratación

La deshidratación es fácil que presentarse en los niños con fiebre pues al encontrarse enfermo, su transpiración aumenta considerablemente.

Se puede identificar que el niño manifiesta deshidratación al notarlo con los ojos hundidos (no brillan), la boca y mucosas secas (sin saliva), el estado de ánimo bajo (no quiere comer, ni jugar) y si no orina en un periodo de tiempo de 6 horas (Kenefick, 2012.).

Objetivo

El objetivo de este trabajo de investigación es analizar el estado de la cuestión a través de una revisión sistemática sobre diferentes artículos acerca del síndrome febril en niños e identificar y contrastar la adecuada forma de actuación por parte de los padres, tras comprobar con un termómetro la temperatura corporal del niño.

Metodología

Bases de datos

Se ha realizado una revisión de la literatura científica basada en artículos publicados sobre el síndrome febril en niños, en las bases de datos (Medline, Cochrane y Cuiden) que se amplió con el buscador "Google académico" así como en libros medicina infantil y pediátrica escrito por expertos.

Descriptores

Los descriptores utilizados fueron, síndrome febril, fiebre, hipertermia, fiebre en niños, patologías infantiles; y sus correspondientes términos en inglés: febrile síndrome, fever, hyperthermia, fever in children, child pathology.

Fórmulas de búsqueda

Las fórmulas de búsqueda empleada a través de los operadores booleanos son las siguientes: fiebre AND niños, actuación AND síndrome febril y añadiendo ADN actuación enfermera.

Resultados

No siempre la presencia de fiebre constituye un motivo de consulta en urgencias pudiéndose iniciar el tratamiento y cuidados en casa, por parte de los padres o cuidadores del niño. Una vez comprobado la temperatura corporal del niño con un termómetro y teniendo en cuenta la zona de elección (medida rectal con un termómetro digital proporciona una medida más fiable, precisa y rápida) se iniciara los cuidados necesarios, si la temperatura corporal es igual o superior a 38°.

Existe una serie de medidas que permiten y ayudan a mejorar el bienestar del niño como: baños con agua templada o utilizar paños fríos (indicada en casos de hipertermia ya que el efecto es mayor, debido a que el punto de ajuste de temperatura del hipotálamo no está elevado, no utilizar agua fría ya que daría lugar a una vasoconstricción y a escalofríos aumentado así la temperatura corporal), no abrigoles demasiado (quitarles ropa), administrarles grandes cantidades de líquido para evitar la

deshidratación, proporcionar una temperatura ambiental agradable y no utilizar como método de enfriamiento el alcohol por que podría causar intoxicación al absorberse (Baraff LJ, 2000), (García, 2009).

Desde el punto de vista al tratamiento farmacológico, se podrán administrar los fármacos antipiréticos indicados por el pediatra. En la actualidad se emplean como antipiréticos de elección el Paracetamol, Ibuprofeno y Metagial (Metamizol Infantil). En edades comprendidas entre los 3 – 6 meses se administrara Paracetamol como primera elección o en casos necesarios Metagial (Manrique, 2010). (Garrido, 2010).

A partir de los 6 meses se podrá utilizar Paracetamol, Ibuprofeno y Metagial, pudiéndose alternarse cada 4 h si fuese necesario (cuando el fármaco de elección utilizado, su espectro de acción no mantenga una temperatura adecuada durante las 8 horas).

Si a pesar de los cuidados mencionados anteriormente y prestados al niño, este continua encontrándose mal, sin alivio de sus síntomas hay que acudir al pediatra para que facultativo siga su evolución y si es necesario realizar pruebas complementarias. También será motivo de consulta de urgencia al pediatra: niños menores de 3 meses ya que el sistema inmune de dichos usuarios es todavía inmaduro y puede no responder de forma adecuada a una posible infección, niños menores de 2 años con estado general decaído, adormilado y con dificultad respiratoria, y cualquier niño con temperatura igual o superior de 40° o con presencia de petequias en cualquier parte del cuerpo (pequeñas manchas rojas que aparecen en la piel y no desaparece al estirar o presionar la zona de la piel en la que se localizan) las cuales nos hace sospechas de una posible infección grave (La fiebre en el niño, 2011).

Cuando se detecta el foco de la fiebre se puede iniciar el tratamiento farmacológico adecuado por parte del pediatra, ya que se sabe lo que la está provocando. Sin embargo, con frecuencia los profesionales sanitarios se encuentran ante niños a los cuales han explorado y no encuentran el foco de origen de esta y que presentan fiebre de menos de 72 horas de evolución, en estos casos dicha fiebre se conoce como fiebre sin foco (Baraff, 1993). Ésta es la situación más frecuente de consulta y más en edades comprendidas del menos entre los 3 y 36 meses, los cuales suelen presentar una media de 4 a 6 episodios de fiebre al año. La etiología de la fiebre sin foco puede ser infeccioso o no infeccioso; en una minoría por una enfermedad de origen bacteriana grave o en la mayoría de los casos de origen viral. Se ha estipulado dos grupos de actuación: por un lado niños menores de 3 meses y por otro lado niños de edades comprendidas entre 3 y 36 meses. El manejo de dicha fiebre dificulta el trabajo de los profesionales sanitarios por lo que se han elaborado varias escalas para que su tratamiento sea más fácil, la escala Young Infant Observation Scales (más conocida como YIOS) [tabla 1] empleada para menores de 3 meses y la escala YALE para niños entre 3 y 6 meses [tabla 2]. (Luaces, y Parra, 2014).

Tabla 1. Escala: Young Infant Observation Scale (YIOS) para menores de 3 meses

Parámetro clínico	(1) Normal	(3) Afectación moderada	(5) Afectación grave
Perfusión periférica	Sonrosado, extremidades calientes	Moteado, extremidades frías	Pálido, shock
Respuesta social	Sonríe o no irritable	Irritable, consolable	Irritable, inconsolable
Nivel d actividad	Activo, espontáneamente vigoroso	Actividad espontanea disminuida	No actividad espontanea o activo solo con estimulación dolorosa
Nivel de alerta	Completamente despierto o dormido, pero despierta rápidamente	Letárgico, se despierta con dificultad, alerta brevemente.	No se despierta
Estado/Esfuerzo respiratorio	No deterioro/ vigoroso	Compromiso respiratorio leve-moderado (taquipnea > 60 rpm, retracciones o quejoso)	Distrés respiratorio con esfuerzo inadecuado (apnea, fallo respiratorio)
Tono muscular	Fuerte	Disminuido	Débil
Patrón alimentario	Succión vigorosa ansioso por comer	Come brevemente, succión débil	Incapaz de comer

Puntuación mayor o igual a 7 se considera que existe riesgo de enfermedad bacteriana potencialmente grave(EBPG)

Fuente tomada de: Luaces y Parra, 2014

Tabla 2. Escala de valoración de YALE para niños entre 3 y 36 meses

Parámetro clínico	(1) Normal	(3) Afectación moderada	(5) Afectación grave
Estado general	Alerta	Obnubilado	No responde
Respuesta a estímulos	Sonríe - alerta	Respuesta breve	Inexpresivo
Llanto	Fuerte	Quejumbroso	Débil
Reacción con los padres	Contento	Llanto intermitente	Llanto continuo
Color	Rosado	Acrocianosis	Pálido - grisáceo
Hidratación	Normal	Mucosas secas	Signo del pliegue positivo
Puntuación:			
- Menor o igual a 10: bajo riesgo de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG).			
- Entre 11 y 15: riesgo de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG).			
- Mayor o igual a 16: alto riesgo de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG).			

Discusión/Conclusiones

Como consecuencia de la hipertermia se pueden provocar daños neurológicos irreversibles, shock hemorrágico, síndromes encefalopáticos y en ocasiones muerte súbita infantil (Ganong, 2010).

En relación con la fiebre se conoce su efecto beneficioso, al tratarse de una respuesta defensiva del huésped ante las diversas agresiones, pero teniendo en cuenta las diferentes etiologías que pueden originarlas, se aconseja determinar su origen y llevar a cabo una serie de medidas terapéuticas adecuadas y establecidas por un facultativo, evitando someter al niño a excesivas y rigurosas actuaciones y situaciones, que en ocasiones se consideran ineficaces e incómodas para el paciente (Baraff, 2000; García, 2009).

La utilización de fármacos antipiréticos, bajo prescripción médica, conlleva una disminución de la enzima ciclooxigenasa (COX) las cuales inhiben los niveles de prostaglandinas (PGE2) hipotalámica que se encarga principalmente del incremento de la temperatura corporal (Feria, 2014).

La enfermería tiene un papel primordial en los cuidados del síndrome febril tanto a nivel extrahospitalario como a nivel intrahospitalario. Hay ocasiones en las que la fiebre en niños no necesita de ingreso ni de tratamiento hospitalario y es en estos casos, en los que los cuidados, a esos niños con síndrome febril serán responsabilidad de los padres u otro personal no sanitario. Desde el punto de vista de la enfermería, esta va a desarrollar un papel fundamental a la hora de la educación, la enfermería es la primera fuente de información para los padres y deben aprovecharlo, esto conllevará a que los cuidados proporcionados desde el hogar familiar ante un niño con fiebre sean mejores.

Esta educación no solo será útil para disminuir el excesivo e incontrolado uso de los fármacos, sino que permitirá reducir el uso innecesario de las consultas de urgencias y del gasto sanitario, no colapsando las urgencias para casos de verdadera gravedad.

Referencias

Baraff LJ et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics*. 1993; 92: 1-12.

Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med*. 2000; 36(6):602-14.

Carpenter M. (1994). El hipotálamo. En: *Neuroanatomía fundamentos 4ª edición* (pp 286-303). Editorial médica panamericana.

Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Estrategia comunitaria sobre el mercurio, Bruselas 28.01.2005. COM (2005) 20 final [en línea] [consultado en 06/2009]. Disponible en http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/chemical_products/l28155_es.htm

De la Torre EM, Santos SMM, Marañón PM, Humayor YJ, Quintana PR, Rivera LJ, et al. Fiebre infantil- Respuesta a las preguntas más habituales. Madrid: Pharma and Health Consulting; 2009.

Feria M. Fármacos analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A (editores). Farmacología humana. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2014. p. 348-374.

Ganong, Ganong, Barret, Barman, Boitano, Brooks (2010). Ganong Fisiología Médica. México: Mc Graw-Hill. p. 275.

García PJM, Callejas PJE, Castillo DL, Hernández MD, Garrido TFJ, Jiménez RT, et al. Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13: 367-79.

García PJM, Fernández SE, Garrido TFJ, Hernández Morillas MD, Marfil Olink S, Sánchez Tallón R. [et al.]. Proceso asistencial integrado: Proceso fiebre en la infancia: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales 2a ed. Sevilla, Consejería de Salud; 2009.

Garrido Romero R, Luaces Cubells C. Lactante con fiebre sin focalidad. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J (eds). Tratado de Urgencias en Pediatría, 2ª edición; Madrid: Ergon. 2010. p. 247-58.

Kenefick RW, Chevront SN, O'Brien KK. Dehydration, rehydration, and hyperhydration. In: Auerbach PS. Wilderness Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2012:chap 70.

Leggett J. Approach to fever or suspected infection in the normal host. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 288.

Luaces CC, Parra CC. Fiebre sin foco. Pediatr Integral. 2014;18 (1): 7-14

Manrique Martínez, Saavedra Lozano J, Gómez Campderá JA, Álvarez Calatayud G. Fiebre y antitérmicos en pediatría. Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en Urgencias Pediátricas. 3ª ed. Ed. Drug Farma SL; 2010. p. 35-41.

Navas Cámara FJ. La Termorregulación. En: Córdova A (editor). Fisiología dinámica. Barcelona, España: Masson SA; 2003. p. 685-696.

Soriano HMB. Educación sanitaria dirigida a padres y/o cuidadores, sobre el manejo del paciente con fiebre. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Master. 2011; 3 (2): 720-737.

Zambrano FAR, Corredor PC. Estado actual del manejo de la fiebre en niños. Curr status Manag fever Child. 2010; 13(3):146-58.

CAPÍTULO 24

Análisis y Adaptación de Actividades: Programas de Intervención en Terapia Ocupacional

M^a Dolores Hurtado Montiel, Julio Castellano Ramírez, y M^a Isabel Contreras Parody
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

Existen multitud de definiciones de Terapia Ocupacional, pero de todas ellas la adoptada en último lugar es la de (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986), que la define como el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida. En Terapia ocupacional la educación correlaciona positivamente con la salud, estilos de vida y planificación psicosocial (Lee, 2003; Petroska, y Earl, 2009).

Para los terapeutas el “proceso de hacer”, se refiere a la actividad propositiva, la cual implica el cliente en muchos aspectos que requieren coordinación entre los sistemas sensitivos motores, cognitivos y psicosociales. La actividad es algo fundamental para la existencia del ser humano, (Kielhofner, 2004). El término de actividad propositiva se utiliza, a menudo, como sinónimo del término ocupación (AOTA, 1993). La actividad propositiva es definida como conducta dirigida a un objetivo o tareas que comprende una ocupación, conducta dirigida a un objetivo, que hace que la persona se centre en la meta de la actividad, más que el proceso a través del cual se alcanza dicha meta.

Según Reed y Sanderson (1999), la ocupación es el núcleo de la Terapia Ocupacional. La profesión se centra en la enfermedad u otras circunstancias que afectan al área ocupacional del individuo. Utilizando la actividad en todo el proceso terapéutico. Finlay (1993), considera las ocupaciones como los roles que la persona mantiene en su día a día en las áreas de trabajo, ocio y autocuidado. Para desarrollar esos roles, una persona ejecuta numerosas actividades.

Por lo que la actividad es algo fundamental para el ser humano, según reconoce (Polonio, Durante, y Noya, 2001). Según estos autores el ser humano tiene tendencia espontánea para ser activo y explorar su entorno para dominarlo y manejarlo. La actividad es productiva, porque no solo pone en juego nuestras energías y habilidades sino porque tiene como resultado un producto final, todos los cuales pueden resultar, entre otros gratificantes.

Para centrarnos en materia, uno de las claves de nuestra disciplina es la identificación de destrezas requeridas en una actividad prescrita, así como una total comprensión de la actividad. El estudio del análisis de la actividad es un elemento vital de la práctica de Terapia Ocupacional. Genera el conocimiento para aportar el equilibrio en el ser humano de actividades de autocuidado, trabajo, juego y motivar a organizar rutinas y tareas. A través del análisis podemos conocer el control neuromuscular y la coordinación de un individuo, su estabilidad articular, su capacidad para resolver problemas, su posibilidad de elegir diversos elementos. Una actividad es un proceso que engloba operaciones y en el que la secuencia es vital.

Con el análisis de la actividad el terapeuta genera una comprensión de la actividad y asegura una base de conocimiento para enseñar la actividad mediante simplificación y adaptación. El terapeuta aporta datos al equipo, sobre la ayuda, materiales, el tiempo el espacio y el personal requeridos para la ejecución de la actividad, proporciona información sobre el progreso del paciente tanto en capacidades

como en dificultades. No hay un método universal para completar el análisis de la actividad depende del marco, de las preferencias personal y de la experiencia del terapeuta.

El análisis de la actividad se desarrolla generalmente en dos estadios. Primero se intenta entender los aspectos intrínsecos de la actividad en sí misma. Una vez hecho esto, analizamos como puede utilizarse la actividad (graduarla y adaptarla) hacia un fin terapéutico. El fin será relacionar el valor de la actividad con el uso terapéutico de la misma. De la misma forma, sea cual sea el método, el terapeuta debería ser capaz de comprender las cualidades inherentes dentro de las actividades propositivas, expresar las actividades en términos descriptivos, para dar a una correcta secuencia, listar los requerimientos físicos, psicológicos y ambientales para la ejecución de una actividad, así como las precauciones, contraindicaciones y criterios aceptables para determinarla de forma satisfactoria. Formular los medios alternativos, seleccionar actividades que satisfagan las necesidades del individuo.

Young y Quinn (1998), sugieren que las actividades pueden analizarse en función de, los requerimientos permanentes y no cambiantes (demandas sensoriomotrices y cognitivas) y los requerimientos cambiantes (espacio, equipos, materiales y coste), las percepciones sociales y culturales del desempeño de la actividad (expectativas relacionadas con el sexo y la edad).

Por lo que el análisis es necesario, porque nos permite desglosar la actividad en sus pasos y demandas nos posibilita utilizar el potencial de la misma para restaurar o mantener la función. Primero analizamos si un paciente puede llevarla a cabo, en segundo nivel dividir la actividad en pasos más pequeños y subtareas para enseñar propósitos. Un análisis preliminar efectivo nos permite considerar si hay una progresión lógica o si es necesario simplificar o eliminar algunos de los pasos, también analizamos la actividad para ver qué aspectos son adaptados o alterados con el fin de asegurar una experiencia útil ajustada a la capacidad funcional de la persona.

En otra línea de trabajo diferente, Hagedorn (1997), describe tres tipos de análisis de la ocupación que son: El análisis básico para describir una ocupación, actividad o tarea con el fin de comprender su naturaleza y las bases para la participación. El análisis funcional; para describir los roles y patrones ocupacionales de un individuo, su conocimiento, habilidades y actitudes, o su capacidad para ejecutar la actividad específica, con el objetivo de ganar y comprender capacidades, dificultades, necesidades y terapia apropiada. Por último el análisis aplicado; para describir y analizar una actividad o tarea con el fin de utilizarla como terapia, para identificar tareas, las secuencias y las habilidades de ejecución posibilitando al individuo realizar una función más efectiva.

Crepeau (1999) establece unos elementos necesarios para analizar una actividad, que son, la forma en que se realiza y el contexto de ejecución, el grado de habilidades necesarias para su ejecución y el significado que tiene la actividad, cultural, social o personal.

En esta misma línea, Turner (1992) distingue dos modelos para analizar una actividad, el simple y el detallado. El análisis simple: se centra en describir cómo se realiza la actividad, qué se hace, por qué, dónde, cuándo y quién o quienes participan de ella. Por último el análisis detallado: tiene en cuenta factores como el entorno, la motivación, la adecuación al ciclo vital del individuo, sexo y estado de discapacidad, grado de adaptabilidad de la actividad, grado en que se utilizan las destrezas en la vida diaria, costes y beneficios, demandas y requisitos de la actividad (destrezas sensoriales, motoras, cognitivas, perceptivas, emocionales, sociales y culturales), elementos de seguridad y riesgo, tiempo necesario para su realización y si es una actividad que se pueda realizar de manera individual o en grupo.

El principal objetivo del análisis de la actividad es capacitar al cliente para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, a través del desarrollo de habilidades que le permitirán funcionar a nivel satisfactorio para él y para los demás. A nivel secundario proponemos ayudar al paciente a alcanzar un uso organizado, satisfactorio y con un propósito en tiempo, y valorar la necesidad en función de los roles ocupacionales.

Para ello nos proponemos, niveles de autoeficacia, optimismo y disminuciones del nivel procrastinación contribuyen a la mejoría de nuestros pacientes tras la participación en programas terapéuticos, que incluyen el análisis de la actividad.

Pensamos que esto generará una mayor adhesión terapéutica a los programas de terapia ocupacional. Esta adhesión se consigue a través de programas de promoción de la salud que implican el conocimiento de los siguientes factores o variables que participan en la etiología y curso del problema (Ballester y Gil., 2003).

Método

Participantes

La muestra de nuestro estudio estaba conformado por 177 participantes, con una edad comprendida entre 45 y 65 años con una DT=6,5. El 21,6% del sexo masculino y el 79,4 del sexo femenino. Trabajadores de diferentes hospitales privados, y con diferentes categorías profesionales. El 25% de la muestra estaba formada por auxiliares de enfermería, el 50% enfermería, y el restante porcentaje a otras categorías como seguridad, pinches de cocina, medicina, psicología. Todos con el interés de fomentar su salud física y mental y ganar habilidad en la planificación de su salud a lo largo de la vida.

Instrumentos

Para la evaluación (pre-post intervención) en los programas de intervención, se realizó una entrevista inicial según Smith (1993) que consta de tres partes, la primera parte consta de información sobre el paciente para desarrollar objetivos y un plan terapéutico, en la segunda parte comprensión por parte del paciente sobre el rol del terapeuta y los propósitos de la disciplina. Escala de Autoeficacia Generalizada: Se refiere a todo aquello que piensan y sienten las personas respecto a su capacidad para llevar a cabo tareas específicas bajo una gran variedad de circunstancias alcanzando un nivel de rendimiento determinado (Bandura, 1997). Se utilizó la versión española de Autoeficacia General (Schwarzer, y Baessler, 1996), con diez ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, 1 (Muy en desacuerdo) y 5 (Muy de acuerdo). Los estudios previos han mostrado una fiabilidad adecuada para esta versión que oscila entre $\alpha = .81$ (Schwarzer, Baessler, Kwiatek, Schroder, y Zhang, 1997) y $\alpha = .83$ (Juárez y Contreras, 2008). En el presente estudio la fiabilidad fue de $\alpha = .92$. Escala de evaluación del optimismo: fue medido por la escala de optimismo LOT, (ScheieryCarver, 1985), revisada en 1994 dando lugar al LOT-R (Scheier, y Carvery Bridges, 1994), consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos. Seis ítems miden el optimismo disposicional y los otros cuatro son de relleno y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los seis ítems, tres están en sentido positivo (dirección del optimismo) y tres en sentido negativo (dirección del pesimismo). La escala de optimismo, tiene una buena cantidad de estudios de validación, predice la afectividad negativa, el estrés y el neuroticismo (Aherens, y Haaga, 1993; Anderson, 1996; Vickers, y Vogelanz, 2000; Olason, y Roger, 2001). La fiabilidad de la subescala (alfa de Cronbach) fue de .78. Mientras que la fiabilidad encontrada en nuestro estudio fue de $\alpha = .53$. Escala de Procrastinación general: el concepto de procrastinación se define como el hecho de posponer la culminación de una tarea que resulta de un estado de insatisfacción o malestar subjetivo, según Ferrari et al. (1995). Es un obstáculo que imposibilita a la persona a conseguir sus intereses de forma eficiente y productiva. La escala de procrastinación general (EPG), fue desarrollado por Busko (1998), consta de 13 ítems, todos se puntúan mediante la escala Likert de cinco puntos, 1 (Siempre) y 5(Nunca). La fiabilidad de la subescala (alfa de Cronbach) fue de $\alpha = .83$.

Procedimiento

Para llevar a cabo nuestro estudio, se propusieron cuatro programas de actividades, y se dividió la muestra en dos grupos, el grupo control que no se someterían a los programas de tratamiento durante seis meses, y el grupo experimental que asistirían a los programas todos los días de la semana con una duración de dos horas en el turno de la mañana, y en el caso de la tarde también dos horas. La muestra fue recogida en personas que estaban interesadas en fomentar su salud mental, trabajadoras de hospitales

con cargos diferentes. Se realizaron una evaluación previa, recogiendo datos de sus capacidades antes de la intervención y transcurridos los seis meses volvimos a medir con las mismas baterías de test.

Análisis de datos

Se realizó un primer análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación típica, mediana y cuartiles). Para las variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y relativas. Se comprobará la normalidad de las variables cuantitativas con el test de Shapiro-Wilks, con el fin de determinar si posteriormente se realizarán pruebas paramétricas o no paramétricas.

Para el contraste de hipótesis de igualdad de medias en cuanto a las variables principales cuantitativas se utilizará el test de la t de Student para muestras independientes o análisis de la varianza si estas se distribuyen según una distribución normal, en caso contrario se utilizará el test U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. En el caso comparación de las variables cualitativas, se empleará el test de la chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher cuando sea necesario. Además se realizará un análisis de regresión lineal múltiple considerando los posibles factores de confusión que puedan distorsionar la estimación de la magnitud de la asociación entre la variable respuesta y la variable exposición principal. El nivel de significación considerado para todos los contrastes será de 0.05. El software que se utilizará para hacer el análisis estadístico es IBM SPSS Statistics 19”.

Resultados

Las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables del estudio muestran, que la puntuación más alta de los participantes se observa en la escalas de autoeficacia, (M=3.74 y DT=.67) y optimismo (M=3.73 y DT=.77) y la puntuación más baja en la escala de procrastinación (M=2.84 y DT=.87). Por otro lado, las puntuaciones de los participantes en la escalas de autoeficacia y optimismo tras participación en los diferentes programas terapéuticos aumentaron sus niveles, mientras que los sujetos que no se sometieron a los programas sus niveles se mantenían sin cambios.

Análisis de la regresión

En la tabla 1 se exponen los resultados referidos al análisis efectuado de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos. Este procedimiento permite hallar el modelo más parsimonioso, con el número más adecuado de variables independientes, no redundantes. La decisión de excluir variables se basa en criterios estadísticos, eliminando aquellas que no contribuyen de forma significativa a la explicación de varianza adicional (López, 1998).

Para analizar nuestros resultados, propusimos tres modelos en función de las variables de estudio, en el primer modelo, utilizamos la variable autoeficacia, resultó ser un predictor significativo, dando este modelo cuenta de una parte importante de la varianza explicada R cuadrado ajustado de 20%, obteniendo un coeficiente Beta de .30 (p<.001). El nivel de error presentado fue de .11, alcanzando un nivel F de .02.

Tabla 1. Resultados de la regresión en los tres modelos

	B	EE	t	SIG	R2	R2A	F
Modelo 1							
Autoeficacia	.30	.11	3.90	.02	.06	.20	.02
Modelo 2							
Autoeficacia	.60	.11	5.31	.00			
Optimismo	.46	.08	3.96	.00	.28	.22	.00
Modelo 3							
Autoeficacia							
Optimismo	.53	.11	4.49	.00			
Procrastinación	.49	.07	1.95	.05	.28	.25	.05

EE: Error Estándar

Modelo 1: (Constante), Autoeficacia.

Modelo 2: (Constante), Autoeficacia, optimismo.

Modelo 3: (Constante), Autoeficacia, optimismo, procrastinación

En el segundo modelo, la autoeficacia y el optimismo son potentes predictores del cambio del comportamiento de la salud, aumentando así el porcentaje de varianza explicada al 22%. En éste modelo al introducir el optimismo, obtenemos un coeficiente Beta de .46 ($p < .001$). Los valores de error descienden a .08, y generando un modelo muy significativo con $F = .00$

El tercer modelo, el porcentaje de varianza explicada pasa al 25.4% con un poder predictivo sobre cambio del comportamiento de la referidos a optimismo, procrastinación más la variable autoeficacia, en este caso alcanzamos un $F = .058$. En éste modelo el coeficiente Beta de .49 ($p < .001$). Desciende el error a .07 con respecto a los dos modelos anteriores.

Discusión/Conclusiones

La presente investigación fue diseñada con dos objetivos principales; en primer lugar, analizar la relación entre las variables predictores como son autoeficacia, niveles de optimismo y procrastinación para ello establecimos 3 modelos, y en segundo lugar estudiar el efecto de dividir las muestra en función de sujetos que participaron en un programa de terapia ocupacional y los que no participaron para ver si existen diferencias significativas a nivel de salud.

En primer lugar, el modelo uno utilizó la variable autoeficacia, que generó un modelo significativo en planificación de la salud, al incluir el optimismo aumento el porcentaje de varianza explicada generando un modelo aún más significativo, el efecto directo de ambas variables resultó significativo en el sentido esperado y con respecto al tercer modelo, se obtiene un F superior a la probabilidad, pero se pasa muy ligeramente pudiendo concluir, que también es una variable importante, los niveles de procrastinación. Por lo tanto las variables estudiadas, son predictoras del comportamiento de la salud. Por otro lado los sujetos que participaron en el plan de tratamiento, obtuvieron un gran beneficio repercutiendo positivamente en su salud, obteniendo diferencias muy significativas entre los que no participaron.

Pensamos que esto generará una mayor adhesión terapéutica a los programas de terapia ocupacional. Esta adhesión se consigue a través de programas de promoción de la salud que implican el conocimiento de los siguientes factores (Ballester, y Gil., 2003): en primer lugar, variables que participan en la etiología y curso del problema, en segundo lugar, tener en cuenta las conductas que tendrían que desarrollar en la población para reducir los daños y optimizar los beneficios, mirar los procedimientos de cambios de dichas conductas (cambios de comportamiento).

Unas de las limitaciones de nuestro estudio ha sido la representatividad de la muestra, aunque la muestra es amplia no es homogénea, porque la cantidad de mujeres es superior con respecto a los hombres, generando resultados que pueden afectar, por lo tanto impide hacer generalizaciones sólidas al resto de población en función del sexo.

Al ser un estudio transversal, se centra en un momento concreto, pero sería bueno pasado un tiempo volver a medir las variables consideradas aquí y ver si existen diferencias en función de la participación en estos programas, o comparar con otros programas más eficientes en cuanto al análisis de la actividad.

A la hora de interpretar nuestros resultados pueden estar influyendo otras variables que escapan de nuestro control como son las circunstancias personales, sociales, económicas, etc.,

Los resultados de este estudio tienen implicaciones importantes de cara a la intervención de personas en una edad comprendida entre los 50 años en adelante. Una vez demostrado el alto impacto de las variables predictoras de nuestro estudio en el cambio de comportamiento en la salud para prepararse para esta nueva etapa, solo cabe señalar que los programas de preparación para la salud deberían extenderse en número y centrarse en el desarrollo de estas creencias en planificación en la salud, en la auto eficacia y en el análisis de la actividad dentro de los programas de terapia ocupacional para favorecer una transición más agradable y menos estresante de la enfermedad a la salud, o de la incapacidad a la capacidad.

Para concluir, este estudio demuestra el alto valor de la ocupación, actividad y la educación inciden en la mejora de la salud, al igual que en los estudios de Lee (2003) y Petroska y Earl (2009) sugirieron que la educación correlaciona positivamente con la salud, estilos de vida y planificación psicosocial,

Referencias

- Allen C. K. (1987). Activity: Occupational Therapy's treatment method. *American Journal of Occupational Therapy*, (41), 563-575
- Cynkin S, Robinson AM.(1990). *Occupational Therapy and activities health: toward health through activities*. Boston: Little Brown.
- Durante, P., Noya, B., Polonio, B (2003). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Findler G. (1981). Form Crafts to competences. *American Journal of Occupational Therapy*, (35), 567-573.
- Librán, E. C., Ral, J. M. T., y Piera, P. J. F. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo lifeorientation test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Moruno, P., Romero, D. (2003) *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson.
- Moruno, P., Romero, D. (2010). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Pedretti LW.(1990) . *Occupational therapy: practice skills for physical dysfunction*. St Luis: Mosby.
- Valero Ibáñez, E., Segura, A., y Topa Cantisano, C. (2015). Autoeficacia específica para la jubilación, intenciones de retiro y satisfacción vital en trabajadores mayores de 40 años. *Acción Psicológica*, 12(1), 35-46.
- Vera, P., Córdova, N., y Celis, K. (2009). Evaluación del optimismo: Un análisis preliminar del lifeorientation test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica*, 8(1), 61-68.
- Young M, Quinn E. (1992). *Theories and principle of occupational Therapy*. Edinburg: Churchill Livingstone.

CAPÍTULO 25

Efectividad de las medidas de prevención contra la obesidad infantil

Cristina Cazorla Luque*, María de las Mercedes Hidalgo Collazos**, y Sonia Salas Frías*

**Diplomada en Enfermería (España), **Clínica de Cirugía Estética Lorenzo Alarcón (España)*

Introducción

La obesidad infantil constituye un problema a nivel mundial. Según la OMS, entre el 27-28% de los niños en edad escolar tiene sobrepeso (Saldaña, 2011). A nivel mundial, millones de niños pequeños padecían obesidad o sobrepeso en 2014 y esta enfermedad suele predominar entre los niveles socioeconómicos más bajos en los países desarrollados (OMS, 2016). En nuestro país, es una enfermedad que ha ido en aumento en las últimas décadas y la prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso es superior a la de otros países de Europa (Sánchez-Cruz, et. al, 2013; García, et. al, 2015).

Esta enfermedad tiene graves consecuencias en la vida adulta, puesto que los niños/as con obesidad infantil son más propensos a sufrir enfermedades cardiovasculares, enfermedades endocrinas, cáncer, enfermedades respiratorias,... (Díaz, y Aladro, 2016; Saldaña, 2011) y por lo tanto, esto va a repercutir en la calidad y esperanza de vida del niño en el futuro (Martínez, et. al, 2013).

La prevalencia de esta enfermedad se cree que ha ido en aumento, debido al cambio del estilo de vida y de los hábitos cada vez menos saludables, los cuales se relacionan con una vida más estresada, donde no hay tiempo para cocinar y donde se comen precocinados o comida rápida con más frecuencia que antiguamente, una disminución del consumo de frutas y verduras, un aumento en la utilización de vehículos a motor,... (Robledo, 2015; García, 2016).

Como factores de riesgo de la obesidad infantil tenemos: la disminución de la actividad física, debido al cambio de jugar en la calle a jugar con consolas, tablets, ordenadores,... y también, el aumento del consumo de bollería industrial y bebidas azucaradas, junto con la disminución del consumo de fruta y de verduras, entre otros (Díaz, y Aladro, 2016; Pérez, et. al, 2015; Rodríguez, et. al, 2012; Alba-Martín, 2016).

En estos últimos años, debido a la preocupación existente con este tema, se han llevado a cabo ciertos estudios para ver la prevalencia de obesidad y su aumento, alguno de ellos son: el estudio Enkid entre 1998-2000, el estudio ALADINO en 2013, el programa Thao entre 2007-2008 y la Encuesta Nacional de salud de 2012,... (Martínez, et. al, 2013). Para disminuir la obesidad infantil se emprendieron varios programas y planes en las distintas comunidades autónomas de nuestro país como: el “Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012”, el “Plan para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008” (PAFAE) en Andalucía, el “Plan Xermola” en Galicia, el “Programa Activa Familias” en Murcia en este año, el “Proyecto Delta” y el “Programa PIPO” en Canarias y luego tenemos, la “Estrategia NAOS” llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a través de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria Y Nutrición (AECOSAN). A nivel de Europa tenemos: “Platform for Diet and Physical Activity” y en la OMS, la “Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad física y Salud”, entre otros (Suárez, y Díaz-Flores, 2015).

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar la efectividad de las medidas de prevención llevadas a cabo contra la obesidad infantil y el sobrepeso.

Metodología

Hemos realizado una revisión sistemática de los diferentes estudios encontrados en las bases de datos: Dialnet, Medes, Scielo... Hemos seleccionado los publicados entre los años 2005 y 2016 y hemos

utilizado como descriptores de búsqueda: “obesidad infantil” y “prevención obesidad infantil”. Al utilizar el descriptor “obesidad infantil” obtuvimos los siguientes resultados: 459 resultados en Dialnet, 198 resultados en Medes y 342 resultados en Scielo. Por otro lado, en el otro descriptor “prevención obesidad infantil” se obtuvieron los siguientes resultados: 106 resultados en Dialnet, 54 resultados en Medes y en Scielo, 76 resultados. Como criterios de inclusión y exclusión utilizados para la selección de los artículos: primero, que estos estuvieran publicados entre los años 2005 y 2016, y segundo, que estuvieran en castellano. De todos los resultados obtenidos anteriormente, se seleccionaron veinticinco artículos en total y de estos al final escogimos diecinueve, por contener la información necesaria para el tema que queríamos tratar en esta revisión.

Resultados

Se ha visto que el sobrepeso y la obesidad infantil continua siendo un problema no solo a nivel de nuestro país, sino a nivel mundial. En donde las organizaciones, el ministerio, las comunidades autónomas, los colegios, los profesionales, la familia, el entorno... intentan ponerle solución a este con diferentes intervenciones, pero para conseguirlo debe existir la unidad y coordinación necesarias. Entre las medidas llevadas a cabo, encontramos los siguientes estudios:

En 2007, se realizó un estudio donde se evaluó la efectividad del programa “Niñ@s en movimiento”, que se llevó a cabo con niños que acudían a la “Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron de Barcelona”. Tras su realización se consiguió disminuir el Índice de Masa Corporal (IMC), disminuir el consumo de bollería, entre otros, y por otra parte, se consiguió aumentar el consumo de frutas. Por lo que, se puede considerar que ha sido efectivo, al conseguir modificar ciertos hábitos considerados poco saludables y que fomentarían el sobrepeso y la obesidad entre los niños (Gussinyer, et. al, 2008).

En un colegio público de Alicante, se llevó a cabo una intervención para fomentar el conocimiento que tenían los escolares sobre una alimentación saludable, dando a conocer los grupos de alimentos, su frecuencia, el aumento del consumo de fruta y verduras,... Dicha actividad se realizó en mayo de 2014 y obtuvieron los siguientes resultados: la gran mayoría supo situar bien cada alimento en su grupo correspondiente dentro de la pirámide alimenticia y poner ejemplos de desayuno saludable. También a raíz de esta intervención consiguieron aumentar el consumo de fruta y verduras, disminuir el consumo de bollería... y tras pasar dos años realizaron una evaluación de esta actividad y vieron que la colocación de cada alimento en su grupo correcto disminuyó hasta un 35%. Por lo que comprobaron que la efectividad de su actividad había tenido resultado, pero esta había sido en un corto intervalo de tiempo y había ido disminuyendo conforme este había pasado (Martínez-García y Trescastro-López, 2016).

Otra intervención a nivel escolar, que se realizó en dos colegios públicos de un pueblo de Asturias, donde uno fue el grupo de intervención y el otro fue el grupo control, se realizaron varios talleres sobre alimentación saludable, taller de cocina, se preparó material en papel para los padres,... Además, se tomaron las medidas del IMC al inicio, en 2006 y terminaron con la intervención en 2008, tras este tiempo obtuvieron los resultados siguientes: el IMC bajó más en el grupo de intervención que en el de control y también en el grupo donde se llevó a cabo la intervención, vieron que mejoró el número de alumnos que mejoraron su dieta. Por lo que, se obtuvieron resultados efectivos en estos dos aspectos (Pérez et. al, 2015).

En otro estudio, se realiza una revisión sobre distintos programas de educación culinaria para niños, llevados a cabo por otros países, donde aprendían a cocinar, aprendían jardinería, a modificar ingredientes de las recetas para hacerlas más saludables,... en resumen, intentaban aumentar las habilidades en la cocina de los niños, actividades que consideran podrían ser beneficiosas (Al-Alia, 2016).

En cinco colegios de la provincia de Soria se llevó a cabo un estudio, donde se evaluaba la efectividad de un programa de educación nutricional mediante la adhesión a este, los curso estudiados

fueron el de 1998/99 y el de 2008/09. Tras terminar este estudio, se obtuvieron mejores resultados entre los niños del curso 2008/09, por lo que vieron que el programa era efectivo al mejorar los resultados de un curso a otro (Pérez, et. al, 2011).

En un estudio realizado en la Comunidad de Cataluña, se realizó una intervención basada en un programa de ejercicio físico para reducir la obesidad infantil, donde no sólo se llevó a cabo sobre los niños, sino que también se llevó a cabo sobre sus padres. Los resultados que obtuvieron fue una disminución de un 3% del tiempo que empleaban en actividades sedentarias y aumentó el porcentaje de tiempo en actividades físicas de intensidad moderada, por lo que esto influyó positivamente sobre el IMC y sobre la conducta (Serra-Paya et. al, 2014). También, hemos encontrado un estudio realizado en varios colegios de Cuenca donde se llevó a cabo el “programa MOVI 1” que es un programa de educación física para prevenir el sobrepeso realizando actividades de lunes a viernes. Tras evaluar el programa, vieron que fue efectivo, y posteriormente, han realizado el “programa MOVI 2”, donde ampliaron este programa de actividades físicas al fin de semana y así disminuir el sedentarismo en los niños durante el sábado y el domingo (Martínez-Vizcaíno, et. al, 2012). Por último, en Canarias, en el año 2012, se llevó a cabo el “programa PIPO”, dirigido tanto a profesionales, como a las familias y a los niños. En este programa, se fomentó la realización de una dieta saludable. Al finalizar, realizaron una evaluación del programa y vieron que fue bastante positiva. En su página web se pueden encontrar recomendaciones y pautas para ayudar a las personas a seguir hábitos más saludables (Suárez, y Díaz-Flores, 2015).

Discusión/Conclusiones

Tras revisar varios estudios, hemos encontrado que existen muchas actividades y programas llevadas a cabo contra el sobrepeso y la obesidad infantil en nuestro país y en el resto del mundo, centradas sobre todo en mejorar la dieta y aumentar la actividad física. Pero en España, nos hemos encontrado con que no existen apenas estudios o artículos en los que se evalúen la efectividad de dichas actividades, sobre todo a largo plazo. La gran mayoría de los artículos tratan sobre la prevalencia de obesidad o sobrepeso infantil, y también, hay otros que ofrecen recomendaciones para su prevención (Pérez, et. al, 2015; Al-Alia, 2016). Coincidimos con los artículos revisados en que las medidas de prevención son efectivas, sobre todo tras la realización de las actividades, pero no hay estudios que comprueben si varían al paso de los años. Sólo en uno de los encontrados, se evaluó a los dos años de la intervención y vieron que se perdía parte de la efectividad. También, coincidimos que para disminuir considerablemente el problema se deberían de realizar actividades más largas, en donde se fueran reforzando en el tiempo las conductas saludables, para evitar que poco a poco se vaya perdiendo esa efectividad que se quería alcanzar en su momento (Aguilar, et. al, 2015; Martínez-García y Trescastro-López, 2016). Además, todo este problema se tiene que llevar a cabo desde un enfoque multidisciplinar, en el que hay que implicarse todos, no sólo estas intervenciones deben ir enfocadas al niño, sino también hacia sus familias y así conseguir los resultados positivos a los que se quieren llegar (Aguilar, et. al, 2015).

Para concluir, queremos incidir en que este problema sigue presente en nuestra sociedad y que se le ha intentado poner una solución. Pero todavía no se ha conseguido disminuir en su mayor parte y para ello se necesita la ayuda y coordinación de todos. En consecuencia, debemos conseguir actividades y medidas de prevención que sean más efectivas a lo largo del tiempo y realizar más estudios evaluativos, ya que pensamos que sería importante saber hasta qué punto esa efectividad se mantiene, para así corregir errores y poder ver dentro de unos años que este problema se ha conseguido disminuir casi en su totalidad con el aporte de todos. Para finalizar, destacar la importancia de realizar una dieta saludable y la realización de ejercicio físico para mejorar este problema y prevenirlo.

Referencias

- Aguilar, M.J., Ortegón, A., Baena, L., Pamela, J., Levet, M.C., y Sánchez, A.M. (2015). Efecto rebote de los programas de intervención para reducir el sobrepeso y la obesidad de niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6). Recuperado de: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/10071/pdf_8636
- Al-Alia, N. (2016). Los elementos de efectividad de los programas de educación nutricional infantil: la educación nutricional culinaria y sus beneficios. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5452450>
- Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*, 42. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/48501>
- Díaz, R., y Aladro, M. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *RqR Enfermería Comunitaria*, 4(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5353331>
- García, A.J., Sellés, S., Cejuela, R. (2015). Estrategias de gestión y dirección para prevenir y paliar la obesidad infantil desde el ámbito educativo. *Sportis Scientific Technical Journal*, 1(1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4942269>
- García, B. (2016). La obesidad infantil: estado de la cuestión y posibles líneas de investigación futura. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 10. Recuperado de: <http://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/3718/5690>
- Gussinyer, S., García-Reyna, N.I., Carrascosa, A., Gussinyer, M., Yeste, D., Clemente, M., y Albisu, M. (2008). Cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos tras la aplicación del programa “Niñ@s en movimiento” en la obesidad infantil. *Medicina Clínica*, 131(7). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-cambios-antropometricos-dieteticos-psicologicos-aplicacion-programa-ni%C3%B1s-13125303>
- Martínez, J.R., Villarino, A., García, R.M., Calle, M.E., y Madorrán, M.D. (2013). Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(2). Recuperado de: <http://revista.nutricion.org/PDF/OBESIDAD-INFANTIL.pdf>
- Martínez-García, A., y Trescastro-López, E.M. (2015). Actividades de educación alimentaria y nutricional en escolares de 3º de primaria en el Colegio Público “La Serranica” de Aspe (Alicante): Experiencia piloto. *Revista Española de Nutrición y Dietética*, 20(2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5582455>
- Martínez-Vizcaino, V., Sánchez-Lopez, M., Salcedo-Aguilar, F., Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Moya-Martínez, P.,...Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Protocolo de un ensayo aleatorizado de clusters para evaluar la efectividad del programa MOVI-2 en la prevención del sobrepeso en los escolares. *Revista Española de Cardiología*, 65(5). Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/protocolo-un-ensayo-aleatorizado-clusters/articulo/90123828/>
- OMS (2016). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Recuperado de: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>
- Pérez, D., Díaz, J.J., Álvarez, F., Suárez, I., Suárez, E., y Riaño, I. (2015). Efectividad de una intervención escolar contra la obesidad. *Anales de Pediatría*, 83(1). Recuperado de: <http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/efectividad-una-intervencion-escolar-contr/S1695403314004214/>
- Pérez, L., Bayona, I., Mingo, T., y Rubiales, C. (2011). Utilidad de los programas de educación nutricional para prevenir la obesidad infantil a través de un estudio piloto en Soria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0212-16112011005500336
- Robledo, T. (2015). La estrategia NAOS. Trayectoria y principales líneas de intervención en prevención de la obesidad infantil. *Canarias pediátrica*, 39(2). Recuperado de: <http://portal.scpfte.com/wp-content/uploads/2015/07/3.d.pdf>
- Rodríguez, A., Novalbos, J.P., Villagran, S., Martínez, J.M., y Lechuga, J.L. (2012). La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4071525>
- Saldaña, A.I. (2011). Campañas de prevención de la obesidad infantil: una revisión. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924532>
- Sánchez-Cruz, J.J., Jiménez-Moleón, J.J., Fernández-Quesada, F., y Sánchez, M.J. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Española de Cardiología*, 66(5). Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/90198744/>
- Serra-Paya, N., Ensenyat, A., y Blanco, A. (2014). Intervención multidisciplinar y no competitiva en el ámbito de la salud pública para el tratamiento del sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad infantil: Programa NEREU.

Apunts. Educación Física y Deportes, 117. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4839316>

Suárez, R.G., y Díaz-Flores, J.F. (2015). Obesidad infantil en Canarias. *Canarias pediátrica*, 39(2). Recuperado de: <http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2015/07/3.e.pdf>

CAPÍTULO 26

Afrontamiento del profesional al estrés laboral

Ignacio Pichardo Bullón*, Ezequiel Montero García**, y Lidia Ester Llovet Romero*

**Universidad de Cádiz (España), **Universidad de Sevilla (España)*

Introducción

En el mundo actual que vivimos, especialmente en el mundo laboral hemos experimentado un importante cambio en el último siglo tanto a nivel social como cultural. Las nuevas condiciones a las que no somete el estado de bienestar, la diferencia entre culturas y la diferencia económica entre unos países y otros ha provocado la aparición de nuevos problemas psicosociales (Gil-Monte, y Moreno-Jímenez, 2005), como el estrés, donde en un estudio por Cano (2003), nos refiere que aproximadamente el 28% de los profesionales de la Unión Europea padece este tipo de enfermedad relacionada con el trabajo. Siendo el segundo motivo de baja más frecuente en Europa, afectando alrededor de cuarenta y dos millones de profesionales con el gasto sanitario que eso conlleva que se cifra en unos 20.000 millones al año aparte de la pérdida también que supone para el empresario (Gascón, Olmedo, y Ciccotelli, 2003).

El estrés puede verse como un proceso complejo que viene dado en mayor medida por la diferencia entre las situaciones que nos demandan y los recursos propios de las personas para afrontar dicha situación. Cada persona al evaluar dichos procesos realiza una evaluación real o distorsionada sobre el problema que le atañe y de ahí su modo propio de atajar el problema. El estrés es la respuesta fisiológica de la persona a las demandas ambientales en las que se encuentra sometido cuando este se encuentra sobrepasado y no es capaz de darle una solución eficaz. Ante esta situación la persona responde aumentando su capacidad fisiológica y cognitiva a modo de preparación para la actividad que se le presenta (Labrador, 1992).

Es muy difícil tratar de analizar todas las variables que se asocian en este síndrome, pero normalmente se agrupan en fuentes de estresores y en determinadas aspectos personales donde presentan un aumento de vulnerabilidad ante estos estímulos (Gil-Monte, y Peiró, 1996).

Al igual que con el significado de estrés, cuando este se encuentra enmarcado en un entorno profesional o de trabajo, se le denomina estrés laboral (Silla, Molina, 2008). Haciendo referencia a dos autores como Lazarus y Folkman (1986), este tipo de estrés aparece cuando el individuo considera que la situación que tiene en su puesto de trabajo le supera o sobrepasa a su capacidad de dar respuesta al tema en cuestión. Y en la misma tónica y enfocado hacia los servicios humanos, resaltar a Edelwich y Brodsky (1980) que lo explica como una pérdida de ideales, de energía y de motivos diversos por la gente que se dedica a las profesiones de la salud como resultado de las precarias condiciones del trabajo desempeñado.

Existen multitud de efectos negativos derivados del diagnóstico de estrés, uno de los más llamativos hoy en día, es el síndrome de burnout también llamado coloquialmente “estar quemado” con el puesto de trabajo. Dicho concepto fue acuñado por Freudenberger (1974) y años más tarde por Maslach (1976) indicando el desgaste que tenía los profesionales que se dedicaban a los servicios de Salud.

El síndrome de burnout puede adoptar distintas formas a lo largo del tiempo como son (Lipko, y Dumeynieu, 2003):

- 1) Psiquiátricas: Trata de un deterioro progresivo y oculto de la persona, como una depresión crónica, ideas suicidas, violencia a familiares directos, o adicciones varias.
- 2) Somáticas: Estrés con presentaciones distintas como musculares, del sistema endocrino, sistema nervioso, sistema circulatorio y otras alteraciones psisomáticas.

3) Organizacionales: Mala relación con los compañeros de trabajo, que puede derivar en disputas de rivalidad, individual, falta de motivación, falta de crecimiento cultural a nivel profesional e inconformismo generalizado.

Otro autor como Cherniss (1980) lo define como una adaptación psicológica que va en progresión entre el trabajador estresado y el trabajo estresante, donde se pueden distinguir varias etapas: 1) La desigualdad entre la carga de trabajo y los recursos del profesional, 2) Cansancio crónico propiciado por los continuos estados de preocupación, tensión y astenia, 3) Un cambio en su conducta personal como con sus compañeros y en su actitud a la hora de realizar sus actividades laborales.

Otros autores como Jackson y Maslach (1982), lo describen como una respuesta no adecuada a una carga de estrés emocional patológico cuyo síntomas principales son el cansancio físico, la carga psicológica, la carga emocional, una actitud distante hacia las demás personas y una despersonalización, junto con una disminución de sus tareas laborales.

El diagnóstico y la evaluación del síndrome de burnout, se ha ido cumplimentando desde la observación clínica, realizando entrevistas según unos patrones estructurales, mediante técnicas de proyección y de autoevaluaciones con escalas de estimación, realizándose aparte las medidas de informes, que analizan y recogen datos referentes a cambios de personalidad, cognitivos y de conductas, existen otros tipos de técnicas que raramente se utilizan para la valoración e investigación (Pines, Aronson, y Kafry, 1981).

Hay una gran unión entre diferentes científicos e investigadores que afirma que los colectivos de actividades profesionales relacionados con la salud son los que más experimentan este tipo de estrés laboral o burnout con las consecuencias negativas que esto conlleva (Dewe, 1987).

Nuestro objetivo con el presente estudio consiste en analizar la situación de los profesionales sanitarios tanto médicos como enfermeros en diferentes áreas de trabajo para conocer el nivel de estrés que puede poseer.

Metodología

Realizamos un trabajo de revisión sistemática con la bibliografía existente utilizando para ello las bases de datos de Scielo, Cuiden, PubMed y Dialnet, usando como descriptores: salud laboral, trastorno emocional, estrés y burnout. Como operadores booleanos utilizamos estrés AND trastorno emocional AND salud laboral. Tras la búsqueda bibliográfica encontramos multitud de artículos científicos publicados, seleccionando un total de 20 artículos.

Resultados

Tras realizar la revisión bibliográfica, podemos observar que los estudios que actualmente existen no se han focalizado sobre dos grupo de profesionales en concreto como el personal de enfermería y el personal facultativo. Por ello la búsqueda conjunta de estas dos categorías laborales son prácticamente inexistentes, no así cuando nos referimos a un grupo de profesionales en particular (Caballero, Bermejo, Nieto, y Caballero, 2001). Y respecto al personal laboral no sanitario que también se encuentran trabajando en estos servicios como son los celadores, los estudios son totalmente inexistentes (Olmedo, Santed, Jiménez, y Gómez, 2001).

La mayor cantidad de artículos de investigaciones relacionadas con el estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud han focalizado sus estudios a nivel de hospital general y en los centros de salud de cada ciudad, muy pocos estudios se han centrado en los que a priori más estrés general producen como los servicios de urgencias de un hospital (Pinedo, González, Undebeytia, y Eugenia, 2005).

Hace aproximadamente 11 años se hizo una investigación para conocer el nivel de estrés laboral en los facultativos del servicio de urgencias hospitalarias, encontrándose un nivel medio de este tipo de patología, donde como dato a resaltar era ligeramente mayor en mujeres que en hombres y como dato curioso se daba en médicos y médicas jóvenes con menos experiencia laboral (Garnes, 2005).

También hace 11 se realizó el mismo estudio de estrés laboral por otros autores, para saber qué grado de estrés se encontraba el personal de enfermería de la unidad de urgencias hospitalarias, llegándose a un resultado nefasto para este grupo profesional, ya que se encontraron con una dirección de enfermería poco colaboradora, con una falta importante de comunicación y planificación dando escaso valor productivo al trabajo realizado por los profesionales de enfermería (Pinedo, González, Undebeytia, y Eugenia, 2005).

En los servicios de Urgencias extrahospitalarios están unidos varios servicios entre sí como los servicios de urgencia de atención primaria, que mayoritariamente se refiere a los centros de salud, los servicios de atención rural (SAR) como consultorios en poblaciones pequeñas como pueblos o aldeas y los servicios de dispositivos de apoyo y de urgencias como las ambulancias, que refuerzan a este tipo de centros sanitarios, los profesionales que componen estos servicios tienen un horario mayoritariamente nocturnos, fin de semana y de festivos por lo cual, están más expuestos a presentar estrés y el síndrome de burnout debido al tipo de turnos que tienen, la nocturnidad, la presión asistencial, la necesidad de tomar decisiones en un periodo muy breve de tiempo, las inclemencias meteorológicas a las que se exponen, la dificultad de interacción con pacientes y familiares, el escaso material del que a veces poseen y situaciones de urgencia y emergencia que pueden desbordar el servicio de cualquier hospital o centro de salud, es por ello, que son más propensos a padecer este tipo de síndrome, por lo cual, este tipo de estudio en estos servicios sanitarios ya mencionados son muy difíciles de realizar y es por esto que hay pocos estudios acerca del mismo (Caballero, Bermejo, Nieto, y Caballero, 2001)..

Discusión/Conclusiones

El propósito que debemos centrarnos a la hora de la prevención del síndrome de burnout, es especialmente en los grupos sanitarios por el desgaste que sufren en el día a día en su desarrollo laboral (Maslach, 1976).

Valorando los datos del estudio que nos atañe, podemos observar como médicos y enfermeros, poseen un nivel alto de burnout, por lo que es una población de riesgo de sufrir problemas tanto personales como a nivel profesional.

Como medidas de apoyo para paliar la incidencia en estas personas según Martínez y Guerra (2008) son:

- 1) Apoyo emocional: se relaciona con las relaciones de confianza y preocupación que una persona puede experimentar acerca de otra persona
- 2) Apoyo instrumental: los recursos materiales y económicos que el profesional posee para desarrollar con calidad su práctica profesional diaria.
- 3) Apoyo informativo: permitir al profesional conocer de primera mano la situación y poseer los instrumentos necesarios para abordar dicho problema
- 4) Apoyo evaluativo: es la retroalimentación de las acciones que el profesional realiza y le permite avanzar y evaluar su efectividad.

Existen diferentes estrategias de actuación ante el problema del estrés:

1) Individual

Según Acker (1999) un buen entrenamiento en habilidades sociales corrige parcialmente el burnout, así como la asertividad, una comunicación eficaz y eficiente, unas buenas relaciones sociales con una planificación en su debido tiempo

2) Social / Interpersonal

El apoyo de la familia, la pareja, o amigos cercanos incluso los compañeros de trabajo es una buena protección para paliar los síntomas, ya que gracias a ello ayuda a crear un clima en el trabajo favorable y una comunicación cordial para la realización de tareas (Matteson, Ivancevich, 1987). Por lo que es un apoyo social muy importante para disminuir los factores causantes del estrés relacionados con el trabajo,

mejora la autoestima personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes negativas hacia otras personas (Gil-Monte, 1996).

3) Organizacional

Estos factores inciden negativamente cuando por culpa de la organización o administración existe una falta de recursos profesionales, creando así una sobrecarga al personal, una mejora de los recursos humanos y materiales mejoraría así los desajustes, la falta de personal y el descontento generalizado entre los profesionales y fomentar medidas como hacer partícipe al trabajador, visión real de los objetivos marcados, motivación, realizar jornadas de convivencia entre los profesionales, aumento de incentivos y beneficios, dar mayor libertad en su puesto de trabajo, un horario flexible dentro de lo posible, son posibilidades reales para solucionar este tipo de problemas.

Un punto importante de discusión sería si este nivel de estrés va en consonancia al nivel de responsabilidad que poseen hacia la salud de otras personas que ponen su fe en ellos para la curación o mejoría de su proceso de enfermedad en el que sea vea envuelto. Aunque estos niveles altos de burnout están más asociados por la presión que sufren día a día por parte de pacientes y familiares como por las condiciones laborales a las que están sometidos, aunque un estudio refleja que se ve más incidencia a nivel de despersonalización y cansancio que a un tema propiamente laboral (Labrador, 1992).

Un factor importante a la hora de evaluar los niveles de estrés es que la mayor parte del personal profesional es de carácter eventual y el personal fijo lleva muchos años en el mismo puesto de trabajo.

Un estudio en profundidad sobre los factores estresores, será muy útil para determinar los agentes causantes de estos problemas que se están detectando y así poder actuar en consecuencia con medidas de prevención y planificación para el control de estos. Sin embargo aparte de los estudios que seguro en un futuro se realizaran, basándonos en los resultados de nuestra revisión bibliográfica y los niveles medios de burnout que hemos detectado, se ve la necesidad de abordar este tema como un problema real y buscar medidas preventivas y de tratamiento para este sector.

Referencias

- Acker, G. M. (1999). The impact of client's mental illness on social worker's job satisfaction and burnout. *Health and Social Work*, 24(2), 112 – 120
- Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 5, 313-317.
- Cano, A. (2003): *Epidemiología y costes del estrés laboral*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), en http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/epide_ycostes.htm.
- Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: *Praeger. Clínica*, 8, 55-66.
- Dewe, P. (1987). Identifying strategies nurses use to cope with work stress. *Journal of Advanced*
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions (Vol. 1). New York: Human Sciences Press. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 2 227-251).
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Garnés, A.F. (2005). Fuentes de estrés laboral en médicos de urgencia hospitalaria. Avances en
- Gascón, S., Olmedo, M. y Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de Psicopatología y Psicología*
- Gil-Monte, P. R., y Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J.M. (1996). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés: Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lipko E, Dumeynieu I. (2003). *Patología Laboral*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez M, Guerra MP. (2008). Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y cambios* 23, 45-46.

- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. *Nursing*, 12, 489-497
- Matteson, M. T., y Ivancevich, J. M. (1987). Controlling work stress: Effective human resource and management strategies. Jossey-Bass.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. y Gómez, M.D. (2001). El enfoque de burnout: variables laborales, personales y psicopatías asociadas. *Psiquis*, 3, 117-129.
- Pinedo, A.M., González, M.C., Undebeytia, L. y Eugenia, M.A. (2005). Factores psicosociales
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press. que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Urgencias. *Hygia*, 60, 23-28.
- Silla, J. M. P., y Molina, I. R. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 68-82.

CAPÍTULO 27

La calidad de vida de una familia con un miembro con síndrome de asperger: una visión enfermera

M^a del Mar Gómez Tapia, M^a de los Ángeles Maqueda Martínez, y Begoña Gómez Varela
Complejo Hospitalario Torrecárdenas (España)

Introducción

Haciendo un breve repaso histórico podemos saber que el término autismo proviene del griego “autos”, el cual quiere decir “si mismo”, y fue usado por Bleuler en 1911 para nombrar un trastorno del pensamiento, en pacientes que sufrían esquizofrenia (Molina, 2007). El síndrome de Asperger (SA) fue conocido por primera vez por Hans Asperger en 1944. Definiéndolo en un principio como una “psicopatía autista”. A partir de esta definición se comparó con el síndrome autista clásico descubierto por Kanner. Este síndrome presenta características parecidas a lo que denominamos trastornos del desarrollo como son: cambios en el aprendizaje social – emocional, y el trastorno de personalidad esquizoide (Molina, 2007). Para determinar un diagnóstico de autismo debemos valorar alteraciones de las funciones básicas psicológicas, que van a interferir en el correcto desarrollo de las funciones sociales y el lenguaje. El trastorno autista se encuentra clasificado dentro del DSM V (2013) como “trastornos del espectro autista” (TEA), 'o “trastornos del neuro-desarrollo”. El síndrome de Rett ya no entra a formar parte de estos trastornos, el DSMV especifica nivel de gravedad. Determinando tres niveles (Vivanti, y Pagetti, 2013)

Hay quien determina variaciones respecto al síndrome autista clásico, desde el funcionamiento cognitivo siendo normal en los asperger hasta el pronóstico que es mucho mejor en estos 'ultimos (Parmelee, 1998). Si hablamos de prevalencia podemos decir que se da en mayor medida en varones. La tasa estimada de prevalencia de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) en los niños es de 6 por 1.000 (Parmelee, 1998).

Actualmente Las características esenciales del trastorno de Asperger son. 3

- a. Alteraciones en la relación social
- b. problemas en la comunicación 'o el lenguaje.
- c. Acciones repetitivas.

Si nos basamos en el DSM V nos quedan dos características:

- a. “deficiencias en la comunicación social”
- b. “comportamientos restringidos y repetitivos” (Vivanti, y Pagetti; 2013).

Diagnosticar un síndrome autista de Asperger hace que el psicólogo se encuentre en una división de aspectos como son: diferenciarlo de otros trastornos del desarrollo y valorar la diferenciación del espectro autista en el que se encuentra el paciente (Molina, 2007).

En la infancia, cuando los niños empiezan a interactuar, muchos de ellos no demuestran tener problemas. Pero cuando van creciendo la soledad y la distancia que ponen es cada vez más clara. En la etapa primaria el SA puede presentar diferentes dificultades las cuales dan señales de que algo no anda bien con el niño (Uría, 2013; Howard, Cohn, y Orsmon, 2006).

“Hans Asperger describe como el niño no se junta con los demás y como puede llegar incluso a tener pánico si se le obliga a jugar en un grupo” (Asperger 1991). El niño se siente cómodo con su propia compañía y se le hace muy difícil entablar relaciones o jugar con los otros niños. Sin embargo, el contacto social es tolerado por los SA cuando los demás niños siguen sus reglas. Cuando un niño empieza a interactuar con niños de su misma edad, que comparten los mismos intereses y juegos, suele existir una gran emoción por relacionarse (Howard, Cohn, y Orsmon, 2006). Debido a que este trastorno

comienza a muy temprana edad, los niños dan sus primeros síntomas en sus primeras relaciones con otros iguales, es decir niños o niñas de su misma edad; mostrando una serie de dificultades y falta de destreza para manejarse entre estos niños. No es raro ver que un niño con SA tenga problemas de flexibilidad, es decir no acata órdenes de una forma positiva, lo cual hace que trate de evadir lo que se le pide. Los niños no entienden lo que la otra persona desea que haga o diga, por lo que su reacción es huir; mostrando una "intensa falta de empatía (Uría, 2013). Esto conlleva a que después desarrollen una dificultad para lograr entender los sentimientos ni los deseos de los otros. Lo cual termina por afectar aún más al niño con SA, ya que sus compañeros por lo general terminan rechazándolo pues no es capaz de jugar igual que ellos. Afecta igualmente al comportamiento, ya que muchos de ellos empiezan a tener un alto nivel de repetición en las cosas que hacen. De igual forma tienen cambios inmediatos de carácter que no tienen ninguna explicación. Además, este trastorno mental se presenta en los intereses de los niños ya que demuestran un alto nivel de interés hacia los temas específicos, sin haber obtenido un conocimiento previo al tema. Presentan un nivel superior de inteligencia, que luego se ve afectado. Se presenta también en el lenguaje, ya que comienzan a crear su propio lenguaje y hablan con "características atípicas". Sin embargo, el habla es lo menos afectado en el SA (Uría, 2013).

El síndrome de asperger no tiene una cura. Las personas que son diagnosticadas con este trastorno mental, pueden ser ayudadas para que puedan desenvolverse de una mejor manera en el mundo real, sin embargo tienen que vivir con esto toda su vida. El SA no debe ser considerado una enfermedad. En la mayor parte de los casos los pacientes son tratados a través de diferentes terapias de estimulación y no con medicinas, ya que el cerebro no puede ser directamente controlado. Es por esto que se han creado maneras efectivas y de mejores resultados, que sean mucho más interactivas con el paciente.

A) La familia de un paciente con tea;

La familia es un todo y como tal funciona, por tanto todo lo que se haga en beneficio del niño supondrá un beneficio para la familia. La familia debemos entenderla como la unidad básica social. Por tanto no es de extrañar que ella, sea considerada como factor de soporte psicosocial o de riesgo en la aparición de problemas, emocionales, sociales o del desarrollo en niños y adolescentes. (Benites, 2010; Mendes, 2013). Al inicio del diagnóstico el enfrentarse al mismo por parte de familia crea una gran incertidumbre, conforme avanza el tiempo aparece la aceptación de una realidad que a la que se enfrentan cada día. Conocer el diagnóstico implica en los padres pasa por las distintas "fases del duelo" primero la incredulidad de lo que ocurre y les están diciendo posteriormente la negación y finalmente la aceptación de la realidad (Cuxart, Doménech, y Polaino 1997; Benites, 2010). Vivir con una persona dependiente afecta de forma importante en la unidad familiar, son varios los problemas a los que hay que atender cada día y mucho lo que se debe sacrificar por la falta de espacio, la falta de tiempo.... tener un niño autista en la familia, puede frustrar las motivaciones que los padres tenían con respecto a su hijo, apareciendo la culpa, la ansiedad, la tristeza...etc. Las primeras fases del cuadro autista son muy duras para los padres y para la familia, (Mendes, 2013; Allik, Larsson, y Smedje.2006)

Las familias de un TEA tienen necesidades especiales que deben de ser cubiertas. Según la Asociación Española De Profesionales Del Autismo (AETAPI, 2001), entre las necesidades de las familias destacan:

a) Necesidades utilitarias; 1) control de la conducta, 2) supervisión del hijo,3) supervisión de problemas físicos, 4) servicios de canguero.

b) Necesidades psicológicas: 1) lugar de reunión para compartir ideas y sentimientos. 2) información de la discapacidad,3) información, conocimiento del diagnóstico y procesos de evaluación,4) información y conocimiento de las implicaciones del autismo, 5) espacio para expresar sentimientos individuales.

c) Necesidades instrumentales: 1) formas para el desarrollo y adquisición de técnicas y capacidades, 2) formas para organizar el tiempo y energía de la familia, 3) afrontamiento de problemas de conducta,

4) orientación sobre derechos y responsabilidades 5) afrontamiento de la educación e información sobre servicios, ayudas o becas.

Debemos resaltar que cómo refieren muchos estudios no sólo estas necesidades son las que afectan al funcionamiento de estas familias debemos considerar el nivel de estrés al que se ven sometidos diariamente y que dependerá en gran medida de: las características del hijo afectado, de la propia familia como entidad de grupo y de sus miembros, (Rodríguez, 2005; Allik, Larsson, y Smedje, 2006; Guerra Mora, 2013). Podríamos resumirlo en la siguiente expresión: De "La influencia de la familia en el autismo" a "La influencia del autismo en la familia" (Rodríguez, 2005).

B) La calidad de vida de una familia con un tea:

La calidad de vida abarca la dimensión bio-psico-social. En cuanto al estado emocional, la salud física y ámbito espiritual y social, a esto podemos añadir un bienestar funcional relacionado con la capacidad de realizar actividades por uno mismo de forma responsable (Benites, 2010).

El autismo es un síndrome que por la gravedad de sus síntomas, dificulta la calidad de vida no sólo del autista sino también de su entorno más cercano.

Su dificultad para comunicar sentimientos o para expresar sus estados de ánimo afecta a sus condiciones de vida provocando reacciones que a veces se confunden con conductas inadecuadas. Para mejorar la calidad de vida de las personas con autismo debemos trabajar en tres campos (Severgnini, 2006; Tamarit, 2005):

Clínico: basados en el tratamiento farmacológico que controle los síntomas.

Funcional: mediante la adaptación a una vida cotidiana.

Personal: la posibilidad para lograr una vida plena.

En la actualidad podemos hablar de cambios importantes que mejoran la calidad de vida de las personas con discapacidad, estos avances abarcan los diferentes aspectos de una vida en desarrollo e integración normal; Estos cambios engloban desde la familia con el inicio de las escuelas para padres que les ayudan a comprender y a afrontar la vida con una persona discapacitada en casa; Desde la educación con la inclusión de estos niños en programas educativos con niños sin discapacidad; A nivel laboral son integrados ya sea independiente o con el empleo con apoyo; legalmente cuentan con la "Ley General de la Persona con Discapacidad" la cual establece el régimen legal de protección, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración completa en todos los ámbitos de su vida; asimismo, se cuenta con el "Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad" y la "Comisión Especial de Estudio sobre la Discapacidad"(Tamarit,2005).

Actualmente el desarrollo de la estructura de la familia implica un gran interés en su calidad de vida cuando en ella hay un miembro con discapacidad aún más si es un autismo, puesto que los avances nos han llevado a una estructura familiar donde la madre y el padre trabajan, donde hay poco tiempo en el día a día, donde cada miembro de la familia tiene sus propias responsabilidades diarias ... todo esto acarrea un aporte extra de estrés y situaciones complicadas que se suman a las ya innatas de la propia enfermedad.

Se plantea un nuevo modelo referente a la calidad de vida de la familia dando mayor protagonismo a la participación familiar. (Turnbull, Turbiville, y Turnbull, 2000) Este modelo establece la calidad de vida como el resultado. Asumiendo los siguientes principios básicos:

-Ve a la persona discapacitada como verdadero miembro de la unidad familiar y del entorno que lo rodea

-Valora la importancia de la calidad de vida para la familia

-Determina aquello que está de acuerdo con las prioridades familiares.

-Determina qué adaptaciones son necesarias para lograr lo que es importante diferenciándolo de lo que realmente presenta la familia.

-Da apoyos y servicios a todos los implicados para que elaboren las mejoras en la calidad de vida que prefieran.

La familia es un elemento básico en la promoción de la calidad de vida de la persona autista, hay que considerarla como un factor determinante en nuestra actuación profesional, por lo que es necesario brindarles apoyo, conocimientos, asesoramiento y orientación. Buscar apoyo en la familia y amigos, conocer los recursos con los que cuentan para hacerles la vida más fácil, aprender que es y cómo se desarrolla la enfermedad, ¿que esperar de su familiar con autismo? ¿Cómo enfrentar conductas desafiantes? Una terapia integral que le hace la vida a todos más fácil, y que nuestros niños necesitan para aprender a vivir en este mundo” (Tamarit, 2005).

Con el desarrollo de este trabajo se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

- valorar la calidad de vida de una familia con un miembro con sd. Asperger
- Identificar aquellos medios para mejorar o disminuir las dificultades que supone el día a día de esta patología.

Metodología

Trabajo de revisión bibliográfica de artículos que versan sobre el tema obtenidos a texto completo. El meta buscador utilizado ha sido ALMIREZ (Catálogo de la Biblioteca Universitaria Nicolás Salmerón, Universidad de Almería). Hemos empleado como herramienta la búsqueda de información en las bases de datos: internacionales (CINAHL, Metabase, Medline, PubMed, Proquest y Psycinfo) y nacionales (Cuiden +), donde utilizamos los descriptores: "autismo", "calidad de vida", "sd. Asperger", "familia y autismo". Utilizadas indistintamente en español e inglés. Limitando la búsqueda con el empleo del operador booleano AND.

Resultados

Tras lo expuesto obtenemos los siguientes resultados;

- El Síndrome de Asperger es un trastorno que no tiene cura y como tal debemos de ayudar a adaptar al niño a una vida lo más aceptable socialmente que se pueda siéndole posible la integración como un miembro más de su entorno (Severgnini, 2006; Tamarit, 2005).
- La familia es la base del núcleo social y por tanto debe ser parte esencial en el tratamiento del niño con Asperger pues ella también está "enferma de Asperger" (Benites, 2010; Mendes, 2013). Hemos explicado las dificultades a las que se tienen que enfrentar estas familias día a día.
- Es necesario un aumento de recursos que ayuden a llevar una vida más fácil a estas familias" (Tamarit, 2005). A veces se sienten desamparados por la escasez de centros útiles para estos niños y la necesidad de ayudas que en muchas ocasiones tardan bastante en llegar.
- Es necesario aumentar la producción de trabajos acerca de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, los recursos aún no son suficientes y además caros (Turnbull, Turbiville, y Turnbull, 2000) investigando y tratando el tema en profundidad conseguiremos hacerlo aun más visible para las administraciones.

Discusión/Conclusiones

Los profesionales reunidos en el II Congreso Internacional sobre Síndrome de Asperger celebrado en Sevilla, definen: «El Síndrome de Asperger como discapacidad de carácter social, es una realidad que no corresponde a una situación transitoria, sino que es una condición permanente que debe de ser comprendida y aceptada, tanto por los afectados, sus familias y el entorno más próximo» (Federación Asperger España, 2009). Es un reto por tanto conocer sus necesidades para adaptar mejor las respuestas dadas y sobretodo lograr una buena calidad de vida. (Federación Asperger España, 2009).

Hay muchos artículos y estudios acerca del autismo y sd. Asperger o autismo de alto funcionamiento, sin embargo no son tantos los trabajos que detallan la calidad de vida de estos niños y especialmente sus familias como lo reflejan en su trabajo (Allik, Larsson, y Smedje, 2006; Artigas, y Equipo DELETREA, 2004).

Un niño con TEA manifiesta un comportamiento que puede llamar la atención del entorno ó generar algún tipo de conflicto en el día a día. Mientras en los primeros años no seguir las normas no es algo que llame la atención por la inmadurez de la edad y conocimiento con el paso de los años y el alcance de una mayor edad el no seguimiento de las normas "sociales" sí es algo que puede ocasionarle problemas especialmente en el ambiente escolar pudiendo ser objeto de burlas o rechazo por sus iguales, generando ansiedad y trastornos en el niño (Zardaín y Trelles, 2009).

La intervención con las familias es imprescindible, creando espacios de comunicación y de apoyo La evaluación e intervención debe ser holística y contextual (Ferre, Palanca y Crespo, 2008).

Siguiendo a Cererols (2010), la persona se adapta pero la sociedad integra. Para lograr la completa ó mejor dicho lo más cercano a completa adaptación del niño a la sociedad este debe no sólo debe de conocer las características del trastorno también debe de proporcionar recursos adecuados para que el niño pueda usarlos y sirvan de beneficio conjunto al niño y la familia. Es necesario ir más allá de la conducta y captar su modo de ver y sentir el mundo (Federación Asperger España, 2009).

Referencias

AETAPI. Asociación Española de Terapeutas del Autismo. (2001). "*Resultados del estudio de familias con TEA*". X Congreso Nacional De AETAPI. Vigo. Sin publicar.

Allik, H, Larsson, J y Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes* 4(1). doi: 10.1186 / 1477-7525-4-1 [PMC libres artículo] [PubMed] [Cruz Ref]

Artigas, J., Freire, S., Llorente, M., González, A., Martos, J., Candelas, C. y Ayuda, R. (Equipo Deletrea). (2004). *Un acercamiento al síndrome de asperger: Una guía teórica y práctica*. Asociación Asperger España. Ministerio de trabajo y asuntos sociales

Benites, I; (2010): *Autismo, familia y calidad de vida*; CULTURA: Lima (Perú) 24: 1-20,

Cererols, R. (2010). *Descubrir el asperger*. ed.psilicom

Cuxart, F., Doménech, E., Polaino/Lorente A. (1997). *El impacto del niño autista en la familia*. Ediciones Rialp, S.A. Madrid . España: Instituto de ciencias para la familia.

Ferre, F., Palanca, I. y Crespo, M. (Coords.) (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental*. Edita: COGESIN, S.L.U. 1ª Edición: Madrid

Guerra Mora, P. (2013); retos y estrategias para la convivencia: El síndrome de asperger y el contexto escolar y familiar. *Revista de orientación Educativa*; 27(52):51-61

Howard, B; Cohn, E y Orsmon, G. (2006); Understanding and negotiating friendships. Perspectives from an adolescent with Asperger syndrome. *SAGE Publications and The National Autistic Society ; Vol 10(6)* 619-627

Mendes, E; (2013) : Matrimonio con Síndrome de Asperger: 14 Estrategias Prácticas. Obtenido de www.evmendes.com/wp-content/uploads/.../MatrimonioconSindromedeAsperger.pdf

Molina, A. (2007). Neuropsicología y comunicación familiar en el autismo de asperger (estudio de caso), *Ajayu*, 5(2) 219/243

Parmelee, D., (1998). *Psiquiatría del niño y adolescente*. Madrid: Casanova obtenido de www.metabase.net/docs/unibe/01396.html

Rodríguez, E; (2005); Educación y futuro: *Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 12(121-130);

-Severgnini, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista; *Arch Pediatr Urug*; 77(2): 167-169

-Tamarit, Y. (2005). Autismo: Modelos Educativos para una vida de calidad. *Revista de Neurología*, 40(1): 181-186.

-Turnbull, A. P., Turbiville, V., y Turnbull (2000). The family-centered program rating scale: An instrument for program evaluation and change. *Journal of Early Intervention*, 19(1), 24-42

-Uría, L. (2013); *Gestión informativa a padres de familia sobre el Síndrome de Asperger para la educación a sus hijos*. (Tesis de grado) Universidad san Francisco de Quito.

Vivanti, Giacomo y Pagetti Donata; (2013). Link-autism, 60(8-10)

Zardaín, P. y Trelles, G. (2009). *Guía el síndrome de asperger*. Asturias: Asociación Asperger de Asturias.

CAPÍTULO 28

Revisión bibliográfica: medidas y técnicas complementarias para el tratamiento del paciente con EPOC

M^a Dolores Rodríguez Porcel, M^a del Mar Rodríguez Martínez, y Tortosa Salazar Verónica
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

La Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) se define como una enfermedad caracterizada por una limitación al flujo aéreo no totalmente reversible, habitualmente progresiva, y relacionada con una respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos (Pawels, et al, 2001). En España afecta a más de un 10% de la población adulta, siendo la quinta causa de mortalidad en varones y la séptima en mujeres (Muñoz, 2001). Si abarcamos una visión más global, a nivel mundial se considera la 3^a causa de muerte. A esta elevada mortalidad hay que añadirle una elevada morbilidad y las limitaciones que produce en las actividades de la vida diaria del paciente (Alcázar, 2016).

En la primera línea de tratamiento para la EPOC se sitúa el farmacológico. Se realiza con broncodilatadores de acción rápida y de acción prolongada, teofilinas, inhibidores de la fosfodiesterasa 4, anticolinérgicos, corticoesteroides y, en algunas ocasiones, antibióticos usados de forma preventiva para evitar enfermedades que puedan complicar la enfermedad (Miravittles, 2012). Son muchos los autores que añaden al tratamiento farmacológico medidas y técnicas complementarias que pueden ayudar a mejorar el estado de salud del paciente, mejorando por tanto su calidad de vida. Además de los progresos en la calidad de vida, hemos de mencionar el ahorro que supone la aplicación de tratamientos más allá de los propiamente farmacológicos. Güell "et al" (1998) establecieron, ya en aquella época, que un seguimiento individualizado del paciente y su patología que permitiera prescribir el tratamiento farmacológico y no farmacológico conseguía una disminución del gasto sanitario (Güell, 1998).

Gutiérrez (2002) nos habla de manejo del paciente estable con EPOC mediante cesación del hábito tabáquico, terapia farmacológica y un programa de rehabilitación que incluye educación sobre su salud, asistencia nutricional, un programa de ejercicio físico, entrenamiento de extremidades superiores, entrenamiento muscular inspiratorio y psicoterapia y/o tratamiento farmacológico. En esta misma línea se sitúan Price et al (2007) quienes hacen más hincapié en un ejercicio físico estructurado que mejoran la capacidad de los pacientes más afectados al disminuir la insuflación y el condicionamiento muscular.

Echave-Sustaeta, Villena y Pérez (2002) también coinciden al indicar como medidas para evitar la progresión de la enfermedad el tratamiento del tabaquismo, educación y tratamiento médico del paciente con EPOC y rehabilitación, añadiendo en su artículo la oxigenoterapia continua domiciliaria y asistencia en el domicilio. Romero y Jimeno (2007) incluyen dentro de las terapias alternativas el yoga, a través de su práctica consiguieron que sus pacientes mejoraran en cuanto a la disnea que sentían en la realización de las actividades de la vida diaria, habían aprendido a expectorar, mejoraron su estado de ánimo y consideraban que su calidad de vida era mejor. En esta misma línea encontramos a Suárez, Cummings y Vásquez (2013) que también sostienen que mediante la práctica de yoga y el entrenamiento de la respiración que suponen las panayanas que en ella se practican, se consigue una mejoría de la sintomatología de los pacientes con EPOC.

Nos encontramos, por lo tanto con variedad de medidas y técnicas no farmacológicas cuyo uso está demostrada ayuda a mejorar la evolución del EPOC. Ahora bien, ¿conocemos el personal de enfermería la existencia de estas? Hemos realizado este trabajo con el objetivo de enumerar y explicar, a través de

una revisión bibliográfica, algunas de las medidas y técnicas no farmacológicas que existen para el tratamiento de la EPOC.

Metodología

Para realizar el trabajo hemos elaborado una búsqueda a través de Cuiden y Medline, dos de las principales bases de datos de la salud. También hemos realizado búsquedas a través de Google Académico. A la hora de realizarla hemos usado los descriptores EPOC, técnicas alternativas, tratamiento, epidemiología, enfermería, medidas terapéuticas. Se revisaron un total de 36 artículos de los cuales se seleccionaron 20.

Las fórmulas de búsqueda de la bibliografía que hemos utilizado han sido las siguientes: EPOC AND tratamiento, EPOC AND técnicas alternativas, EPOC AND epidemiología, enfermería AND EPOC, EPOC AND España y EPOC AND medidas terapéuticas.

Resultados

A través de la revisión bibliográfica hemos conseguido enumerar y explicar algunas de las técnicas y medidas no farmacológicas que existen para el tratamiento de la EPOC.

Abandono del hábito tabáquico:

El tabaquismo se define como la adicción al tabaco la cual está provocada, principalmente, por uno de sus componentes, la nicotina. Se considera una enfermedad crónica que pertenece al grupo de las adicciones.

El consumo de tabaco y la exposición a sus humos es uno de los principales factores de riesgo para padecer EPOC. Soriano et al (2010) nos señalan en su estudio que entre un 20% y un 50% de los pacientes que sufren EPOC son fumadores o lo han sido en el pasado. Por ello dejar de fumar constituye un paso fundamental en el tratamiento del EPOC ayudando a la no progresión de la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del paciente. La OMS (2015) señala que es posible dejar de fumar, y que el apoyo sanitario y farmacológico multiplica por dos las opciones de éxito.

Disminución de la exposición a la contaminación doméstica, atmosférica y en el lugar de trabajo:

La exposición a gases nocivos es la segunda causa de EPOC en los países desarrollados. Existe una fuerte relación entre inhalación de humos por combustibles sólidos y EPOC en mujeres mayores de 30 años, en los varones mayores de esta edad la relación es moderada (Alvis Guzmán, y de la Hoz Restrepo, 2008). No podemos olvidarnos de los trabajos que implican una exposición a gases nocivos, aunque en este caso la disminución de la exposición puede ser más complicada si no es posible el cambio de puesto del paciente.

Educación sanitaria del paciente

La educación sanitaria del paciente siempre es fundamental. El paciente debe conocer en qué consiste su enfermedad y cuáles son sus síntomas. En el caso de la EPOC es, igualmente imprescindible, que conozcan el uso adecuado de los inhaladores con el fin de que las dosis administradas sean las correctas logrando así el efecto deseado.

Cuando hablamos del paciente crónico debemos tener en cuenta que tendrá que llevar a cabo unos cambios en su estilo de vida que le permita mejorar la calidad de la misma. Todo esto tiene que ser enseñado por los distintos profesionales que atienden al paciente, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.

En el paciente con EPOC es necesario un cambio en el hábito alimenticio puesto que su cuerpo metaboliza los nutrientes de manera distinta a las personas sanas. Se debe disminuir la ingesta de proteínas pues aumentan la producción de CO₂, de igual forma disminuir la ingesta de hidratos de carbono, que en este caso, aumentan la producción de O₂. Para compensar se aumenta el porcentaje de grasas ingeridas, siempre que sea posible, saludables (Górriz, 2012).

Protección de la salud

En los pacientes crónicos tan importante es el tratamiento de la enfermedad como la protección frente a otras nuevas que pueden favorecer la agudización de la preexistente. En el caso del paciente con EPOC está indicada la vacunación antigripal anual y debe ofrecerse la vacunación antimeningocócica a todos aquellos pacientes con EPOC grave o aquellos diagnosticados de EPOC mayores de 65 años (Soler-Cataluña et al, 2009).

Actividad física

Es conocido que la actividad física es necesaria y beneficiosa para todas las personas. En el caso de los pacientes con EPOC pueden presentar disnea y una menor resistencia a la actividad que los haga ser más reacios a comenzar a realizar cualquier ejercicio. Lisboa et al (2001) nos demostró a través de su estudio que el ejercicio físico ayudó a mejorar la disnea y la fatigabilidad en 26 de los 30 pacientes estudiados, el control de la enfermedad en 21 y el estado emocional en 17. Subirats, Subirats y Soteras (2011) también sostienen, que el paciente con EPOC que realiza ejercicio físico de forma controlada y regular, mejora la capacidad máxima de ejercicio, el test de la marcha de los 6 minutos y la disnea. Defienden igualmente, ambos artículos, que la posología del ejercicio esté individualizada según el estado de salud y físico del paciente.

Fisioterapia y/o rehabilitación respiratoria

No existe consenso en cuándo se ha de indicar rehabilitación respiratoria para el tratamiento de la EPOC. Las recomendaciones GOLD la indican a todos los pacientes diagnosticados mientras que las recomendaciones SEPAR la dejan para aquellos cuya disnea no se puede controlar con medidas farmacológicas (Ramos et al., 2004)

En la mayoría de los casos se instruye al paciente en los ejercicios que debe hacer, dejando bajo su responsabilidad la realización, correctamente o no, de los mismos.

Los beneficios de la rehabilitación están demostrados en estudios como el de Regiane et al. (2007) en el que consiguieron que el paciente aumentara el tiempo de la mantenimiento de la marcha, disminución de la disnea y mejora de la enfermedad.

Conclusiones

Tal y como comentábamos al inicio del trabajo la EPOC es una enfermedad crónica con una elevada incidencia, mortalidad y morbimortalidad. Por ello nos parece ins prescindible una atención del paciente más allá de lo meramente farmacológico. Existen diversas medidas y técnicas complementarias que pueden y deberían ser llevadas a cabo en el tratamiento integral del paciente con EPOC.

Enfermería es fundamental en la realización de muchas de estas medidas y técnicas complementarias y en otras debe ser mecanismo de control.

La educación sanitaria es función muy importante del personal de enfermería en todos sus ámbitos de actuación. No debemos olvidar que es primordial a la hora de prevenir las enfermedades, para su control y evitar las agudizaciones. En el caso del EPOC hacer al paciente partícipe de su proceso de enfermedad es muy importante para conseguir una buena alianza y cumplimiento del régimen terapéutico. Debemos enseñar a nuestros pacientes no solo a utilizar los inhaladores, sino también a modificar aquellos hábitos de vida que sean contraproducentes para su enfermedad. No debemos olvidarnos de los cuidadores en aquellos casos de pacientes que son dependientes, pues en esta situación serán ellos los administradores de cuidados y tratamientos, por lo que la educación sanitaria debe recaer sobre ellos, nunca dejando de lado al paciente, el cual debe estar incluido en su proceso de enfermedad en la medida de sus posibilidades. También es muy importante involucrar a los familiares, ya que en muchas ocasiones son el gran apoyo de los usuarios a la hora de conseguir sus objetivos.

Dentro de la educación sanitaria podemos incluir la indicación de actividad física, la OMS recomienda 150 minutos como mínimo de ejercicio físico aeróbico moderado a los menores de 64 años, en el caso de mayores de esta edad éste se puede disminuir hasta los 75 minutos siempre que las sesiones duren más de 10 minutos (OMS, 2010). En los pacientes con EPOC debemos individualizar cada caso en función de la disnea y la resistencia a la actividad del paciente. Se debe empezar por un ejercicio y/o actividad que el paciente tolere bien con el fin de ir aumentando, de forma progresiva los mismos, manteniéndolos siempre en una intensidad en la cual el paciente se sienta cómodo y no le haga abandonar el hábito.

En los centros de atención primaria y hospitalaria de Andalucía existen programas de abandono del hábito tabáquico en los cuales el paciente puede pedir su inclusión. Es nuestra función la detección de pacientes de riesgo en la consulta de atención primaria, e, incluso en el ámbito hospitalario e incluirlos en los mismos. De igual forma los enfermeros llevan a cabo una participación activa en dichos programas realizando controles y seguimiento en consulta así como en los grupos de ayuda.

Con respecto a la protección de la salud debemos ser captadores, también, de aquellos pacientes que, según los protocolos que comentábamos anteriormente, son susceptibles de administración de vacunas con el fin de evitar la aparición de nuevas enfermedades que pudieran agravar la EPOC. Igualmente la administración de las mismas es función propia del personal de enfermería.

Cuando hablamos de fisioterapia y/o rehabilitación respiratoria el tema se vuelve más controvertido. Nosotros como personal de enfermería podemos enseñar al paciente algunos ejercicios respiratorios con el fin de mejorar su capacidad pulmonar y ayudar a la expectoración de la mucosidad. Creemos que es fundamental que en este punto se incluya al personal de fisioterapia, quienes son los auténticos profesionales en esta área y son los que mejor pueden contribuir a conseguir unos buenos resultados. Según estudios como el de Miranda et al. (2011) y Sarmiento et al. (2005) la rehabilitación que se proporciona a los pacientes con EPOC en España es insuficiente y no queda garantizada en el servicio sanitario español. Dado la eficacia de ésta en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en el progreso de la enfermedad parece importante replantearse si se deben aumentar los recursos que se dedican en nuestro país a este punto.

Por todo lo expuesto nos parece imprescindible la existencia de un equipo multidisciplinar formado por un médico, enfermero y fisioterapeuta que trabajen de manera conjunta con el paciente para, además de pautar un tratamiento médico se pauten medidas y técnicas complementarias que ayuden a mejorar la enfermedad y sus sintomatología así como la calidad de vida del paciente. Igualmente no podemos olvidar el avance y la inmersión en nuestra cultura de nuevas técnicas como el yoga y algunas otras terapias alternativas, que, tal como mencionábamos al inicio de nuestro trabajo pueden ayudar al paciente a mejorar su estado de salud.

Referencias

Alcázar Navarrete, B., Romero Palacios, P. J., Arnedillo Muñoz, A., López-Campos Bodineau, J. L. (2016). Soto Campos, J. G. (dir). Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología (3ª Edición), Control clínico de la EPOC (pp. 353-358). Ergón Creación.

Alvis Guzmán, N. y de la Hoz Restrepo, F. (2008). Contaminación del aire domiciliario y enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda baja, epoc, cáncer de pulmón y asma): evidencias de asociación. Rev.Fac.Med, 56(1), 54-64.

Echave-Sustaeta, J.M., Villena Garrido, M.V. y Pérez González, V. (2002). Nuevos avances en el tratamiento de la EPOC. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 26(2), 34-43.

Górriz Alcat, M. (2012). Recomendaciones dietéticas al alta en pacientes con diagnóstico EPOC. Recuperado el 28 de agosto, de <http://academica-e.unavarr.es/bitstream/handle/2454/5685/Proyecto%20Recomendaciones%20diet%C3%A9ticas%20al%20alta%20en%20pacientes%20con%20diagn%C3%B3stico%20EPOC.pdf?sequence=1>

Güell, R., González, A., Morante, F., Sangenis, M., Sotomayor, C., Caballero, C. y Sanchís, J. (1998). Mejor en casa: un programa de asistencia continuada para los pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. *Archivos de bronconeumología*, 34(II), 541-546.

Gutiérrez C, M. (2002). EPOC: Propuesta de manejo simple del paciente estable. *Rev Chil Enf Respir*, 18, 182-188

Lisboa B, C., Villafranca A, C., Caiozzi, G., Berrocal, C., Leiva, A., Pinochet, R., Borzone T, G. y Díaz P, O. (2001). Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e impacto del entrenamiento físico. *Rev. Med. Chile*, 129(4), 359-366

Miranda, G., Gómez, A., Pleguezuelos, E. y Capellas, L. (2011). Rehabilitación respiratoria en España. *Encuesta SORECAR. Rehabilitación*, 45(3), 247-255

Miravittles, M., Soler-Cataluña, J. J., Calle, M., Molina, J., Almagro, P., Quintano, J. A.), Riesco, J. A., Trigueros, J. A., Pinera, P., Simón, A., López-Campos, J. L., Soriano, J.B. y Ancochea, J. (2012). Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Archivos de Bronconeumología*, 48(7), 247-257.

Muñoz Cabrera, L., Jurado Gámez, B., Alcázar Lanagrán, B., León Jiménez, A., Márquez Pérez, F.L., Feu Collado, N. y López-Campos Bodineau, M. (2001). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. estudio descriptivo en las comunidades de Extremadura y Andalucía. *Neumosur*, 13(3), 183-191.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Tabaco. Recuperado el 28 de agosto, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Organización Mundial de la Salud. 2010. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Recuperado el 28 de agosto, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

Pawels R. A., Buist, A. S., Calverley, P.M.A., Jenkins C.R., Hurd, S.S. (2001). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Me*, 163, 1256-1276.

Prices, D., Freemana, D., Clelanda, J., Kaplanb, A. y Cerasolic, F. (2011). Diagnóstico y tratamiento precoz de la EPOC en atención primaria. *Primary Care Respiratory Journal*, 20(1), 15-22

Ramos, P.L., Díez, J.M., López Martín, S. y Rodríguez González-Moro, J.M. (2004). EPOC: normativas, guías, vías clínicas... *Arch Bronconeumol*, 40(1), 9-15

Regiane Resqueti, V., Gorostiza, A., Gáldiz, J.B., López De Santa María, E., Casan Clarà, P. y Güell Rous, R. (2007). Beneficios de un programa de rehabilitación respiratoria domiciliaria en pacientes con EPOC grave. *Arch Bronc*, 43(11), 599-604.

Romero Roy, M.E. y Jimeno Salgado, J.F. (2007). Yoga y EPOC. Abordaje desde las técnicas respiratorias. *Medicina Naturista*, 1(1), 30-35.

Sarmiento González-Nieto, V., Tirado Reyes, M., Villegas Porteroa, R., Márquez Calderón, S. y Briones Pérez de la Blanca, E. (2005). Rehabilitación respiratoria: aproximación a la situación en España. *Rehabilitación*, 39(3), 128-133.

Soler-Cataluña, J.J., Calle, M., Cosío, B., Marín, J.M., Monsó, E. y Alfageme, I. (2009). Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol*, 45(4), 196-203

Suárez Sanabria, N., Cummings, M. y Vásquez Pulgarín, Y.A. (2013). Entrenamiento de resistencia, disnea y capacidad aeróbica en pacientes con EPOC. Ensayo clínico aleatorizado. *Rev Col Med Fis Rehab*, 23(1), 48-58.

Subirats Bayego, E., Subirats Vila, G. y Sotera Martínez, I. (2011). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Med Clin*, 138(1), 18-24.

CAPÍTULO 29

Análisis del rol de enfermería en la prevención de enfermedades cardiovasculares desde Atención Primaria

Inmaculada Godoy Gómez, M^a Inmaculada Romero Quirantes, y M^a Isabel Serrano Carrillo
Servicio Andaluz de Salud (España)

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, (conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos), constituyen la mayor causa de muerte en el mundo y su prevención forma parte de los objetivos de salud pública en todo el mundo (Castro-Beiras, 2003).

El Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN) a través de su último trabajo, IBERICTUS, ha publicado que en nuestro país se producen cada año 187 nuevos casos de accidentes cerebrovasculares por cada 100.000 habitantes, con mayor presencia en hombres que en mujeres a la vez que estas cifras van aumentando conforme se van cumpliendo años, siendo los octogenarios el grupo etario más perjudicado (García-Ortiz, 2010).

La prevención desde Atención Primaria, y en concreto desde el área de enfermería, consiste en elaborar medidas y técnicas que eviten la aparición de la enfermedad. Ello implica realizar acciones que se anticipen a situaciones no deseadas, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad cardiovascular. Por otro lado, en los centros de atención primaria es una labor habitual la promoción de la salud la cual incluye educación para la salud, consejo y hábitos saludables. También es labor de los profesionales de enfermería que establecen y mantienen lazos de empatía y confianza con sus pacientes.

La prevención de los factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y tabaquismo), evitarían numerosas muertes al año y disminuirían la frecuencia de hospitalización de aquellos que la padecen (Villar, 2007). Por otro lado empezar el control del mayor número posible de factores de riesgo desde niños y mantener hábitos de vida saludables, disminuye el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en el futuro. Para la valoración del RCV del paciente debemos considerar los siguientes FRCV (Álvarez, 2012; Stone, 2013):

Factores modificables:

-La hipertensión arterial: En España, la prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 35-40% de la población y según varios estudios se relaciona con el 46,4% de las muertes por enfermedad cerebrovascular, con el 42% de las muertes de origen coronario y con el 25,5% de las muertes totales.

La detección de la HTA se realiza generalmente en la consulta de enfermería; tras la toma de manera correcta de la Presión Arterial, valores superiores a 140/90 mmHg de manera sostenida deben ser controlados periódicamente por el médico.

Las personas hipertensivas con sobrepeso, hábitos tabáquico o colesterol elevado, aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Antes de recurrir al tratamiento farmacológico, el paciente debería modificar el estilo de vida, abandonando hábito tabáquico, realizando ejercicio físico o unas pautas nutricionales son habilidades que el personal de enfermería debería ser capaz de transmitir al paciente hipertenso (Antón, 2003).

-El consumo de tabaco, Las personas que fuman aumentan el riesgo de padecer enfermedades vasculares, teniendo más efectos adversos a mayor número de cigarrillos y duración del hábito (Mae, 2009). Por otro lado, se puede reducir el riesgo de forma brusca al dejar de fumar, alcanzando valores de los no fumadores alrededor de los 8 años.

Fumar aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca, produce arritmias en el latido del corazón y endurece las grandes arterias aumentando todo esto el esfuerzo que debe hacer el corazón.

Sin embargo, abandonar definitivamente cualquier forma de consumo de tabaco es muy difícil para quien lo intenta, y lo es más si no se dispone del apoyo, consejo de profesionales y tratamiento adecuado. Aun así, las estrategias para dejar de fumar suponen un coste- beneficio favorable suponiendo una eficiencia en resultados positivos mayor que la que supone la detección precoz y manejo de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial (Gorgojo, 2003).

-*La obesidad.* Es junto con el consumo de tabaco, el principal factor causante de enfermedades cardiovasculares, existiendo además relación entre la obesidad y la HTA, la hiperglucemia, dislipemia y sedentarismo, también factores de riesgo cardiovascular (Romero, 2006).

-*La vida sedentaria.* Las personas físicamente activas, mantienen buenos niveles de colesterol e hipertensión arterial, aumentan la sensibilización a la insulina mejorando el control de glucemia, además quemar más calorías y por tanto tienen menos riesgo de ser obesas, menos tasas de sufrir una enfermedad cardiovascular y una mayor longevidad (Cornelissen, 2005).

-*Dislipemia:* Casi el 30% de los adultos tiene el colesterol total ≥ 250 mg/dl y casi el 70% superan los 200 mg/dl. El 25% de los pacientes en atención primaria están diagnosticados de dislipemia.

El colesterol es un lípido que transporta la sangre. Todo el colesterol que necesita el organismo se produce en el hígado, por lo que a través de la alimentación, sobre todo de alimentos de origen animal (leche entera, huevos) estaremos aportando un suplemento de esta grasa, que se irá acumulando en las paredes de las arterias unas placas denominadas de ateroma originando la enfermedad de aterosclerosis

La mayoría recibe tratamiento farmacológico y dietético aunque solo un tercio de los pacientes logra controlar la enfermedad

-*Hiperglucemia:* La diabetes mellitus es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, potenciada por asociarse con otros factores de riesgo cardiovascular como HTA, dislipemia y obesidad.

El II Plan Integral de Diabetes de Andalucía contempla entre sus objetivos invertir en la formación del personal de enfermería y en la investigación para reducir las complicaciones de la enfermedad. No todos los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares son modificables, pero presentan una alta morbilidad y mortalidad (Fleischhacker, et al., 2008).

Factores no modificables:

-*Edad:* El riesgo crece a partir de los 60 años.

-*Sexo:* Aunque se suele producir más entre hombres que entre mujeres, la tasa de mortalidad en mujeres suele ser mayor.

-*Antecedentes familiares:* Es necesario tener mayor prevención en los casos en los que exista antecedentes en la familia.

La siguiente revisión bibliográfica está enfocada a los factores de riesgo modificables y no modificables que el personal de enfermería debe conocer para educar y modificar estilos de vida de sus pacientes.

Objetivos

Recopilar de forma sintetizada, la información sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Analizar el rol de la enfermera para prevenir las enfermedades cardiovasculares desde atención primaria.

Metodología

Para conocer la evidencia actual conforme a nuestro estudio, realizamos una revisión de artículos de investigación obtenidos de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Pub Med-Medline, Scielo o Biblioteca Cochrane Plus y se seleccionaron las de mayor idoneidad a nuestro

tema objeto de estudio. Se utilizaron las siguientes descriptores: factores de riesgo cardiovascular, consejo de enfermería, prevención.

Resultados

La mayoría de estudios encontrados coinciden en culpabilizar a los factores de riesgo como determinantes para desarrollar enfermedades cardiovasculares.

El personal de enfermería puede diagnosticar factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares como HTA, o diabetes en consultas rutinarias de pacientes como al ir a hacerse una cura o vacunarse, también confirmar diagnósticos sospechados por el médico. Más tarde será en la en la consulta de Enfermería donde se realizará el seguimiento más estrecho, como cumplimiento del régimen terapéutico, complicaciones u obtención de objetivos (Maiques, 2007; Antón, 2008)

Como factores de riesgo no modificables, la edad y el sexo y sobre los que el personal de enfermería puede enfocar su trabajo porque son factores de riesgo modificables, la hipertensión arterial, el hábito tabáquico, la obesidad y el sobrepeso y el colesterol elevado. El conocimiento por parte del personal de enfermería de estos factores de riesgo a los que una persona está expuesta habitualmente, es clave para su prevención, manejo y control (Baena, 2005; Mae, 2009).

Un estudio realizado por Gabriel et al, concluyó que los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y se suelen presentar asociados. Siendo más perjudicial quien sufre varios factores de riesgo simultáneamente aunque sea en pequeña medida, que quien padece uno sólo de forma elevada.

Varios estudios confirman que cuando un paciente es diagnosticado de una enfermedad cardiovascular y existe un seguimiento en la consulta de enfermería, se consigue una mayor adherencia a los nuevos hábitos, siempre que ésta realice educación sanitaria (Gabriel, 2008). Los riesgos de fumar sólo varios cigarrillos en la mortalidad por causas coronarias es comentado en bibliografías consultadas (Bjartveit, 2005, Mae, 2009).

García-Ortiz realizó un ensayo clínico en el que a través de la promoción del ejercicio físico por médicos de Atención Primaria logró disminuir el riesgo cardiovascular de sus pacientes. Concluyó que el sedentarismo es uno de los principales riesgos cardiovasculares ya que no realizar ningún tipo de ejercicio favorece la aparición de otros factores de riesgo cardiovascular, como diabetes o hipertensión arterial.

Según Hardcastle los pacientes que acuden periódicamente a la consulta de enfermería mantienen un buen control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia). Muchos estudios coinciden que es básico para el paciente con factores de riesgo cardiovascular modificable, comenzar mejorando el estilo de vida antes de recurrir al tratamiento farmacológico, para ello el personal de enfermería debe tener los conocimientos, experiencia y adquirir unas habilidades de comunicación y dedicación (Miguel, 2008; Stone, 2013). Entre los consejos que puede dar el personal de enfermería en su consulta los más encontrados son:

-En cuanto a nutrición: Realizar 5 comidas al día incluyendo alimentos de todo tipo y al menos un litro y medio de líquidos.

-Evitar la sal, intentando sustituirla por vinagre o limón, tampoco se aconseja café o alcohol.

-Los lácteos desnatados, carnes blancas y pescados ricos en omega 3.

-Evitar embutidos y preparados fritos o rebozados.

Conclusiones

Dado que las enfermedades cerebrovasculares suponen en España la primera causa de muerte en las mujeres (y la segunda en hombres), y significan la primera causa de discapacidad adquirida en la vida adulta, es de vital importancia su prevención y elaborar estrategias terapéuticas y socio-sanitarias.

Cuanto más factores de riesgo cardiovascular padezca una persona, tendrá más posibilidades de padecer una enfermedad coronaria. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse

y otros no. Pero el control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.

La edad, el sexo y los antecedentes familiares son factores de riesgo cardiovascular no modificables; otros, como la hipertensión arterial, la dislipemia, diabetes mellitus, hábito tabáquico y alcohol o el sobrepeso son factores que pueden ser modificados mediante hábitos de vida saludable. La enfermera debe conocer los factores de riesgo cardiovascular que le permita realizar una prevención primaria eficaz de la comunidad.

La enfermera desde Atención Primaria debe promocionar el autocuidado de sus pacientes para que éstos conociendo y utilizando sus propios recursos, eviten la enfermedad cardiovascular o reducir los factores de riesgo y morbilidad que conlleva. En definitiva, detectar, conocer el riesgo cardiovascular de sus pacientes y motivarlos para que mantengan hábitos cardiosaludables mantenidos en el tiempo.

Practicar ejercicio físico en la medida de lo posible, modifica los factores de riesgo cardiovascular, descendiendo los valores de tensión arterial o mejorando en nivel de colesterol de alta densidad.

El profesional de Enfermería juega actualmente un papel clave en el control del paciente con factores de riesgo cardiovascular, tanto en el diagnóstico como asesoramiento, en su seguimiento y control de objetivos, ofreciéndoles las intervenciones preventivas y terapéuticas necesarias, realizando educación sanitaria mediante recomendaciones sobre alimentación y hábitos de vida cardiosaludables, insistiendo en el valor del ejercicio físico y manteniendo activos y eficientes programas de educación para la salud, como programas de deshabituación tabáquica o de dieta saludable.

Después deberá citar a estos pacientes para su seguimiento en la consulta y comprobar la consecución de objetivos. La enfermera tiene capacidad para participar cada vez más en los equipos multidisciplinares de investigación sumando otro punto de vista y haciendo de su profesión cada vez más comprometida y preparada para asumir responsabilidades, para ello sería recomendable una formación específica en investigación.

Referencias

Álvarez, A., Díaz, L., López, V., Prieto, M.A., y Suárez, S. (2005). Comparación de los modelos SCORE y Framingham en el cálculo de alto riesgo cardiovascular para una muestra de varones de 45 y 65 años de Asturias. *Revista Española de Salud Pública*. 79, 465-73.

Antón, B. Epidemiología y efectos en órganos diana. (2008). *Manual de intervención de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular*. Madrid, Grupo EHRICA.

Arrieta, F., Iglesias, P., Botet, J.P., Tébar, F.J., Ortega, E. y Nubiola, A. et al. (2015). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. 48(5), 325-336.

Baena, J., Del Val, J., Tomás, J., Martínez, J., Martín, R., González, I., et al. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58(4), 367-373.

Bjartveit, K., Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14(5), 315-20.

Banegas, J.R., Jovell, A., Abarca, B., Aguilar, M., Aguilera, L., Aranda, P. et al. (2009). *Hipertensión arterial y política de salud en España*. 132, 222-9.

Castro-Beiras, A., Bohigas, L., De La Mata, I., Infante, A., Soria, P., Brotons, E., et al. (2003). *Plan integral de Cardiopatía Isquémica*. 2004-2007. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cornelissen, V.A., Fagard, R.H. (2005). Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*, 46(4), 667-75

Gabriel, R., Alonso, M., Segura, A., Tormo, M.J., Artigao, L.M., Banegas, J.R., et al. (2008). Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Revista Española de Cardiología*, 61(10), 1030-1040.

Romero, A., Montori, V.M, Somers, V.K, et al. (2006). Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *368(9536)*, 666-78.

Gorgojo, L. y González, J. (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Instituto de Salud Carlos III.

Fleischhacker, W.W., Cetkovich-Bakmas, M., De Hert, M., Hennekens, C., Lambert, M., Leucht, S. (2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. *Clinical Psychiatry*.69, 514-519.

García-Ortiz, L., Grandes, G., Sanchez, A., Montoya, I., Iglesias, J.A., Recio, J.A. et al. (2010). *Revista española de cardiología*. 63, 1244-1252.

Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M., Castle, R. y Randomised, A.(2008). Controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns*.70, 31-9.

Mae, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Intervención psicosocial*. 18(3), 213-231.

Maiques, A., Villar, F., Brotons, C., Torcal, J., Orozco, D., Navarro, J., et al. (2007). Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *PAPPS Atención Primaria*. 39(3),15-26

Miguel, F. (2008). *Sobre la priorización de actividades preventivas a propósito del PAPPS*. En: *Innovación en Atención Primaria 2008. Innovación en torno a la prevención clínica. Expectativas y realidades*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.

Stone, N.J., Robinson, J.G., Lichtenstein, A.H., Goff, D.C., Lloyd-Jones, D.M., Smith, S.C., et al. (2013). *Cholesterol Guideline Panel. Treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular disease risk in adults: synopsis of the 2013 American College of Cardiology/American Heart Association cholesterol guideline*.

Villar, F, Banegas, J.R., Donado, J.M., Rodríguez, F. (2007). *Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras*. Informe SEA 2007.

CAPÍTULO 30

Cuidados de enfermería en el paciente con una ostomía

Silvia Sanz Martínez, Alicia Méndez Salguero, Alberto Javier

Rivas Andrades, y Pablo Navarro Hernández

Graduado/a en Enfermería (España)

Introducción

La ostomía es una cavidad de un órgano que se abre en la pared abdominal, la porción del órgano ostomizado que queda al exterior del organismo es lo que se llama estoma (Cardevilla, 2007). Las ostomías se clasifican según la función de ventilación, de nutrición, de drenaje, según el tiempo de permanencia transitorias, temporales o según el órgano implicado digestivos u urinarios. A continuación, vamos a hablar de la colostomía y de la urostomía. Las colostomías están indicadas en la mayor parte de los casos en el carcinoma colorrectal. Según la organización mundial de la salud (OMS), el cáncer colorrectal es la cuarta causa de muerte (Martin, 2012) Cuando el cáncer colorrectal está en una etapa avanzada y hay posibilidad de metástasis hay que reseccionarlo por completo y entonces se lleva a cabo la colostomía (Dos Santos, 2012).

Según la Asociación Española Contra el Cáncer En España, el cáncer es la segunda causa de muerte en España, hay unos 200.000 nuevos casos de personas con cáncer al cada año. En España el tumor de más incidente con más de 25.000 nuevos casos y el responsable de unos 14.000 fallecimientos al año, es el cáncer colonrrectal. Estos datos son de suma importancia porque la colostomía es la consecuencia terapéutica más frecuente del cáncer colorrectal (AECC, 2011).

En España el cáncer de vejiga es la segunda neoplasia urológica más frecuente, cuando el cáncer penetra en las capas musculares lo más común es hacer una cistectomía radical en la cual está indicada la urostomía que es la apertura de un estoma en la cavidad abdominal redirigiendo los uréteres a ella para eliminar la orina (Vicente 2000; Ramos 2011).

En España 1 de cada 1000 personas será portadora de un estoma. Por lo tanto, clasificaríamos a las ostomías de la siguiente forma: 75% de colostomías, 12% de ileostomías y 13% de urostomías. (Pérdigo, 2005).

En el paciente al que se le va a realizar una ostomía hay que tener en cuenta los cambios que pueden sufrir como es la pérdida de su imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de su bienestar físico, psíquico y social acompañado de incapacidad para el autocuidado y actividad física, miedo a la intervención quirúrgica... En esta etapa el paciente siente muchas emociones en las que debe afrontar su cuerpo, el tener un estoma provoca un gran impacto y es muy importante el apoyo familiar, social y de los profesionales sanitarios para afrontarlo positivamente. Por lo que el personal sanitario debe de mantener al paciente informado en todo momento de lo que se le va a hacer desde antes de la intervención quirúrgica hasta los cuidados al estoma al alta y posibles revisiones para que la adaptación a su nueva vida sea más sencilla. (Díaz, 2001; Ramos, 2011; Fernandez, 2007; Rodriguez, 2012).

Por lo tanto, la atención sanitaria en los pacientes ostomizados debe ser humanizada, integral y de calidad (Ramos, 2011; Real, 2007).

Las ostomías se realizan de forma permanente o temporal en las que el paciente pierde la autonomía del contenido vesical e intestinal afectando así su calidad de vida (Chaura, 2011) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está

influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (Gómez, 2011).

Por lo que enfermería tiene una gran tarea en la educación para la salud para ofrecer una mejor calidad de vida (Chaura, 2011).

Objetivo: Describir los cuidados de enfermería ante el paciente ostomizado.

Metodología

Estudio descriptivo, revisión sistemática. En la búsqueda de la evidencia científica se han utilizado bases de datos como Pubmed, Scielo, Biblioteca Cochrane Plus. Descriptores: estoma, enfermería, autocuidados, ostomía. Fórmulas de búsqueda: (“estoma”[Mesh]) AND ostomía(“estoma”[Mesh]) AND (“Autocuidado”[Mesh])(“Autocuidado”[Mesh]) OR (“Enfermería”) AND (“Estoma”[Mesh])(“estoma”[Mesh]) AND Enfermería.

Resultados

Los cuidados de enfermería se basan en la educación al paciente sobre los cambios en su nueva situación y al autocuidado del estoma. El personal de enfermería debe preparar al paciente física y psicológicamente que va a ser intervenido quirúrgicamente para la realización de un estoma, esto provoca una situación de estrés en el paciente creándole una serie de emociones y sentimientos como pérdida de la autoestima, negación, depresión, pérdida del autocuidado, alteraciones laborales y alteraciones sexuales. Así que la ostomía aunque sea una intervención eficaz para el tratamiento de algunas patologías produce un gran impacto en la vida del paciente (Chaura, 2011; Real, 2007).

Cada paciente ostomizado tiene diferentes miedos, preocupaciones, dudas, necesidades por lo que los cuidados deben ser individualizados, y cada paciente lo aceptara de una forma distinta, todo esto está condicionado por el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad que no será la misma aceptación si se trata de un paciente oncológico en el que el tiempo de curación de la enfermedad es más largo, que en el de un paciente con otra patología benigna, si la intervención se realiza de forma programada el paciente va preparado física y psicológicamente y sufre menos estrés y ansiedad que si se realiza la intervención de forma urgente, si el estoma es de carácter temporal suele ser aceptado antes que el permanente, aunque la calidad de vida se ve afectada psíquica y psicológicamente en ambos casos. La edad es un indicador importante ya que los pacientes ancianos suelen tener más dificultades físicas y mentales, por lo que estos pacientes requieren más dedicación y tiempo para la adaptación y autonomía, los pacientes jóvenes tienen mayor dificultad para adaptarse a la vida social y personal. Es muy importante la colocación del estoma en la mejora de la calidad de vida y en la aceptación. En cuanto al manejo de la bolsa y demás dispositivos es tarea de enfermería que el paciente aprenda a conocerlos y colocarlos, esto supone una situación de ansiedad, de estrés, y de vergüenza para el paciente, por el mal olor, a las fugas, o a las flatulencias, y tienen miedo a que se le note la bolsa de colostomía, por lo que las personas que son portadoras de un estoma pueden vestirse con ropa más ancha para que se sientan más cómodas. En las personas portadoras de un estoma se puede ver alterada la calidad del sueño por la bolsa y dispositivos y por el miedo a la fuga del contenido (Chaves, 2015; Jiménez, 2008; Pulido, 2001).

La ostomía supone una agresión para la imagen e integridad corporal, el paciente pasará por un duelo para el afrontamiento de la aceptación de su nueva imagen, es fundamental para aceptar el estoma y poder integrarse en la sociedad, ya que la persona puede sentirse rechazada por sus familiares y amigos lo que puede dar a lugar a aislarse socialmente y esto hay que evitarlo de todas las maneras posibles porque el aislamiento repercute negativamente en el control de la enfermedad, y en la aceptación por lo que el apoyo de la familia, de los amigos y de la enfermera es imprescindible para la recuperación del paciente. Es muy importante para la adaptación y aceptación de la persona portadora de un estoma el apoyo de su pareja, al igual que lo es también importante para retomar las relaciones

sexuales, ya que la persona con un estoma suele perder su confianza y la lívido pero al igual cuando la persona se adapta y acepta el estoma vuelve a retomar las relaciones sexuales. El paciente recuperara su actividad cuanto más seguro se sienta con su ostomía (del Rfo, 2013; Gomez, 2011).

Al paciente debemos de informarle de las posibles complicaciones del estoma como es el edema, hemorragias, infección, isquemia, necrosis, retracción y prolapso del estoma hernia de pared abdominal, alergias, dermatitis de contacto irritante. Así el podrá llevar un mejor control de la enfermedad, ya que informándole de las complicaciones se ha demostrado que disminuye el estrés y la ansiedad del paciente (Jiménez, 2008).

Por lo tanto el papel del de enfermería es ayudar al paciente en este nuevo cambio ofreciendo unos cuidados integrales, individualizados y de calidad, ayudando al paciente a entender el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, ayudarlo en la adaptación a la vida con el estoma, enseñarle el cuidado que ha de realizarle al estoma, la higiene, el cambio de bolsa, los distintos sistemas que existen y elegir el más adecuado según las necesidades del paciente, ayudarle en la aceptación de su nueva imagen corporal ya que el impacto de una ostomía supone un cambio muy brusco en su imagen, el paciente debe adaptarse a vivir con su estoma. Enfermería deberá resolver sus dudas y miedos respecto a las relaciones sexuales. (Pulido, 2001; Ramos, 2011; Real, 2007).

En la valoración de la ostomía, el estoma debe de estar de color sonrosado y húmedo, la higiene del estoma se tiene que realizar con agua tibia y jabón sin frotar bruscamente, y se secará aplicando pequeños toques (Jiménez, 2008), hay enseñar al paciente a identificar los signos de infección, la piel de alrededor del estoma debe estar limpia y seca. Al dispositivo del estoma se le fija una bolsa para la recolección, la bolsa se debe cambiar cuando este a la mitad o a un tercio de su capacidad o cuando presente fugas, y se elegirá el dispositivo más adecuado para el paciente según la consistencia del material de desecho serán bolsas con sistema abierto o cerrado, autoadhesivas o de click. Para la retirada del dispositivo se estirará la piel y se tirara del sistema desde arriba hacia abajo, cada vez que se cambie el dispositivo es necesario medir el estoma y ajustar el dispositivo para que no quede piel libre, así se evitará la irritación de esta (Solanas, 2001). En cuanto a la alimentación no es necesario una dieta estricta pero si una serie de recomendaciones, deben de saber que ciertos alimentos como enlatados, café, verduras crudas, huevos, grasas... producen cólicos, flato e incluso diarrea por lo que debería de moderar su ingesta (Caballero, 2005) deben de tener en cuenta los alimentos que producen estreñimiento, diarrea, fluctuaciones, y olor, alimentos para aliviar el estreñimiento, controlar el olor y alimentos que ayuden a espesar la salida, también evitará alimentos que producen gases, debe disminuir el consumo de alimentos ricos en fibra los primeros meses tras la intervención, y el paciente debe de ir agregando los alimentos poco a poco a la dieta según tolerancia. La persona con un estoma puede realizar ejercicio físico que no sea de gran impacto (Solanas, 2001; Ramos, 2011; Pulido 2001).

Los cuidados de enfermería al paciente tras su alta hospitalaria, son de gran importancia en la continuidad de los cuidados y en el apoyo a esta persona, estas personas presentan muchos miedos, dudas y problemas relacionados con el estoma, algunas dificultades después del alta podrían ser irritación de la piel, fugas, como controlar el olor, estos pacientes reducen sus actividades de ocio que antes practicaban, también suelen presentar depresión y ansiedad que se podrían resolver fácilmente si se hiciera un seguimiento continuo. Por lo tanto, por parte de enfermería es primordial que se realice un seguimiento al paciente ostomizado para que haya una adecuada adaptación a esta nueva etapa en su vida (Rodríguez, 2012; Solanas, 2001).

Discusión/Conclusiones

La educación para la salud por el personal de enfermería en pacientes estomizados desde su ingreso para la intervención, hasta los cuidados al alta y posteriores seguimientos es importantísimo positivamente para el afrontamiento a los cambios físicos y psicológicos y a la calidad de vida de estas personas. La colocación de un estoma supone un impacto físico y psíquico muy importante para el

paciente, por lo tanto es muy importante la actuación de enfermería en estos pacientes para disminuir la agresión a este impacto físico y psicológico con los conocimientos más adecuados que puedan requerir estos pacientes para que se adapten más fácilmente, aumente el nivel de su confianza y la calidad en los cuidados al estoma. Por lo tanto, es de suma importancia que el personal de enfermería este muy bien cualificado para llevar a cabo estos cuidados. La educación para la salud en los pacientes ostomizados se considera una de las intervenciones con mayores beneficios para estas personas, informándoles desde antes de la intervención hasta los cuidados al alta y posteriores revisiones porque reduce las complicaciones postoperatorias, disminuye los estados depresivos, de estrés y de ansiedad en el paciente y en su familia, se logra una vuelta al trabajo precoz, mejora la aceptación del problema, acelera la rehabilitación de paciente, y reduce las ideas y conductas suicidas.

De todos los profesionales sanitarios los enfermeros son los que mayor tiempo con el paciente por lo que la intervención de estos profesionales es muy influyente en los pacientes de manera positiva por lo tanto hay que educar en todos los aspectos al paciente ostomizado y con él a su familia a nivel psicológico, físico y social en sus cuidados.

En todos los estudios que se han revisado afirman que una correcta educación al paciente ostomizado por parte del personal de enfermería es gran relevancia en la calidad de vida del paciente ya que su adaptación y control de la nueva situación se hace mucho más fácil y rápida para el paciente.

Referencias

- Asociación española contra el cáncer. (2011). *Memoria*. Madrid.
- Caballero, G.A., Solís-Muñoz, M., Cordero, S.P., Marcos, M.M., González, R.L., y Acero, R.L. (2015) *Necesidades de cuidados de los pacientes con colostomía e ileostomía*. Investigación cualitativa.
- Cardevilla, C., De la Llera, G., y García-Gutiérrez, A. (2007). Ostomías. Clasificación, indicaciones, técnicas y cuidados postoperatorios. Cirugía. *La Habana: Ciencias Médicas*, 4, 1854-1878
- Chaura, L., Benavides, J., Villanueva, J.A., Jiménez, B., Abdo, J.M., y Hernández, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*, 79(2), 149-55.
- Chaves, A.L., Liang, H.H., y Valverde, J.M.R. (2015) Beneficios de la colostomía en la calidad de vida del paciente con lesión medular crónica y ventajas de su realización por vía laparoscópica. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 5(5).
- Del Río, N.G., Castro, N.M., Delgado, C.C., Rodríguez, A.M.F., Clemente, M.J.H., y Fernández, Y.G. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*, 7(3).
- Díaz, L. (2001). Problemática actual al paciente con ostomía. *Rev.Cub.Med.Mil*, 30(4).
- Dos Santos, A., Bernardi, C., Ismael, M., Pinto, M., y Gomes, J. (2012) Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, 20(1).
- Fernández, E. (2007). *Plan Integral de Oncología de Andalucía*. Coord. y aut. Consejería de Salud.
- Gómez-Porcel, A., Barberá-Ruiz, S., Izquierdo-Reyes, L., y Baños-Baños, C. (2011) Estudio retrospectivo para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes urostomizados mediante el uso del cuestionario Stoma-QoL. *Enfuro*, 119, 5-8.
- Jiménez-García, M., Varella, A., y García-Sánchez, F. (2008). *Protocolo de cuidados de ostomías abdominales. Distrito metropolitano de granada*. Junta de andalucía.
- Martín-Sánchez, V., Muínelo, M., Jorquera, F., Molina De La Torre, A., De Abajo, S., Tamames, S., et al. (2012). Tendencia y distribución municipal de la incidencia de cáncer colorrectal en el área de salud de León (1994-2008). *Gastroenterología y Hepatología*, 35(5), 299-308.
- Pérdigo, L. (2015). *Colostomías. Técnicas. Prevalencia. Luz en la palabra. Asociación de ostomizados "Argia"*. 5, 9-11.
- Pulido, R., Sánchez-García, J., y Baraza, A. (2001) Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. *Cult.cuid*, (10), 1-9.
- Ramos, M.E., Carrasco, J.D., Domínguez, S., Piñeiro, M.C., y Rezola, B (2011). *Guía de información quirúrgica a los pacientes que van a ser sometidos a una cistectomía con estoma*. AEEU.119:13-17
- Real, A. (2007) El paciente sociosanitario ostomizado. *Enf Integral*, 21-23.

Rodríguez, M.J., y Gómez-Enríquez C. (2012). ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas? *Evidentia*, 9(37).

Solanas, M.P., y Noguero, M.C. (2001). Protocolo de enfermería ante un paciente ostomizado. *Enferm Científ.* (232-233):24-28.

Vicente J, Chéchile G, y Salvador J. (2000). *Tumores vesicales*. Acción Médica S.A. Madrid. 303-308.

Salud, ocio y envejecimiento

CAPÍTULO 31

Embarazo en adolescentes, riesgos y consecuencias

M^a de las Mercedes Hidalgo Collazos*, Sonia Salas Frías**, y
Cristina Cazorla Luque**

**Clínica Estética Alarcón Cáscales (España), **Diplomada en Enfermería (España)*

Introducción

Para poder encuadrar el tema a estudio, debemos comenzar por conocer las cifras estadísticas publicadas sobre la cuestión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Es una de las etapas de evolución más importante del ser humano ya que durante ella se producen cambios a un ritmo rápido, condicionados por heterogéneos procesos biológicos.

Según datos del 2014 de este Organismo, unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un millón menores de 15 años dan a luz anualmente, siendo las complicaciones en el embarazo y parto la segunda causa de muerte, en países en vías de desarrollo.

Sin embargo en países desarrollados, estas cifras caen a 30 por mil adolescentes entre 15 y 19 años. (Avery, y Lazdane, 2010)

La gestación en adolescentes supone un impacto negativo a nivel físico, económico y emocional viéndose también involucrado el nivel familiar y social constituyendo también un importante problema en el ámbito sanitario. (Cortes, Chacón, Alvarez, y Sotonavarro, 2015)

La maternidad en adolescentes menores de 16 años es un factor importante de mortalidad materna que supera cuatro veces más a las mujeres entre 20 y 30 años, siendo las cifras estimadas en 70.000 muertes anuales. El 90% de estas muertes se dan en lugares en vías de desarrollo. Pero las consecuencias del embarazo y parto en adolescentes pueden ser muy graves, llegando a desarrollar graves secuelas como enfermedades crónicas o discapacidad de por vida dado su grado de inmadurez en el desarrollo físico, psicológico y social, pudiendo prevenirse un 74% (Datos de la OMS, 2011).

Asimismo, los bebés de madres adolescentes, se enfrentan a un riesgo superior de muerte que se estima en un 50% según aportados por la OMS (2014). Asociado a esto encontramos los nacimientos pre-término que van en aumento. Según este Organismo se estima que en 2005 se constataron 12,9 millones de partos prematuros que suponen el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial, de los cuales un 85% (11 millones) se sitúan en África y Asia.

Unos de los riesgos establecidos en la prematuridad de gestación es la menarquia temprana (Bendezú, Espinoza, Bendezú-Quispe, Smith, y Huamán-Gutierrez, 2015) que conlleva relaciones sexuales anticipadas y/o no deseadas, que culmina en muchos casos en embarazos no deseados, sometiéndose en un gran número a abortos peligrosos, siendo una más, de las graves consecuencias del embarazo adolescente. Según datos de la OMS (2014), se estima que unos 3 millones de chicas entre 15 y 19 años se arriesgan a abortos ilegales.

Además de lo anteriormente expuesto, otra de las consecuencias más frecuentes derivadas de las relaciones sexuales precoces dan como resultado la propagación de enfermedades de transmisión sexual por falta de educación en salud que ayuda a la prevención para una vida sexual sana. Se estima que los casos de infecciones de transmisión sexual en adolescentes alcanzan los 300 millones cada año. (Cortes, Chacón, Alvarez, y Sotonavarro, 2015)

A todo ello se une la situación familiar donde se encuentra el adolescente que por miedo al enfrentamiento del nuevo escenario sobrevenido no se toman las medidas y controles necesarios de control sanitario.

Todo esto lleva a una situación de salud pública preocupante que afecta tanto a países en vías de desarrollo, como a países desarrollados.

Según algunos estudios, los principales determinantes implicados en los embarazos adolescentes se producen esencialmente por relaciones sexuales forzadas, matrimonio precoz y/o abuso sexual ligados a otros de ámbito individual, social, cultural, familiar y político. (Mendoza, Claros, Peñaranda, 2016)

Unas de las primeras consecuencias socio-cultural que se produce en el embarazo adolescente es el abandono escolar causado por diferentes determinantes del entorno familiar como es la desestructuración del hogar por separación de los progenitores o abandono de uno de ellos, la vergüenza y en último término por problemas obstétricos. (Baeza, Póo, Vasquez, Muñoz, y Vallejos, 2007)

En este sentido coinciden numerosos estudios dando a la deserción escolar un papel predominante en las adolescentes gestantes que desfavorece social y culturalmente a la madre y al futuro niño por la imposibilidad de seguir con sus estudios una vez producido el parto. (Alonso, Campo, Gonzalez, Rodriguez, y Medina, 2005)

Atendiendo a este último punto, el parto, encontramos que las adolescentes consideran un paso decisivo que supone un cambio concluyente en un nuevo rol como madre (McCallum, y Reis, 2006) y por tanto implica un momento de inquietud, ansiedad y temor, añadido a los cambios fisiológicos que se van produciendo en cada una de las etapas del parto de dilatación vaginal y fuerte dolor.

Numerosos estudios demuestran que la maternidad temprana implica en la mayoría de casos un bajo peso y prematuridad de los recién nacidos posiblemente debidos a la inmadurez funcional de las estructuras ginecológicas maternas cuyo organismo pugna con el feto por captar los nutrientes. (Sánchez, Manrique, Ospina, 2016).

Objetivo

Determinar los factores de riesgo en la gestante adolescente y sus consecuencias bio-psico-sociales, tanto para la salud de la madre como para la del recién nacido.

Describir las medidas necesarias que puedan evitar y paliar los embarazos no deseados en las adolescentes.

Metodología

Se fundamenta en una Investigación Documental, con apoyo en estudios científicos previos y datos divulgados por medios audiovisuales y electrónicos.

Se utilizaron los siguientes descriptores: “embarazo adolescente”, “adolescencia”, “aborto adolescente” y “riesgos gestación adolescente”.

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema siendo las bases de datos consultadas: Scielo, Dialnet, ImedPub Journal, Pubmed-Medlin, Elsevier Science, Cinahl y Cochrane plus.

Para la realización de este trabajo, se han revisado 86 referencias que tras la búsqueda, fueron seleccionadas 31 para un análisis en profundidad, por cumplir los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica, estudios que aporten datos empíricos sobre consecuencias materno-infantil). Además, se consultaron 6 Tesis doctorales y Organismos oficiales como la OMS.

Resultados

Tras la bibliografía consultada, enunciaremos los posibles determinantes de riesgos encontrados que pueden llevar al embarazo en la adolescencia, así como consecuencias para la gestante adolescente en distintos niveles bio-psico-sociales.

-Posibles determinantes de riesgo:

1. Menarquia temprana e inicio de vida sexual.
2. Nivel económico y social deficiente.
3. Familia desestructurada, separación de los progenitores o el abandono de uno de ellos. Ausencia de afectos.
4. Abuso sexual.
5. Matrimonio precoz.
6. Antecedentes familiares de embarazo precoz.
7. Mínimo control o disciplina excesiva por parte de los progenitores.
8. Falta o insuficiencia de información relativa a la salud sexual y reproductiva.
9. Presión del grupo.
10. Baja autoestima.
11. Influencia de los medios de comunicación.
12. Consumo de sustancias psico-activas a temprana edad.

Dependiendo del país donde se dé esta situación, encontraremos unos determinantes diferentes subordinados a la cultura, etnia y desarrollo social. Las diferencias socioeconómicas inciden directamente en un aumento de los embarazos en edad adolescente sobre todo en países en vías de desarrollo. Sin embargo, esta situación puede darse incluso en países desarrollados por áreas dentro del mismo, como puede ser Reino Unido existen áreas que superan en 6 veces a otras áreas más favorecidas (OMS 2014)

- Consecuencias:

1. Biológicas y Obstétricas.

- La preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuros, anemia crónica, desgarros del vagina, vulva, cuello y periné, infección y hemorragia puerperal suelen ser factores con una incidencia alta en gestantes adolescentes, siendo la anemia crónica un factor predominante en adolescentes con edad temprana, quizás debido a su inmadurez biológica y funcional acompañada de una insuficiente nutrición y un aumento de los requerimientos nutricionales. (Riscarle, Ribero, Rivas, Cardozo y Guevara, 2008). Todo ello debido a una falta de control prenatal.

- Incompatibilidad céfalo pélvica del feto con respecto a la madre, lo que produce un aumento en el número de cesáreas. (Bendezú, Espinoza, Bendezú-Qispe, Smith y Huamán-Gutierrez, 2015)

- Aumento de la morbilidad con respecto a otra franja de edad más adulta.

- Interrupción voluntaria del embarazo mediante abortos peligrosos que suponen perforaciones uterinas, hemorragias, sepsis, inflamación pélvica, secuelas como la infertilidad e incluso la muerte.

- Secuelas de por vida como problemas en la pelvis, hipertensión, diabetes, etc.

2. Psicológicas.

Las consecuencias psicológicas producen una inestabilidad emocional, frustración y sentimientos de culpa que inciden de forma global en la adolescente. Algunas de ellas son:

- Escasos conocimientos de parto, puerperio y posterior cuidado del niño.

- Limitación de sus oportunidades a nivel académicas y de vida social.

- Rechazo social y familiar.

3. Sociales.

- Condiciones socio-económicas desfavorables ya que las madres adolescentes suelen afrontar la situación sin apoyo del padre, para seguir viviendo dentro del hogar familiar donde siguen dependiendo afectiva y económicamente.

- Repulsa posible de las personas más cercanas y de la sociedad.

- Deserción escolar.

En cuanto a las consecuencias del recién nacido de madres adolescentes, según los estudios revisados, el bajo peso es frecuente en este tipo de embarazo. Aumentando la prevalencia a medida que

se disminuye la edad de la madre. Asimismo se produce un incremento del sufrimiento fetal agudo por incompatibilidad céfalo pélvico.

Por lo que respecta a la mortalidad neonatal, tiende a un incremento por los factores expuestos anteriormente.

Todo ello conlleva una situación sobrevenida a nivel global de la madre adolescente que le supera completamente minimizando su calidad de vida y desarrollo bio-psico-social.

Discusión/Conclusiones

Si analizamos por separado embarazo y adolescencia, podríamos afirmar que ambos términos definen etapas diferentes de experimentación y desarrollo. Sin por el contrario unimos el binomio embarazo-adolescente, se produce una situación anómala que origina un desequilibrio en numerosos ámbitos de la vida de la embarazada adolescente presentando un impacto negativo a nivel de salud integral.

Sin duda y tras la profundización sobre estudios previos en este tema, resulta evidente que el embarazo en la adolescente se puede clasificar de alto riesgo ya que se produce tanto a nivel obstétrico como perinatal y psico-social, con importantes secuelas que pueden perdurar de por vida tanto para la madre como para el recién nacido.

Por tanto, para prevenir embarazos no deseados, es preciso trabajar en una buena educación sexual que asesore a los adolescentes sobre el mejor método anticonceptivo que impida una gestación no planificada y a la vez limite las enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo, queda fundamentado por la literatura científica existente, que es necesario una prevención eficaz y permanente por parte de padres y educadores con respecto a la sexualidad asesorando de los métodos anticonceptivos más adecuados para cada momento e incluso que tener relaciones sexuales no tiene por qué implicar la penetración. Si se llegara a consumir el acto, informar debidamente del uso de preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

Una buena educación sanitaria implica asesorar para prevenir, poniendo de manifiesto los métodos anticonceptivos, incluyendo la píldora postcoital que evita embarazos no deseados. De igual manera se debería actuar de forma que los adolescentes estén informados de las consecuencias negativas que puede tener una gestación a nivel fisiológico, social y familiar pasando de ser una etapa deseada a una secuela irreversible para toda la vida. Por tanto el acceso a los servicios sanitarios debe ser facilitado explicando el modo de acceder a ellos. Todo lo expuesto anteriormente se puede extrapolar a los países en vías de desarrollo insistiendo en las recomendaciones para la prevención, aunque las diferencias étnicas y culturales pueden resultar un sesgo muy importante a la hora de evitar gestaciones adolescentes.

Queda demostrado que si aumenta la participación en los programas de prevención y desarrollo de padres, educadores e instituciones, redundan en un estímulo positivo de las aspiraciones de los adolescentes, que van asociadas a una mejoramiento de los comportamientos sexuales. (Colomer, 2013).

La OMS publicó en 2011, junto al UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) unas directrices sobre prevención de embarazos adolescentes. Estas directrices contienen recomendaciones sobre medidas a tomar por los países para paliar esta circunstancia. Existen, además, varias iniciativas a nivel mundial (OMS, ONUSIDA, UNICEF y ONU mujeres, entre otros Organismos) que aúnan esfuerzos en programas vinculados con dos objetivos claros como son reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Habría que seguir trabajando de forma permanente y adecuada para que en estos países pudiera existir una sanidad adecuada con acceso a todos los ciudadanos, evitando así males mayores que suponen un costo muy significativo incluso a nivel de vidas humanas. Es preciso crear programas que refuercen una adecuada educación sexual con apoyos técnicos, económicos y políticos.

Referencias

- Alonso, R.M., Campo, A., González A., Rodríguez, B., y Medina, L. (2005). Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500009&lng=es&tlng=es.
- Baeza W, B., Póo F, A.M., Vásquez P, O., Muñoz N, S., y Vallejos V, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 76-81. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
- Barrera Sánchez, L.F.; Manrique Abril, F.G. y Ospina Díaz, J.M. (2016). Factores asociados al parto pre término en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 48, 215-227. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/769/1295>
- Bendezú G., Espinoza D., Bendezú-Quispe G., Smith J., Huamán-Gutierrez R.M. (2016) Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* 62 (1). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322016000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Casas, J., Chumbe, O., Inguil, R., Gonzales, L., y Mercado, F. (2015). El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 44(2), 101-106. Recuperado de: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/969/931>
- Colomer Revuelta, J. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013004400116&lng=es&tlng=es.
- Cortés Alfaro, A., Chacón O'Farril, D., Álvarez García, A.G., y Sotomayor Gómez, Y. (2015). Maternidad temprana. Repercusión en la salud familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(3) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300012&lng=es&tlng=en.
- McCallum, C. y Reis, A. P. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: Experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1483-1491.
- Mendoza, L.A., Arias, M.D., Peñaranda C.B., Mendoza, L.I., Manzano S. y Varela A.M. (2015). Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(4), 306-315. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>
- Mendoza, L.A., Claro, D. I., y Peñaranda, C.B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- Olivares C., Bestard, A.M., Morales, I. (2016). Intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. In *tecnosalud2016*. Recuperado de: <http://tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/view/107>
- Puell, L., Neyra, L., Tay, F., y Seminario, A. (2015). Embarazo en adolescentes: enfoque de riesgo. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 45(2), 120-123. Recuperado de: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1377/1330>
- Ramos, S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de agosto de 2011). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Riscarle, Ribero, Rivas, Cardozo y Guevara, (2008). Parto pre-termino en adolescentes. *Rev. Obstet Ginecol Venez*, 68(3):144-149

CAPÍTULO 32

Hábitos saludables en la infancia: Comer en familia

Ana del Rosario Martínez Vilar, Ramona Esther Nieto Tirado, y Mónica Yarleth Riaño Riaño
Universidad de Almería (España)

Introducción

La alimentación es fundamental para el crecimiento y el desarrollo físico y psíquico de nuestros hijos, lo que hace fundamental la labor no solo de los/as educadores/as sino también de la familia a la hora de fomentar unos hábitos de vida saludables (Fiese, 2008; Varela, 2005).

Desde el inicio de los tiempos, la mesa ha sido un vehículo de interacción familiar. El simple hecho de compartir comidas refuerza la identidad familiar. Las comidas familiares pueden ser una ocasión importante para establecer unas estrechas relaciones. En la actualidad, el ritmo tan acelerado que llevamos nos hace tener menos tiempo para estar con nuestras familias y en el que la conciliación sigue siendo la asignatura pendiente, debemos esforzarnos por convertir las comidas en un momento para estar en familia, cuidando la alimentación, y aprovechando esa ocasión para hablar y enseñar a los menores que comer verduras, frutas y pescado es algo beneficioso y que repercute positivamente en su salud (Varela, 2005; Berge, 2013). Los hábitos dietéticos se inician a los 3-4 años de edad y se establecen a partir de los 11 años, con una tendencia a consolidarse a lo largo de toda la vida. La infancia es, por ello, un periodo crucial para actuar sobre la conducta alimentaria, ya que las costumbres adquiridas en esta etapa van a ser determinantes del estado de salud del futuro adulto (Brown, 2006; Gibney, 2007; Salas-Salvado, 2008). Es por eso que la familia puede ejercer una enorme influencia sobre la alimentación de nuestros hijos y de las conductas relacionadas con la comida y esto a su vez puede tener un impacto relevante sobre la ganancia de peso, así como evitar padecer trastornos alimenticios. Además, favorece el desarrollo de habilidades de comunicación, promueve un estado de bienestar y disminuye las prácticas de riesgo como fumar, beber alcohol o consumir drogas e incluso como un mejor rendimiento escolar. Pero a pesar de esto, la realidad es que, un porcentaje elevado de familias no comen juntas, por diferencias en los horarios de trabajo, estudio etc. (Berge, 2013; Serra Majem, 2006).

Un ambiente, libre de conflictos, estimula que se coma más veces en familia. En la medida de lo posible deben evitarse interrupciones y distracciones (televisión, teléfono, radio, etc.). Para estimular el ambiente de unidad hay que procurar que los niños y jóvenes se vean involucrados en la preparación de las comidas o en la compra de los alimentos (Mataix, 2009).

El objetivo será: analizar la situación de comida en familia como una valiosa herramienta de hábitos saludables en la infancia.

Metodología

En esta ocasión se ha realizado una revisión bibliográfica extensa de artículos científicos enfermero en las bases de datos.

Las bases de datos utilizadas han sido Cuiden, Dialnet y Cochrane. En total hemos encontrado 40 artículos relacionados con nuestro tema y acabamos eligiendo 21 por sus características actuales y afines con el texto, ya que le hemos dado prioridad a su base científica.

Las bibliografías elegidas han sido seleccionadas desde el año 2000 hasta nuestros días.

Hemos utilizados unos descriptores de búsqueda que son los siguientes: obesidad, infantil, familia, alimentación y hábitos saludables.

Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de bienestar físico, mental y social completo, por lo que podemos concluir que esta definición no solo nos habla de la existencia o no de una enfermedad. Por lo tanto, debemos educarnos para tener un estilo de vida saludable en el que influyen: la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social.

Para llevar unos hábitos de vida saludables debemos tener en cuenta: una dieta equilibrada, en la que incluyamos todos los alimentos que existen en la pirámide nutricional, con sus correspondientes proporciones, para mantener las necesidades nutricionales del organismo en función de nuestro consumo energético, en cuanto los hábitos tóxicos, como el tabaco, el alcohol y las drogas hacen que la salud se vea afectada. El vino y la cerveza se recomiendan su consumo diario con moderación, no más de una copa.

El ejercicio físico forma parte importante las recomendaciones son actividad física diaria de al menos 30 minutos, puede ser caminar o paso ligero. Con esto conseguimos quemar las calorías necesarias para fortalecer los músculos y huesos, ayudando además a controlar la hipertensión, el colesterol y la cantidad de azúcar en sangre. Cuando hacemos deporte contribuimos a la eliminación del estrés y ayuda a dormir mejor, teniendo un estado de relajación, evitar cambios de humor, mejora la autoestima y el estado de satisfacción personal.

La higiene es otra parte importante para evitar muchos problemas de salud, comenzando por infecciones dentales hasta problemas dermatológicos o más graves, en este caso no solo nos referimos al aseo y limpieza del cuerpo sino también afecta el ámbito doméstico.

Los productos tóxicos a los que estamos expuestos los seres humanos pueden resultar de alto riesgo para nuestra salud, dando lugar a que la contaminación ambiental sea uno de los principales factores de riesgo más importantes para la salud.

El equilibrio mental hace referencia al estado de bienestar emocional y psicológico que nos hace falta para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de retos personales y profesionales en el día a día. Otros signos que nos indican que tenemos un estado mental insano son el estrés, el cansancio, ansiedad. Por último, en cuanto a la actividad social debemos tener en cuenta que es fundamental para todos los individuos, que afectara en mayor o menor medida a un envejecimiento saludable. Que una persona llegue a aislarse socialmente puede conllevar a un deterioro tanto de sus capacidades físicas como mentales, dando lugar incluso a demencias.

El tiempo dedicado a las comidas familiares, en España ha descendido en los últimos años, al igual que en otros países como Estados Unidos, también está aumentando las comidas en solitario. Comer solo delante del ordenador, en el coche, mientras se ve la televisión, se revisan los mensajes de texto, se habla por teléfono, se juega con diversos dispositivos. Incluso, para algunas personas ya no hay un momento específico del día dedicado exclusivamente a comer y éste se basa en “picotear” a base de snacks o pequeños bocados, incluso sin llegar a sentarse. Se trata de una tendencia creciente que puede llegar a ser perjudicial si se crucifica en el tiempo. (Mataix, 2009; Gil, 2005)

Además, aunque aún hace falta un mayor grado de evidencia, los estudios empiezan a marcar la posible asociación entre la frecuencia de las comidas en familia y el mantenimiento de un peso corporal saludable lo que le da una especial importancia en la prevención de la obesidad. En este sentido, la promoción de las comidas en familia y compartidas se considera ya una estrategia de salud pública que requiere la puesta en marcha de acciones específicas de prevención dirigidas a incrementar la frecuencia y a mejorar la calidad (tipos de alimentos servidos, tamaño de las porciones, ambiente en el que se sirve) de las comidas familiares (Berge, 2013; OMS, 2004; Varela, 20013).

La reunión familiar es indispensable para que los individuos puedan forjar relaciones, aprender valores y conductas que llevan a una mejor calidad de vida.

La comida en familia mejora el aprendizaje. Los niños que comen con la familia han mejorado su lenguaje, vocabulario y destreza de lectura. El tiempo que comparten juntos en la mesa les da la oportunidad de tener conversaciones importantes. Es el momento de contar historias y compartir experiencias y también de aprender destrezas sociales tales como el comportamiento en la mesa y el saber tomar turnos. Además, las comidas familiares se asocian con valores positivos en la juventud, mayor dedicación al aprendizaje, esfuerzo, solidaridad y cooperación con los más débiles (Fiese, 2008; OMS, 2004; NAOS, 2005)

- *Las comidas en familia mejoran las relaciones y la salud emocional.*

Las familias están más unidas cuando comparten a diario el ritual de comer juntos. Los niños que vienen de familias en las que comparten las comidas tienen más probabilidad de estar emocionalmente contentos y tener buenas relaciones con sus compañeros. Con el tiempo, estos niños se esfuerzan más en el trabajo escolar, tienen mejor comunicación con sus padres y disfrutan de tener estrechos relaciones familiares, que en algunos casos, es la única vez en la que se reúne la familia. Se encuentran menos casos de síntomas depresivos en niños y adolescentes que comen con mayor frecuencia en familia. Las comidas familiares les proporcionan mayor seguridad emocional, autoestima y sensación de control sobre sus vidas (Fiese, 2008; Varela, 2005; Fulkerson, 2006; Spear, 2006).

- Comer reunidos hace que se fortalezcan los buenos modales.

Como bien sabemos los niños imitan a su familia, si ven que los demás utilizan cubiertos para comer, o no hablan con la boca llena, lo más seguro es que imiten estas conductas, podemos aprovechar la situación para educar a que todos estén sentados en la mesa el tiempo suficiente. Inculcaremos la limpieza de manos previa y el lavado de dientes después de cada comida. También para conversar sobre lo que han hecho durante el día y para planificar cosas juntos (Varela, 2006; Spear, 2006; Bernal, 2005).

- Las comidas en familia conllevan a tener una mejor nutrición.

Las comidas en familia exponen a los niños a una mayor variedad de alimentos y menor consumo de refrescos, bollería o fritos. Proporcionan más frutas, verduras, legumbres, alimentos ricos en calcio, proteína, hierro, fibras, vitaminas A, C, E, B-6. Los niños que comen con sus familias terminan eligiendo opciones más saludables cuando los padres no están con ellos. Además ayuda a controlar las porciones y a la introducción de nuevos alimentos. Hay mayor probabilidad de que los infantes coman y prueban un plato adecuado si ve que en su familia también lo hacen (NAOS, 2005; Beltran, 2013).

- A medida que los niños crecen, los que comen con sus familias demuestran menos comportamientos arriesgados.

Si los niños adquieren desde pequeños el hábito de comer juntos en familia, los beneficios de hacerlo seguramente perdurarán hasta la adolescencia. Los adolescentes que comen con la familia, cinco o más veces por semana tienen menos probabilidades de tener prácticas de riesgo como fumar, beber alcohol o consumir drogas e incluso presentan un mejor rendimiento escolar. La familia/los padres tienen un papel decisivo, por tanto, en la educación de los más pequeños de la casa para que adquieran hábitos alimentarios adecuados, hábitos que se mantendrán a lo largo de la vida de estos o, al menos, "suavizarán" los posibles efectos o costumbres negativos impuestos por el ambiente, el entorno alimentario y social en el que se desenvuelven los adolescentes (Fiese, 2008; Beltran, 2013; Larson, 2013).

- *Ayuda a relajarse.*

En la mayor parte de los casos, una comida familiar en armonía permite reducir la tensión y el estrés ocasionados por rutinas laborales y de las tareas del hogar.

Por todo esto es evidente que el fomento de las comidas en familia es una medida de promoción de la salud y como tal ha de ser considerada en las políticas sociales y de salud pública. En España, hasta el momento no hay ninguna campaña como tal que vaya dirigida directamente a fomentar la frecuencia de las comidas familiares o compartidas, aunque numerosas guías o recomendaciones recogen esta necesidad en forma una pauta concreta, entre ellos la propia Estrategia NAOS (Estrategia para la

Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) que presenta incluido en su decálogo para el ámbito familiar y comunitario, la necesidad de involucrar a la familia en todos los aspectos de la alimentación en el hogar (Beltran, 2013; Aranceta, 2000; NAOS, 2005).

Así pues, reunirse a comer en familia es un hábito que lleva a una mejor alimentación, a desarrollar relaciones afectivas y sociales más eficaces y sanas, así como a establecer ambientes aptos de convivencia.

Conclusiones

Sin lugar a duda, que los mayores enseñen a comer adecuadamente es una tarea que debemos realizar con responsabilidad, tiempo y dedicación, para tratar de captar la atención y la colaboración de los hijos. El hecho de compartir la mesa familiar regularmente beneficia al desarrollo físico, social y emocional, tanto de niños como de adultos, y favorece al fortalecimiento de una dieta saludable como de los vínculos familiares. Según los últimos estudios, este problema es más notable en países desarrollados, sobretudo Estados Unidos y Europa. Este hábito permite disfrutar juntos de un tiempo de calidad y de constituir un ambiente de aprendizaje solidario y positivo, lo que impacta positivamente en el bienestar de las personas consigo mismas y en su relación con la sociedad.

Se debería fomentar desde los colegios e institutos esta actividad, para que exista un equipo multidisciplinar, con profesores, médicos, enfermeros, psicólogos, que juntos ayuden a inculcar este nuevo hábito.

Se aprenden valores y conductas que llevan a una mejor calidad de vida. Por lo tanto, la comida se convertirá en una fuente de salud, de placer, de convivencia y de relación.

Referencias

- Fiese, B., Schwatz, M. (2008). *El Rescate de la Mesa Familiar: La hora de la comida y la Salud y Bienestar Infantil*. California: Sociedad para la investigación del Desarrollo Infantil.
- Varela Moreiras, G., Ávila Torres, J.M. (2005). *Guía de Consejo Nutricional para padres y familiares de escolares*. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN).
- Berge, J. M., Jin, S. W., Hannan, P., y Neumark-Sztainer, D. (2013). Structural and interpersonal Characteristics of family meals: Associations with Adolescents Body Mass Index and dietary patterns. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113, 816-822.
- Brown J. *Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2006.*
- Gibney MJ. *Nutrición clínica*. Zaragoza: Acribia; 2007.
- Salas-Salvadó J. *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona: Masson; 2008.
- Serra Majem LL, Aranceta J. *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2ª ed.* Barcelona: Masson; 2006.
- Mataix J. *Nutrición y alimentación humana*. Madrid: Ergon; 2009.
- Gil A. *Tratado de Nutrición*. Madrid: Acción Médica; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004.
- Varela Moreiras, G (2013). *Prólogo En: Libro Blanco de la Nutrición en España*. Ed. Fundación Española de la Nutrición (FEN).
- OMS. (2004). *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra: OMS.
- Agencia española de Seguridad Alimentaria. *Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.
- Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro Blanco: Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Bruselas, 30.5.2007.COM (2007) 279 final. Comisión de las Comunidades Europeas.
- Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Story M (2006). Adolescent and parent news of family meals. *J Am Diet Assoc*; 106: 526-532.
- Spear BA (2006). *The need for family meals*. *J Am Diet Assoc*; 106:218 219.
- Bernal J, Navarro B. *La nutrición en la educación física y el deporte*. Sevilla: Wanceulen; 2005.

Beltrán B, Carbajal A, Cuadrado C, García-Diz L, Goñi I, Sierra JL. *Innovadieta, Recursos en Internet para formación y prácticas de Dietética y Nutrición*. Universidad Complutense de Madrid. 2013.

Larson, N., Fulkerson, J., Story, M., y Neumark-Sztainer, D. (2012). *Shared meals among young adults are associated with better diet quality and predicted by family meal patterns during adolescence*. *Public Health Nutrition*, 16, 1-11.

Aranceta, J.; Pérez Rodrigo, C.; Serra Majem, L. (2003). *Prevalencia de obesidad en España: estudio SEEDO 2000*. Barcelona: Med.Clin.

Estrategia NAOS. (2005). *Invertir la tendencia de la obesidad*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

CAPÍTULO 33

La importancia de una buena higiene del sueño en pacientes con apnea obstructiva del sueño

Laura Martín-Bejarano Diéguez, María Victoria Leal Romero, y María Velarde Rodríguez
Hospital Universitario Virgen Macarena (España)

Introducción

Sabemos numerosos aspectos sobre el sueño, como que es una necesidad fisiológica del ser humano, y que un tercio de nuestra vida nos la pasamos durmiendo, pero a pesar de esto, desconocemos muchos otros aspectos que engloban todo lo relacionado con el sueño como sus fases, sus trastornos y lo que ocurre cuando dormimos. Sabemos que es un proceso totalmente activo que tiene su propia secuencia de estadios y/o fases donde se desarrollan diferentes funciones autonómicas y que en las distintas etapas de la vida el patrón de sueño se va modificando (Andreu, y Chiner, 2013).

Existen muchas funciones en el sueño, como por ejemplo consolidar la memoria, ya que una privación de él puede ocasionarnos pérdidas de memorias leve lo que conllevaría a un deterioro cognitivo. También consolidar el humor y el carácter evitando así que la persona esté irritable o irascible. El tener un buen descanso nocturno también nos va a ayudar a tener un buen funcionamiento en nuestras hormonas endocrinas e inmunológicas entre otras (Andreu, y Chiner, 2013).

Una pregunta sobre el sueño con bastante controversia es: ¿cuántas horas de sueño son realmente necesarias para encontrarnos bien? Algunos autores dicen en sus publicaciones que un patrón horario de 7-8 horas es lo ideal y necesario para tener un buen descanso y encontrarnos enérgicos durante el día, ya que consideran que así el individuo tiene una buena salud física y mental, pero por el contrario otros autores asumen que la cantidad de horas aconsejada es muy relativa, cada individuo debe satisfacer su necesidad de sueño con las horas que realmente considere que necesite (Miró, et al., 2002).

Aunque hay bastante disparidad entre las opiniones de los autores, parece ser que investigaciones recientes sugieren que hay que desviar un patrón de sueño intermedio, ya que se asocian consecuencias negativas de salud cuando se sobrepasa ese patrón de sueño de más de 7-8 horas diarias (Miró, et al., 2002). Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las sociedades occidentales. La importancia de una buena calidad de sueño no solamente es fundamental como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas). (Sierra, 2002). Existen numerosos estudios en los que se pueden comprobar cómo los trastornos del sueño pertenecen a un grupo de enfermedades consideradas de gran prevalencia ya que se dan en las diferentes culturas y en diferentes grupos de pacientes.

Los efectos y síntomas que producen los trastornos del sueño no sólo se producen en el organismo sino que también se afectan el desarrollo y funcionamiento del individuo.

La privación del sueño y una mala calidad de éste provocan síntomas claros como la fatiga, trastornos en hormonas endocrinas y metabólicas, deterioro cognitivo, deterioro social, y un aumento en los accidentes laborales. Los trastornos del sueño y la calidad de éste son más frecuentes de lo que se desearía, según demuestran las estadísticas aunque aún queda mucho por investigar (Báez, Flores y col., 2005).

Se define como trastorno del sueño a una alteración de la salud y conducta del individuo que lo lleva a un estado de anormalidad. Por lo tanto, dichos trastornos, son síndromes de gran prevalencia que se presentan en una gran parte de la población, con frecuencia en personas de la tercera edad, como

consecuencia de diversos factores como ser: psíquicos, somáticos, fisiológicos, ambientales, asociados o independientes a una patología que repercutirá en el ámbito social, emocional y laboral de las personas. Estos trastornos han sido clasificados por la Asociación Americana de los Trastornos del Sueño (ASDC) en: disomnias, parasomnias y otros (Chuquimia, y Vargas, 2013).

Disomnias: son trastornos primarios encargados del inicio y el mantenimiento del sueño, caracterizados por afectar la calidad, cantidad y duración del sueño. Comprende el insomnio primario, la hipersomnia, la narcolepsia, trastornos relacionados a la respiración (síndrome de apnea-hipoapnea del sueño), trastorno del ritmo circadiano y la disomnia no especificada (Peña-Amaro, 2015).

Parasomnias: son eventos involuntarios, anormales y molestos, que ocurren durante el sueño. No son propiamente enfermedades sino hechos, fenómenos, que aparecen en sueño y disminuyen su calidad. Suelen acompañarse de cambios fisiológicos como la activación cardiovascular o muscular. (Iriarte, y Urrestarazu, et al., 2005)

Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (s.a.h.o.s):

El síndrome de apneas o hipopneas obstructivas durante el sueño se caracteriza por un cuadro de somnolencia diurna, trastornos neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios. La apnea se caracteriza por la obstrucción completa de la vía aérea superior que se define como el cese del flujo aéreo en boca y/o nariz durante el sueño de una duración superior a 10 segundos. Hipopnea es un episodio de obstrucción parcial de la vía aérea superior que da lugar a una disminución significativa del flujo aéreo en boca y/o nariz de una duración superior a 10 segundos y que va acompañado de un despertar transitorio no consciente (arousal) y/o desaturación de la oxihemoglobina². La presencia de un índice de apnea/hipopnea (IAH) (número de apneas/hipopneas durante el sueño dividido por las horas dormidas) superior a 5-10 por hora se considera anormal (Barbé, Capote, et al., 1995).

En el momento actual, el tratamiento de elección del S.A.H.O.S se basa en la aplicación durante el sueño, a través de una mascarilla nasal u oronasal de una presión positiva continua en la vía aérea. La CPAP es un dispositivo que insufla un aire a presión que lo que consigue es que desaparezcan las apneas e hipopneas, los despertares asfíxicos y las bajadas de oxígeno en sangre. Cada paciente precisa de una presión determinada que siempre la prescribe el facultativo especialista en este caso neumólogo y a través de una prueba diagnóstica que pueden ser 2: polisomnografía y poligrafía respiratoria (Álvarez-Sala, Calle y col., 1999)

Este tipo de equipos según el pliego de prescripciones técnicas para la contratación de terapias respiratorias domiciliarias en la aérea sanitaria de Sevilla deben disponer de un contador horario que permita el seguimiento del cumplimiento del tratamiento. Para que el tratamiento sea efectivo el paciente deberá dormir con la CPAP un mínimo de 4 horas al día. Es importante esta ratio de uso para que el paciente obtenga un sueño reparador y de esta forma se adapte al tratamiento, ya que un uso inferior a las 4 horas al día no mejora la calidad del sueño y el paciente acaba fracasando en el uso de este tipo de tratamiento.

El seguimiento es fundamental para valorar el cumplimiento de los objetivos (Valencia, y Pérez, 2016) y lo realiza el personal de enfermería de la empresa privada que tiene concierto con el SAS en la provincia de Sevilla, en este caso lo llevaremos a cabo las enfermeras de la empresa Vivisol.SL ubicadas en la unidad de neumología del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Uno de los factores más importantes dentro de la apnea obstructiva del sueño es seguir una adecuada higiene del sueño. Vamos a enumerar una serie de recomendaciones y hábitos que se deben tener al dormir con el fin de obtener una forma saludable y reparadora del sueño (Manrique, 2011).

Lugar: la habitación debe ser cómoda, ventilada, oscura, en silencio y con una temperatura adecuada.

Horario: se debe crear un horario para ir a dormir lo mismo que para despertarse y la mejor forma es realizar una actividad repetitiva diaria pocos minutos antes de ir a la cama, ya sea como un baño o cepillado de los dientes.

Ejercicio: la actividad física debe evitarse en las 4 horas antes de irse a dormir ya que el ejercicio es estimulante y puede presentar dificultades en la conciliación del sueño.

Alcohol y relajantes musculares: tanto el alcohol como los medicamentos que sirven para inducir el sueño produce relajación del tono muscular e incremento de los episodios de apnea ya que favorece el colapso de la vía aérea, así que debe evitarse en las 4 a 6 horas antes de conciliar el sueño.

Exposición a la luz: evitar el uso de teléfonos móviles, televisión y otro tipo de dispositivos que emitan cualquier señal luminosa una vez que se esté en la cama.

Perder peso: esta es la recomendación más importante ya que se ha encontrado la relación directa que hay entre el aumento de masa corporal y el riesgo de presentar alteraciones respiratorias del sueño a partir de un índice de masa corporal de 25.

Dieta: ligera en la noche y mínimo 2 horas antes de dormir. No consumir bebidas estimulantes, café, té, etc. cuatro horas antes de la hora programada para ir a la cama. La cafeína es eliminada por la bilis y por la orina ya que primero pasa a la sangre siendo absorbida por la mucosa intestinal. La cafeína tiene una acción muy potente sobre nuestro organismo, debido a que actúa sobre los neurotransmisores provocando una gran excitación. El peligro de consumir mucha cafeína es que si tenemos almacenados en nuestro organismo una serie de neurotransmisores para por ejemplo una semana, pueden ser consumidos en un solo día pudiendo provocar días de carencia lo que conllevaría un efecto rebote, caracterizado por disminución en el ánimo y un aumento en la somnolencia (González, 1995).

Tabaco: éste actúa de forma parecida a la cafeína ya que eleva la cantidad de neurotransmisores, pero al mismo tiempo disminuye la circulación de la sangre por el cerebro y corazón y bloquea los impulsos nerviosos pudiendo provocar obstrucción en arterias y venas conjuntamente (González, 1995).

Nuestro objetivo será conocer los hábitos de sueño de los pacientes diagnosticados de S.A.H.O.S en tratamiento con CPAP y de esta forma poder reforzar los conocimientos de aquellos pacientes que no sigan unos hábitos correctos y/o ayudar a mejorarlos.

Metodología

Participantes

A partir de abril del 1 de junio del 2016 todos los pacientes que acudían a la consulta de neumología de nuestro hospital fueron considerados como posibles candidatos para participar en un estudio. Se incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes con apnea-hipoapnea obstructiva del sueño según los criterios de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR)

Para su inclusión en el estudio los pacientes debían tener prescrita una CPAP como tratamiento domiciliario. Nuestro grupo de estudio era mixto (hombre/mujer) escogidos al azar y estaba compuesto por 100 pacientes con edades comprendidas entre los 30 y 70 años, de Sevilla y provincia.

Instrumentos

Hemos elaborado un cuestionario que incluye todos los ítems necesarios para una correcta higiene del sueño.

Este cuestionario contiene 8 puntos y todos hacen relación a la recomendación descritas anteriormente. También se recoge los horarios a los que se realizan determinadas actividades.

Hemos realizado entrevistas individuales de forma que hemos podido recabar todos los datos necesarios para completar nuestros cuestionarios.

Procedimiento

Todos los pacientes que están citados para la consulta de neumología y que usan la CPAP de forma domiciliaria pasan primero por nuestras consultas de enfermería para la revisión de los equipos. En esta revisión se verifican los parámetros con la prescripción digital, se mide la presión con un manómetro, y se anotan las horas del contador horario. Si comparamos las horas actuales con el contador de la última

revisión podemos obtener la media de uso diaria o ratio. Por último le rellenamos al paciente el cuestionario creado para nuestro estudio. Según los hábitos que llevan a cabo los pacientes hemos diferenciado entre aquellos que siguen una buena de una mala higiene del sueño. Buena higiene del sueño: cumplen todas las recomendaciones de forma diaria. Mala higiene del sueño: no cumplen alguna recomendación o directamente ninguna.

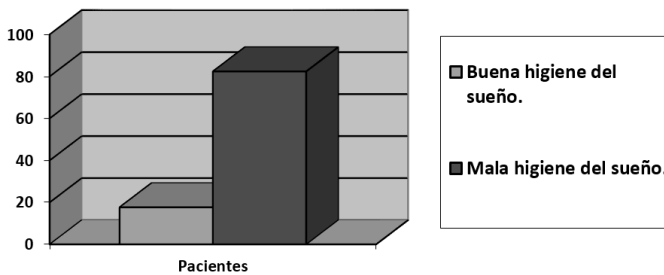
Análisis de datos

Es un trabajo de investigación empírica o experimental de tipo cuantitativos

Resultados

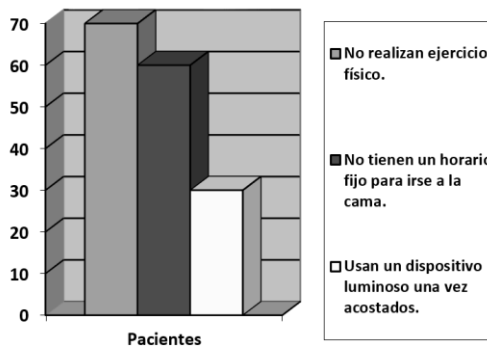
De los 100 pacientes seleccionados: el 17.64 % cumplen con una correcta higiene del sueño frente al 82.36% que no siguen de forma correcta las recomendaciones.

Tabla 1. Higiene del sueño en pacientes con S.A.H.O.S en tratamiento con CPAP



Hay una serie de “malos hábitos” que están establecidos en más del 50% de los pacientes que no llevan a cabo una correcta higiene del sueño. Estos hábitos son: no realizar ningún tipo ejercicio físico de forma diaria, no irse a la cama todos los días a la misma hora y hacer uso de un dispositivo luminosos tipo teléfono móvil, televisor o Tablet una vez acostados en la cama.

Tabla 2. Hábitos “no correctos” llevados a cabo por los pacientes con CPAP



Después de evaluar los malos resultados obtenidos en las conductas realizadas por los pacientes en relación a sus hábitos de higiene del sueño vamos a: - Informar a toda la unidad de nuestro servicio de los resultados obtenidos en este estudio. - Instruir a todos los pacientes en tratamiento con CPAP que vengán a nuestra consulta de sueño de cuáles son los hábitos a seguir y cuales están totalmente contraindicados para alcanzar una buena higiene del sueño. - Seguir evaluando mediante el mismo cuestionario empleado anteriormente a todos los pacientes de forma continua hasta mejorar nuestros resultados.

Discusión/Conclusiones

Los pacientes con apnea obstructiva del sueño no siguen una correcta higiene del sueño, es importantísimo seguir una rutina diaria para alcanzar unos buenos hábitos ya que el sueño es una necesidad fisiológica.

Es necesario incluir la revisión sobre los hábitos de sueño en los pacientes que acuden a la unidad de sueño de nuestro hospital.

En condiciones normales el ser humano puede tener dificultades para conciliar el sueño dependiendo de las circunstancias en las que se encuentre. En el estudio realizado por Dr. Gabriel Francisco Báez, Nancy Natalia Flores Correa, Teresita González Sandoval, Héctor Horrisberger en 2005 se ve como en un grupo de 384 alumnos jóvenes (media de edad de 22.38) y sanos el 82.8 % tiene dificultad para conciliar el sueño debido al estrés producido por los exámenes.

Dormir con un equipo de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) no resulta algo fácil para el paciente ya que la terapia en sí es algo incómodo, la mascarilla suele resultar molesta y la postura que el paciente adquiere a la hora de dormir dependerá del aparataje, tipo de mascarilla y tabuladora. Todo esto condiciona bastante la situación del paciente a la hora de dormir, por ello es importantísimo que tanto las circunstancias que se den antes y en el momento de dormir sean junto con las conductas del paciente las ideales para reducir al mínimo el estrés que genera dormir con la CPAP y propiciar un contexto de “relax” que nos ayude a conciliar el sueño.

Un paciente que sigue unos hábitos de sueño correctos y use la CPAP de forma diaria un mínimo de 4 horas verá recompensado su descanso y esto influirá directamente en su calidad de vida.

Referencias

Bobes J, Gonzalez MP, Saiz PA, MT, iglesias C, Fernandez JM: Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *psicothema*, 12:107-112, 2000.

Buela-Casal G, Sierra JC, Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. En: Buela-Casal G, Sierra JC (eds). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. 393-438, Madrid, 2001.

Casas Rojo JM, Fernández Sánchez-Arcos JM, Álvarez-Sala Walther JL. *Alteraciones de la ventilación alveolar. Síndrome de apnea del sueño*. En: Díaz-Rubio M, Espinos D, eds. *Tratado de medicina interna*. Madrid: editorial médica panamericana, 1994; 607-614.

Chokroverty S. Sleep overview In: Chokroverty S (ed.) *Sleep Disorders Medicine*. Boston. Butterworth-Heinemann. 1994: 7-14.

Dement W. A personal history of sleep disorders medicine. *Clin Neurophysiol* 1990; 7:17-47.

Domínguez Ortega L. *Trastornos del sueño I. Tribuna Médica* .1991;3-4.

Friedman M. *Sleep apnea and snoring: surgical and non-surgical therapy*. Saunders. 2009; 1-472.

García S. *Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental*. 2002, vol.44, n.4, 289-296.

Guilleminault C, Stoohs R, Clerk A, Cetel M, Maistros P. A cause of excessive daytime sleepiness. The upper airway resistance syndrome. *Chest* 1993; 104:781-787.

Morera J., Parra O., Abad J., La CPAP nasal en el tratamiento del síndrome de la apnea del sueño. *Medicina Clínica*, 91:627-629,1988.

Sullivan C, Issa F, Berthon-Jones M et al. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981; 1:862-865.

Vera F, Maldonado E, Navarro JF: *Evaluación de la calidad de sueño en estudiantes universitarios mediante el cuestionario de Pittsburg*. *Vigilia-Sueño*, 11:31-32, 1999.

CAPÍTULO 34

Diagnóstico de salud de un barrio de una población del área metropolitana de Valencia

Paco Serrano Devís

Hospital Universitario Dr. Peset (España)

Introducción

El diagnóstico de salud (en este caso reducido) es un estudio que pretende aproximarse al conocimiento de la situación de salud que tiene una población. Se debe entender como un instrumento de medida para la elaboración de estrategias o planes encaminado para que la población alcance un nivel de salud superior al que tienen (Arias-Rico, et al., 2014; De Santander, 2012; Gares, et al., 2013; Baader, et al., 2014; Méndez, et al., 2015; Martínez, et al., 2013.). La ciudad o comunidad en la que vive el grupo de personas a estudio debe responder a las necesidades básicas, como la alimentación adecuada, agua potable, saneamiento, vivienda, ausencia de pobreza o miedo. También debe responder para conseguir que sus ciudadanos puedan desarrollar sus actividades sociales y de ocio al máximo (Torres, et al., 2006; Gerardo, 2007; Díaz, 2015).

En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud acuerda que el principal objetivo social de los Gobiernos y de la propia OMS, debería ser la consecución para todos los habitantes del mundo para el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Para ello en la 32a Asamblea Mundial de la Salud se invitó a los Estados Miembros a que considerasen el documento "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000" (SPT, 2000) como base para la formulación de sus políticas, estratégicas y planes de acción nacionales con el fin de alcanzar un grado aceptable de Salud para Todos en el año 2000 (OMS, 1979). Para su logro debe basarse en dos condiciones esenciales:

1. Reducir las desigualdades sanitarias entre los países y entre los grupos socio- económicos en el interior de los países (OMS, 1979).

2. Reforzar la salud a la vez que es necesario reducir la enfermedad y sus consecuencias a través de asegurar la igualdad ante la salud, añadir vida a los años, añadir salud a la vida y añadir años a la vida (OMS, 1979).

Las acciones necesarias para producir estos cambios, que actualmente no han llegado a cumplirse en su totalidad, no solo han de partir de los políticos sino también de la participación de los ciudadanos (OMS, 2013). Para ello deben establecerse lazos de comunicación y de participación abierta entre las personas y las instituciones. El documento que presento a continuación, el Diagnóstico de Salud del casco antiguo del pueblo de Foios, pretende ser un documento de reflexión sobre el estado de salud de este grupo de población para dar a conocer su estado y que acciones se deben emprender para mejorarla.

Los objetivos de la realización del Diagnóstico de Salud del casco antiguo de Foios son los siguientes: Determinar el estado de salud de la población a estudio, Detectar los principales problemas de salud e Informar a este grupo de población de la situación de salud general y aquello que puede realizar para revertir las situaciones que repercuten negativamente en la población.

Método

Participantes

A continuación para comprender el entorno de la población haré una pequeña descripción del pueblo de Foios y de que instalaciones está dotado.

Foyos o Foios (en Valenciano) es un pueblo de la Comunitat Valenciana. Está situado en la comarca de L'Horta Nord en la provincia de Valencia. La parte con más altura del municipio tiene unos 64 metros que desciende hacia la costa del mar Mediterráneo.

El núcleo urbano de Foios está situado en la parte central del término municipal, donde realizaremos nuestro estudio en su casco antiguo. Los otros núcleos urbanos son Cuiper, situado a pocos metros del mar mediterráneo en el extremo oriental del término, La Lloma, situada en el extremo occidental en la parte alta del término municipal y La Venta Del Sombrerer, situada junto al límite municipal de Foios y Vinalesa.

Las localidades que limitan con Foios son las siguientes por el Sur Vinalesa, Meliana y la pedanía de las Cases de Bàrcena. Por el Norte Albalat Dels Sorells y las pedanías de Mauella y Tauladella.. Por el Sud-Oeste Alfara del Patriarca. Por el Oeste Moncada y por el extremo occidental con el municipio de Museros. Foios es un municipio que sin duda tiene una excelente comunicación, ya que está atravesado por la antigua carretera de Barcelona (N 340) y por la carretera de las rotondas (CV 300). Aunque carece de salida en Foios, se puede acceder fácilmente a la autovía V- 21 que circula por la costa.

En cuanto al transporte público destaca la línea 3 de Metrovalencia, que tiene estación en el mismo municipio llamada Foios, la asiduidad de paso de trenes entre semana es de 15 minutos y los fines de semana y festivos de 20 minutos tanto en dirección Aeroport (con 8 paradas en la ciudad de valencia y en poblaciones de L'Horta Oest) como en dirección Rafelbunyol (teniendo paradas en otros municipios de L'Horta Nord). Cerca del barrio de Cúiper, aunque en término de Meliana, se sitúa la estación de cercanías de Roca-Cúiper.

La mayoría del término de Foios está ocupado por campos en los que se cultiva mayoritariamente naranja. En 2001 la mayoría era de regadío, aunque hoy en día ya hay algunas con sistema de riego por goteo. En el noroeste del término hay una zona de secano donde aún se cultivan olivos, viñas y algarrobo aunque es muy minoritario.

Durante el año 2001 un 29% de la población activa trabajaba en el sector industrial, mientras que un 11% en la construcción. Destacan las fábricas de productos metálicos, madera, maquinaria y alimentación. El restos de la población activa (un 54%) trabajaban en el sector servicios, la mayoría en Valencia ciudad. La gastronomía en Foios, se sigue una dieta con productos mediterráneos. Destacan los platos tradicionales como: La paella valenciana, "arros amb fesols i naps", la caldera y dulces como la coca Cristina, coca de Santiago y pasteles de moniato.

Instalaciones e infraestructuras de Foios:

- Ayuntamiento
- Centro de Recursos sociales
- 2 escuelas públicas (infantil y primaria)
- 1 instituto público (ESO y Bachillerato científico técnico, ciencias de la salud, humanístico y de ciencias sociales)
- 1 escuela elemental de música
- Centro de salud
- Polideportivo
- Zonas verdes (principalmente l'albereda y el parque Rei En Jaume)
- Biblioteca municipal
- Red de agua potable
- Red de aguas residuales
- Recogida diaria de residuos urbanos
- Red Gas natural
- 3 supermercados
- Asociaciones varias (Amas de casa, Juniors, Foios Atleti, Fallas...)
- Zonas diversas de ocio

- Zonas industriales (a las afueras del pueblo)

(Registros y Padrón municipal de ayuntamiento de Foios, 2016)

La población a estudio será aquella que vive en el casco antiguo del pueblo de Foios comprendido por las calles: Mayor, Maestro Saurí, Unión, Diezmo, Joaquín Marco, Iglesia, Sarieta, Portalet, San Vicente, San Roque, Valencia, Dr. Millán, Ramón Corell, Pardines, Cervantes y Forn Vell. Se eligieron a 34 personas al azar para realizar el estudio.

Instrumentos

Se realizara una revisión bibliográfica sobre el concepto de diagnóstico de salud y sobre las características de la población y la zona a estudio. Para ello utilizaremos bases de datos como PubMed, Scielo, Ibecs y el padrón y registros municipales del pueblo de Foios. Para realizar el estudio se elaborará una encuesta que deberá ser contestada por residentes elegidos al azar.

Procedimiento

Elaboraremos un cuestionario para evaluar el estado de salud de la población. Como se ha explicado con anterioridad la muestra será elegida al azar. Se realizará un sorteo con los números y las calles a los que van asociados de los cuales se sacaran de uno en uno elaborando el orden a seguir. Únicamente pasaremos el cuestionario a los 33 primeros, en caso de no encontrarse en el domicilio pasaremos al siguiente por orden estricto. Pongamos un ejemplo: en caso que el 14º no se encuentre en su domicilio pasaremos al 15º considerando el 34º dentro de los 33 primeros debido a que el 14º no está disponible y así sucesivamente.

Análisis de datos

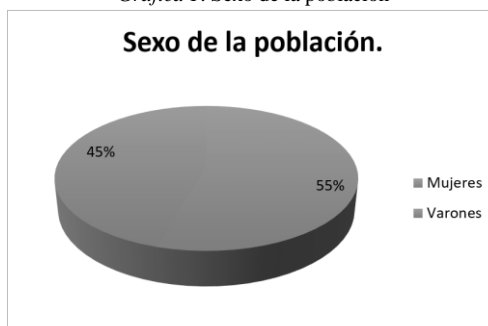
La recogida y el análisis de los datos se realizaran mediante el programa Microsoft Excel 2010. El estudio es de tipo descriptivo.

Resultados

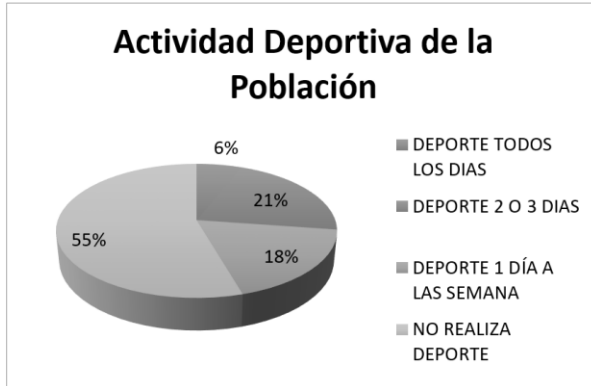
La edad promedio de la población es de 44,03 años por tanto podemos afirmar que la población que habita esta calle es un “población madura”, ya que si nos basamos en el modelo de la campana de Gauss la mayoría de la gente que vive en el casco antiguo tiene entre 40 y 50 años de edad.

En cuanto a al sexo hay más mujeres que hombres concretamente un 55% de mujeres frente a un 45% de hombres. Esta pequeña diferencia puede deberse a que la esperanza de vida de las mujeres es más elevada que la de los hombres y por otros factores biológicos.

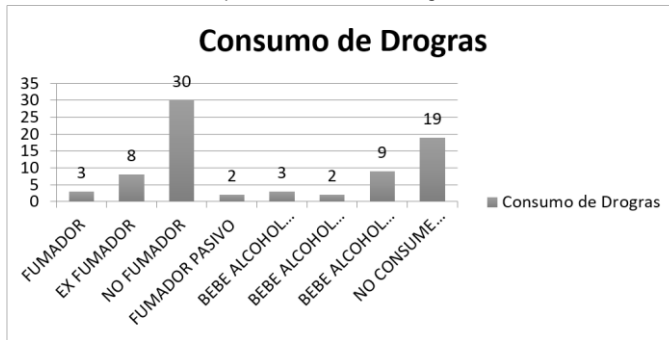
Gráfica 1. Sexo de la población



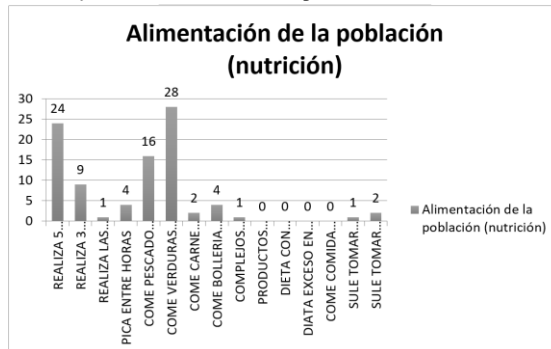
Gráfica 2. Actividad deportiva de la población



Gráfica 3. Consumo de drogas



Gráfica 4. alimentación de la población (nutrición)



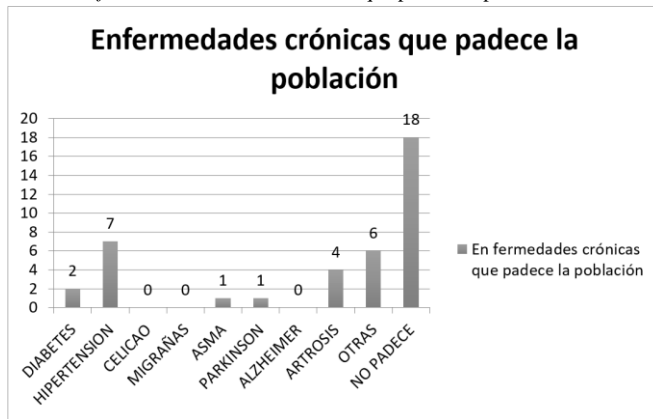
Gráfica 5. Actividad de la población



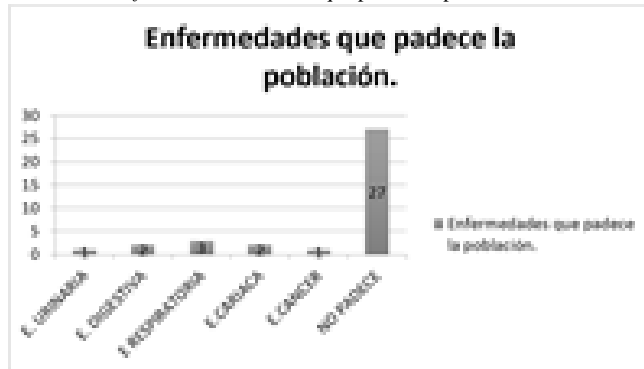
Como podemos ver en la primera gráfica adjunta en este apartado el 55% de la población de la calle no realiza deporte ningún día a la semana, mientras que el 45% restante si practica deporte, de los cuales el 18% de la población realiza deporte al menos un día a la semana, el 21% realiza deporte entre 2 o 3 días a la semana y el 6% restante afirma que todos los días realiza deporte.

En el segundo gráfico se nos muestra el consumo de drogas de la población. De las 33 personas que han realizado la encuesta solo 3 son fumadores, 30 personas son no fumadoras, de las cuales 8 antes lo eran, y solo 2 son fumadores pasivos en su domicilio. Respecto al consumo de alcohol 14 personas afirman tomar alcohol de las cuales 3 beben alcohol todos los días, 2 solo los fines de semana y 9 de ellos en ocasiones esporádicas, mientras que hay 19 personas que afirman no beber alcohol nunca.

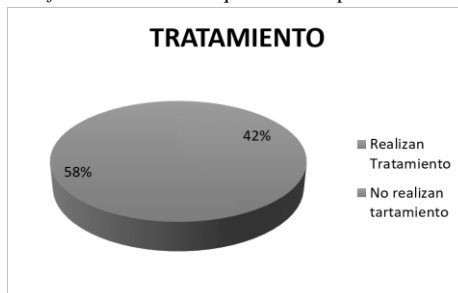
Gráfica 6. Enfermedades crónicas que padece la población



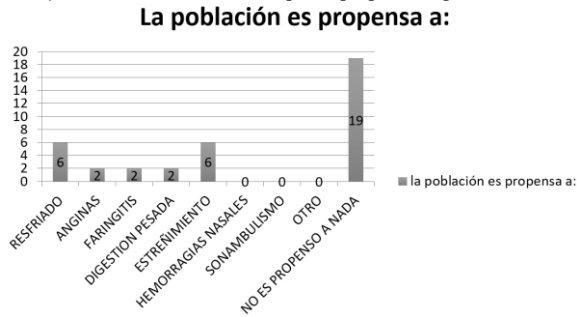
Gráfica 7. Enfermedades que padece la población



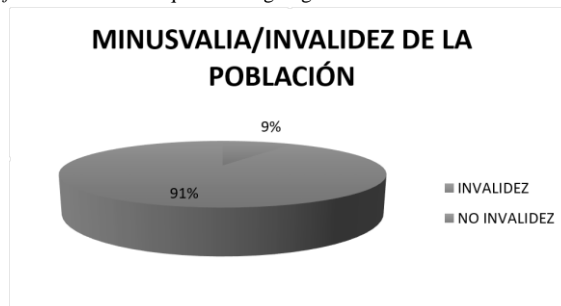
Gráfica 8. Tratamiento que realiza la población



Gráfica 9. Enfermedades a las que es propensa la población



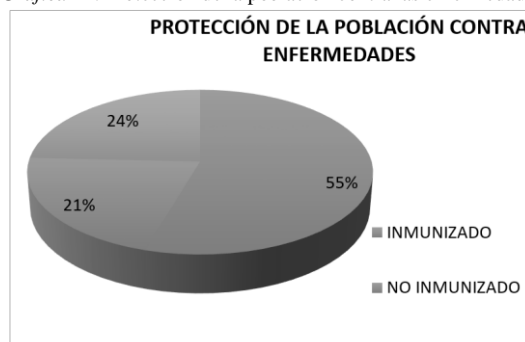
Gráfica 10. Población que tiene algún grado de minusvalía o invalidez



En el tercer gráfico podemos observar los hábitos nutricionales de la población. Las 33 personas realizan 5 o 3 comidas al día de las cuales, 24 realizan las 5 y el resto solo realiza 3. La mayoría de la población (28 personas) suele tomar en su dieta fruta y verdura mientras que solo 16 personas suelen comer pescado. En cuanto a los al resto de parámetros (come comida con exceso en grasa, bollería industrial, enlatados...) son muy pocas las personas que hace uso de estos hábitos.

La actividad social de la población es alta, el 84% de la población dedica su tiempo libre a actividades de ocio o las dedica a alguna asociación, mientras que el 16% restante afirma no salir de casa en su tiempo libre.

Gráfica 11. Protección de la población contra las enfermedades



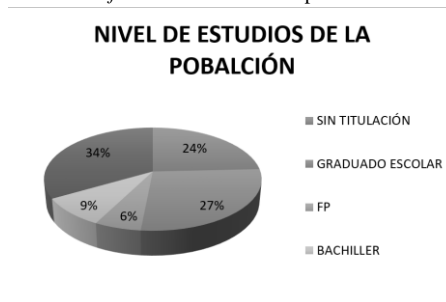
En la gráfica número 6 vemos la población que padece alguna enfermedad crónica. 18 personas afirman no padecer ninguna enfermedad crónica mientras que el resto de personas si padecen una o varias. Entre ellas la más numerosa es la hipertensión, seguida de la artrosis y ya en menos medida

diabetes, asma y párkinson. Hay cuatro personas que han contestado tener otras enfermedades crónicas diferentes a las enunciadas en la encuesta de las cuales 3 de ellas son digestivas (2 por esofagitis por reflujo y una por colesterol elevado) y la restante por enfermedades urinarias crónicas. En cuanto a enfermedades que no son crónicas que padece la población, a excepción del cáncer, que por ser “curable”, aunque a largo plazo, he decidido incluirla en este apartado, 27 personas afirman no padecer ninguna de estas enfermedades, mientras que el resto padece una o varias de éstas, a destacar el cáncer de piel y una insuficiencia renal progresiva.

El 42% de la población sigue un tratamiento farmacológico o de otro tipo mientras que el 58% de la población no realiza ninguno.

La mayoría de la población no es propensa a ningún trastorno (estreñimiento, resfriados...) aunque si hay varias personas propensas a los resfriado, estreñimiento y en menos medida a las anginas, faringitis y digestiones pesada.

Gráfica 12. Estudios de la población



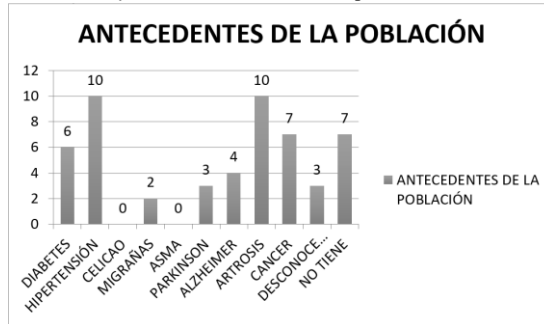
La mayoría de la población tiene antecedentes de enfermedades de familiares.

Solo el 9% de la población tiene un grado de invalidez. El caso de mayor porcentaje es del 69% de minusvalía. Mientras que el 91% de la población no tiene ningún tipo de invalidez. El 55% de la población tiene puestas las vacunas correspondientes a su edad mientras que el 24% de la población no sabe si esta inmunizado o no y el 21% de la población afirma no estar vacunado de casi ninguna enfermedad.

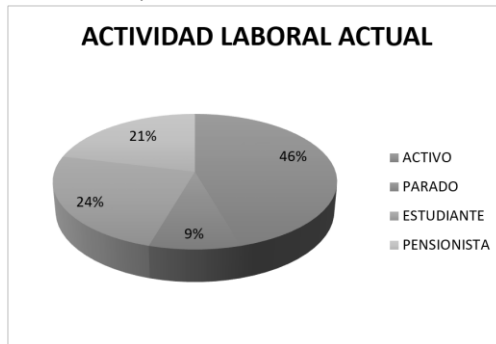
Gráfica 13. Sectores en los que trabaja o ha trabajado la población



Gráfica 14. Antecedentes de la población

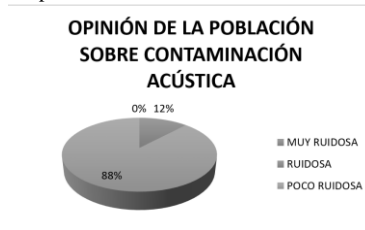


Gráfica 15. Actividad Laboral

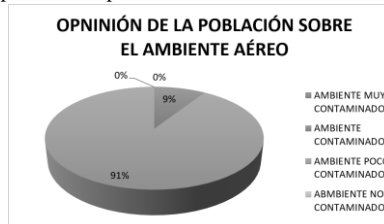


El 24% de la población no tiene ningún título que acredite que haya realizado cualquier tipo de estudios, el 27% tiene solo el graduado escolar, el 6% tiene un título de Formación Profesional, el 9% tiene el título de Bachillerato y el 34% restante a realizado estudios universitarios. La actividad laboral actual de la población es la siguiente: el 46% de la población actualmente trabaja, el 9% está en paro, el 24% de la población es estudiante y el 21% restante es pensionista. El 26% de la población trabaja o ha trabajado en el sector servicios, el 11% en construcción, el 24% en industria, el 13% en agricultura y el 26% restante no ha trabajado nunca.

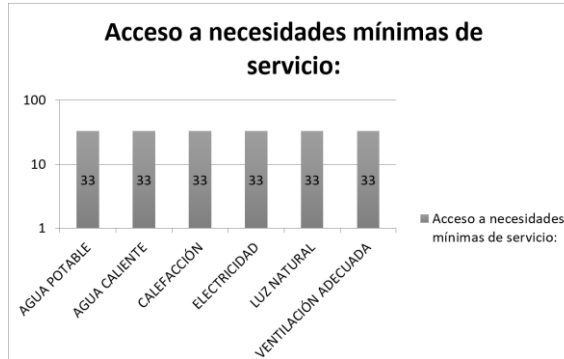
Gráfica 16. opinión de la población sobre la contaminación acústica de su entorno.



Gráfica 17. opinión de la población sobre el estado del aire respirado

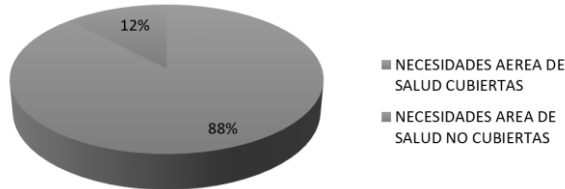


Gráfica 18. Acceso a necesidades mínimas de servicios esenciales

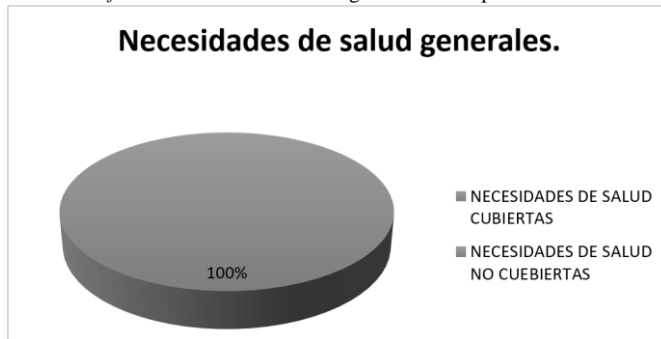


Gráfica 19. Necesidades de la población en el área de salud

Necesidades en el área de salud.



Gráfica 20. Necesidad de salud generales de la población



La mayoría de gente piensa que la calle es, tanto aéreamente como acústicamente, poco contaminada.

El 100% de la población tiene acceso al servicio de agua potable y caliente, luz, calefacción... y piensa que sus necesidades de salud están cubiertas.

El 88% de la población opina que sus necesidades por los servicios de salud del área a la que pertenecen están cubiertas mientras que el 12% de la población cree que hacen falta programas de salud.

Discusión/Conclusiones

Después de revisar los datos finales de las encuestas podemos decir que la población del casco antiguo de Foios tiene un nivel aceptable de salud, ya que la mayoría de personas no padece ninguna enfermedad, ya sea crónica o no, y los que la padecen tiene preescrito un tratamiento personalizado a el tipo de enfermedad que padece. También tienen sus necesidades en sus domicilios y de salud (tanto propias como de los servicios que presta el área de salud) cubiertas (la mayoría lo piensa así).

Destacar el alto porcentaje de personas no fumadoras y el bajo consumo diario de alcohol en el casco antiguo, ya que el consumo de estas sustancias hace que a lo largo las personas pierdan un grado de salud considerable ya que estas provocan una degeneración de la salud a corto y largo plazo.

En cuanto al tipo de nutrición que lleva, en general, la población es buena, aunque podría ser mejor, ya que hay varias personas que solo realizan 3 comidas al día y que afirman no comer nunca pescado. Añadir que la mayoría consumen pocos alimentos que contengan grasas saturadas, trans... (Como la bollería industrial, fritos...) y que la mayoría suele comer comida tradicional y suele hacer consumo de frutas y verduras varias veces a la semana. También hay que decir que la mayoría de población estudiada es socialmente activa.

En cuanto a la protección de enfermedades (inmunización) decir que la cifra de aquellas personas que no están vacunadas y que no saben si lo están es bastante elevada.

Respecto al promedio de edad podemos concluir que éste es demasiado elevado, ya que la población estudiada es “madura” lo cual significa que a largo plazo se convertirá en una población “envejecida”. La natalidad de esta población es muy baja.

Si nos fijamos en los datos socioeconómicos podemos ver que el 46% de las personas están actualmente trabajando, mientras que el 54% de la población (pensionistas, parados y estudiantes) son “mantenidos” por el resto.

Destacar el alto nivel de cultura de la población, ya que más del 70% de la población tiene algún tipo de estudios.

Por ultimo reiterar lo dicho al principio. La salud de la población del casco antiguo de Foios es aceptable y en un futuro lo seguirá siendo ya que los hábitos de salud generalmente son buenos.

¿Qué podría hacer la población para mejorar su salud actual y a largo plazo?

Las cosas, por decirlo de alguna manera, más urgentes a modificar son las siguientes.

- Aumento de la actividad deportiva de la población.
- Mejora de la nutrición de la población.
- Aumentar la natalidad, para en un futuro poder gozar del estado de bienestar actual.
- Prevención de enfermedades mediante la inmunización.

En el momento estos cuatro puntos sean modificados, para mejor, por la población y mantengan el resto de hábitos ya adquiridos, ésta obtendrá un mejor nivel de salud. Por tanto hemos de motivar y potenciar mediante campañas de concienciación u otro tipo de método la modificación de estas conductas, ya que así tanto la salud actual de la población como su salud posterior será mucho mejor.

Por último decir que este tipo de campañas deben tener la colaboración de alguna asociación, centro de salud, generalitat, ministerio de salud, amigos, familia... ya que muchas veces la persona no decide cambiar de hábitos sola, ésta necesita argumentos y motivaciones para hacerlo. Por tanto para que esto pueda llevarse a cabo hace falta la voluntad propia de la persona como la ayuda de los anteriormente nombrados.

Referencias

A.S. Gerardo Sarachu (2007) *Trigo Aproximación al análisis de las Necesidades Humanas, los procesos de colectivización y las formas sociales de satisfacción.*

Arias-Rico, OR Flores Chávez, RC Jiménez Sánchez, M. Lazcano Ortiz, ML Sánchez Padilla 2014 Diagnóstico de salud de la comunidad El Botho, municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo. *Revista de la universidad autónoma del estado de Hidalgo*, 3(1), 5-6.

Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C... y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176.

Díaz García, L. A. (2015). *Análisis, valoración y optimización del programa juventud y empleo, aplicado en la república dominicana a jóvenes en situación de riesgo psicosocial.* Un diseño investigación-acción basado en el modelo de kirkpatrick.

Garcés, C. P., Barrera, M. L., Ortiz, M. E., y Rosas, C. F. (2013). Estado de Salud Oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual en una población chilena, 2012. *Journal of Oral Research*, 2(2), 59-63.

Martínez Calvo, S. (2013). Calidad del proceso de enseñanza del análisis de situación de salud en la carrera de medicina. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 237-248.

Méndez, M., Calderón, J., Soria, A., Yui, M., y Apaza, N. (2015). Vaginitis bacteriana: diagnóstico y prevalencia en un Centro de Salud. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 47(1), 58-61.

OMS. (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000*.

OMS. (2013). *Las estadísticas de la OMS revelan una disminución de las desigualdades sanitarias entre los países con las mejores y las peores condiciones de salud*

Santander, O. D. S. P. (2012). Diagnóstico de salud de Santander. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*, 1, 87-110.

Torres-Arreola LP et al. (2006) ORIGINALES Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*, 38(7):381-6

CAPÍTULO 35

Revisión bibliográfica sobre deporte y autoconcepto en escolares y preadolescentes

Julio Alberto Martínez Sánchez, Javier Belmonte Frago, Andrea Martínez Martínez, Nerea Manzanera Teruel, Soraya Manzano Gómez, y María del Carmen Giménez Sánchez
Universidad de Murcia (España)

Introducción

La promoción de la actividad física relacionada con la salud está siendo objeto de un creciente interés por parte de todos los agentes sociales y organizaciones con competencias en dicha tarea. La importancia está justificada y además se encuentra reforzada en que las investigaciones científicas están mostrando cada vez más una evidencia sobre los beneficios de la actividad física y los riesgos de la inactividad para la salud y el bienestar de la población general.

Los beneficios a corto plazo se refieren a las mejoras físicas tales como son grasa corporal, crecimiento óseo y mejora del funcionamiento cardiovascular, además de psicológicas como el bienestar y autoestima y por último sociales como el desarrollo moral y social que aumenta en los escolares y adolescentes al participar en actividades físicas, independientemente de la repercusión que tenga en la salud de su vida adulta.

Los beneficios a largo plazo pueden ser tanto a nivel de prevención como de bienestar, vinculados a una vida futura saludable, como de educación (física) para la salud. Es decir, las actividades físicas practicadas durante la adolescencia y por escolares posee una posible influencia sobre los factores que influyen en el riesgo de sufrir enfermedades crónicas en la vida adulta, influyendo en la salud esquelética, metabolismo de lípidos, lipoproteínas y presión sanguínea, aparte de esto tiene la posibilidad de un efecto duradero en los hábitos de práctica física de la infancia a la edad adulta pasando por la adolescencia (Malina, 1994; Simons Morton, et al., 1987; Glenmark, et al., 1994; Raitakari, et al., 1994).

La importancia que la actividad física tiene para la salud en la infancia y la adolescencia, tanto a corto como a largo plazo, supone un motivo importante para desarrollar estrategias de promoción de la actividad física en el contexto sanitario, comunitario (local, regional o nacional) y escolar. Precisamente este último resulta clave en la promoción de la actividad física ya que es el único lugar en el que los escolares y adolescentes pasan aproximadamente la mitad de su tiempo durante el día, y esto influye a la práctica totalidad de este grupo de población (escolares y adolescentes) con escolarización obligatoria.

Durante muchos años los conceptos de autoconcepto y la autoestima han sido considerados como los mejores indicadores del bienestar psicológico y mediadores de la conducta. De ahí que se consideren como unas características deseables en los escolares y adolescentes ya que estos aumentan el éxito en los objetivos tales como el rendimiento académico (Gold, 1982), y además favorecen logros sociales (Markus, y Wurf, 1987), las conductas saludables (Pastor, Balaguer, y García Merita, 2000) y la satisfacción con la vida (Balaguer, 2001). Las etapas infantil y adolescente esta etapa es fundamental para el autoconcepto ya que es en ella donde surge su formación. En estos periodos, se suceden importantes cambios cognitivos que repercuten en el desarrollo del self (Coleman, y Hendry, 1999; Harter, 1999).

Se espera que la actividad física y deportiva sean factores que contribuya a la formación equilibrada e integral de la personalidad de escolares y adolescentes (Harris 1976; Garrote, 1993): que ayude al mejor desarrollo biológico, cognitivo, afectivo y relacional (Urdangarín, 1992; Azémar, 1991); que sean factores que favorezca el conocimiento propio del ser y el autocontrol (Deman, y Blais, 1982); que fomente cualidades tales como la generosidad, la lealtad, el afán de superación, el espíritu de

colaboración, la constancia o la entrega en escolares y adolescentes. Se le atribuye además, un enorme valor educativo (Tap, 1991), aun esto, a pesar de que el número de investigaciones sobre la relación deporte-personalidad en escolares y adolescentes pueda considerarse aún insuficiente (Rodríguez, y Morales, 1989).

La importancia que la práctica físico-deportiva se refleja en numerosos estudios por la importancia que tiene en el desarrollo humano, con la finalidad de que desde edades tempranas los niños, presenten hábitos saludables con respecto a su actividad y que estos hábitos se mantengan en la vida adulta. De este modo, se previenen enfermedades la psicológica, como la ansiedad y la depresión y físicas como el sobrepeso y la obesidad.

La relación que se establece en escolares y adolescentes entre la actividad física y deportiva y el autoconcepto físico está bien documentada. Por otra parte, algunos estudios muestran y respaldan el hecho de que la actividad física y deportiva está vinculada a la satisfacción con la vida y las consecuciones sociales, esta relación se presenta en algunos estudios y estos estudios defienden que está mediada por el autoconcepto físico.

Con la llegada de las sociedades postindustriales los estilos de vida de las personas se ha modificado de manera importante y de forma drástica. Estos cambios han repercutido tanto en la salud de los individuos, en el ámbito anatómico fisiológico han surgido las llamadas enfermedades hipocinéticas que tienen una fuerte y estrecha relación con la falta de movimiento o sedentarismo (Montil, y Jiménez, 2006); como en el ámbito psicológico ya que el estrés que conlleva este tipo de sociedades postindustriales ha generado alteraciones y empeoramiento del estado psicológico del individuo, como son la depresión y la ansiedad que se han visto aumentadas (Biddle, Fox, y Boutcher, 2000).

Varios modelos han sido barajados ya que estos explican las relaciones entre la actividad físicas y deportivas y la calidad de vida, el que mejores puntuaciones muestra es el mostrado por la teoría denominada cognitivo social (McAuley, et al., 2006). Esta modalidad apuesta por la posición de Diener (1984) con relación a la satisfacción con la vida como un construcción global que muestra un juicio cognitivo del individuo y la vida de este.

Diferentes autores han comprobado y contrastado la influencia que presenta el rendimiento físico y deportivo en el autoconcepto: los grupos que están formados por escolares y adolescentes que participan de actividades físicas muestran un mejor autoconcepto que los que no lo hacen; además se ha comprobado empíricamente una mejora en el autoconcepto debida en gran parte a la práctica deportiva (Gruber, 1986; Sonstroem, y Margan, 1989; Marsh, y Peart 1988; Hopper, y Guthrie Kelly. 1991)

En el desarrollo de la personalidad, el autoconcepto juega un protagonista, esto se refleja en las principales teorías psicológicas. La base del buen funcionamiento personal, social y profesional se debe a un autoconcepto positivo, de este autoconcepto depende, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo.

Todo esto viene a justificar las reivindicaciones de un deporte para todos en la escuela, ya sean escolares o adolescentes y que este deporte busque más la participación deportiva de todos los niños que la formación de campeones en el mismo. Es cuestión de enfocar las experiencias competitivas para que todos los participantes puedan experimentar algún sentido de pertenecía y éxito y por esto, verse de alguna manera reforzados en un modo favorable (Read, 1968).

Se supone que el desarrollo de las habilidades y la mejora del nivel de realización del individuo por medio del ejercicio específico o actividades de entrenamiento y deporte modificaran aspectos concretos de la dimensión física que pueden terminar por afectar a los escolares y adolescentes positivamente en la autoestima global de estos.

Es por esto que se comprende la importancia de realizar una revisión bibliográfica sobre deporte y autoconcepto en escolares y preadolescentes con el objetivo principal de contrastar información referente a la relación entre la actividad física y el autoconcepto en escolares y preadolescentes.

Como objetivos secundarios:

- Mostrar la relación entre el deporte y el autoconcepto en escolares y adolescentes

Metodología

Se realizó una búsqueda de evidencias bibliográficas en bases de datos de acceso libre a través de internet como Scielo y Lilacs donde se utilizó la cadena de búsqueda: (deporte AND autoconcepto) y buscadores, google académico con la siguiente cadena de búsqueda: (deporte AND autoconcepto), entre los meses de abril y mayo del año 2016 focalizada esta búsqueda de artículos científicos en ejercicio físico y autoconcepto en escolares y preadolescentes.

Acotando los resultados a los años 2000-2016 de artículos en español.

Descriptor: deporte, promoción de la salud, satisfacción corporal, autoconcepto, deporte.

Se seleccionaron los artículos para su comparación que superaron en 7 la puntuación de su correspondiente cuestionario CASPE y que permitían la descarga del artículo completo de forma gratuita.

Posteriormente estos artículos seleccionados se sometieron a una comparación de sus poblaciones diana, metodología y resultados.

Resultados

En la comparación de los artículos incluidos en esta revisión se aportan datos a favor de la práctica físico-deportiva ya que estas prácticas mejoran el autoconcepto de los escolares y preadolescentes, mejora la integración social y además se presentan estas actividades como una herramienta para luchar contra los riesgos cardiovasculares y arteriales, aspectos tales como la fuerza física y apariencia. En otros artículos podemos contemplar la eficacia en los alumnos con deficiencias físicas y psicológicas de estas actividades deportivas.

Los participantes en deporte escolar ofrecen mejores puntuaciones en el autoconcepto que los sedentarios. Estos resultados coinciden con las investigaciones comparadas.

La confirmación de los distintos beneficios que se consiguen con el deporte escolar sobre un aspectos tan importantes de la personalidad de escolares y adolescentes, como es el autoconcepto motivan para tratar de hacer partícipes en estas actividades de deporte a la mayor cantidad de alumnos de estas edades.

Por otro lado resaltar que los escolares y adolescentes titulares, muestran mejor autoconcepto que los suplentes. Esto nos lleva a buscar la manera para tratar de eliminar la figura del suplente. Ya que se trata de actividades deportivas con una finalidad educativa, se deben buscar soluciones para que los escolares y adolescentes no se sientan como piezas secundarias o de recambio y si como parte del grupo de deporte.

La satisfacción con la vida y el autoconcepto están considerados como dos componentes esenciales para el bienestar psicológico de los escolares y adolescentes, esto es de un gran interés para las sociedades desarrolladas ya que estas buscan en el bienestar una constante mejora, aunque no siempre se presenta con resultados positivos. Dentro del autoconcepto, existen diferentes caras que pueden afectar a este bienestar, siendo el autoconcepto físico uno de los conceptos más importantes en la valoración que las personas hacen de sí mismos.

Los resultados de la comparación realizada en esta revisión bibliográfica muestran evidencias de que la satisfacción con la vida y autoconcepto físico, son conceptos muy vinculados; los escolares y adolescentes que presentan un mayor nivel de autoconcepto valoran su vida de forma más positiva (Taylor y Fox, 2005). Esto también puede verse en el caso de la relación existente entre el autoconcepto físico y la práctica deportiva en escolares y adolescentes, tal y como podemos ver en otros estudios (Fox, 2000; Taylor, y Fox, 2005; Infante, y Zulaika, 2008).

Nos sorprende de este estudios que las habilidades y condiciones físicas no se muestran relacionadas de manera tan estrecha como lo están la fuerza y el atractivo físico; en el mundo occidentales, la

aparición y la fuerza física, también como elemento positivo en la imagen del hombre, pueden ser factores que determinen más la satisfacción física del ser que cualquiera de las otras partes del autoconcepto (Humberson, y Hugues, 1987; Rodríguez, y Fernández, 2005).

El autoconcepto físico es mayor en los escolares y adolescentes que practican actividades deportivas con una mayor frecuencia, por lo que nos parece lógico pensar que la práctica de estas actividades deportivas se relaciona indirectamente con la satisfacción con la vida por medio del autoconcepto físico de estos.

Discusión/Conclusiones

Los resultados observados en la presente revisión muestran que en el periodo de escolares a adolescencia, tanto temprana como media, los escolares y adolescentes que con regularidad practican deporte presentan unas puntuaciones más altas en los logros sociales del autoconcepto y en la Competencia Deportiva. Además hemos observado que tanto en adolescentes como escolares, los chicos que practican deporte se definen como más populares y aceptados por los padres (presentan una mayor Aceptación Social) que los chicos sedentarios y que los chicos más activos físicamente no sólo se sienten más aceptados por los padres (mayor Aceptación Social) sino que además se ven a sí mismos con mayor habilidad para hacer amigos íntimos que los niños sedentarios y que no practican ningún deporte.

La presente revisión bibliográfica ha intentado mostrar las relaciones que se establecen entre las condiciones físicas y el autoconcepto de los escolares y adolescentes, además de la influencia que tienen estas y el autoconcepto sobre las habilidades sociales y la consecución de objetivos.

En el estudio de las diferentes dimensiones y las relaciones con el autoconcepto se observa que, en general, estas están bastante relacionadas. Concretamente, se apreció que aquellos escolares y adolescentes que presentan una puntuación alta en la dimensión de “comportamiento positivo”, también obtienen puntuaciones altas en el resto de dimensiones tales como la intelectual, física, falta de ansiedad, la popularidad y la felicidad.

Los escolares y adolescentes que están más capacitados para el deporte se comprometen en mayor medida con el deporte, y además se atreven con situaciones más complejas y que requieren una mayor demanda de habilidad y rendimiento como por ejemplo, las competiciones deportivas.

Sonstroem y su equipo han mostrado que las investigaciones realizadas que una de las vías que el deporte tiene para aumentar la autoestima de los adolescentes y escolares es por medio de la mejora del autoconcepto físico (Sonstroem, 1997; Sonstroem, y Morgan, 1989; Sonstroem, Harlow, y Salisbury, 1993).

Es por esto que con casi toda seguridad en un largo periodo de tiempo, los escolares y adolescentes que practican más horas de deporte presenten mayor autoestima. Una de las conclusiones generales de esta revisión bibliográfica sería que a mayor compromiso con la práctica deportiva los escolares y adolescentes tendrán un mayor beneficio en algunas dimensiones del autoconcepto.

Es por esto que aquellos escolares y adolescentes que practican un deporte regularmente obtienen mejores puntuaciones en autopercepción en algunos dominios del autoconcepto y si además estas prácticas les conducen a la participación en competiciones deportivas la percepción de sí mismos es aún mayor y más influyente en el autoconcepto.

Además de lo anteriormente mencionado, la relación entre la actividad física o no practicar ejercicios físicos y las diferentes variables psicosociales, los resultados generales de los diferentes estudios muestran una fuerte relación entre la práctica de cualquier tipo de actividad física y el autoconcepto físico y social, esto lo podemos ver también en el estudio de Moreno, Cervelló y Moreno (2008) de que el resultado de interacciones sociales con el medio es el autoconcepto, por lo que su formación se ve influenciada por la sociedad, siendo la condición física el que más se ve influenciado por la edad (p.178). Los resultados de nuestra revisión bibliografía están de acuerdo con los resultados de estos autores (Moreno, et al., 2008),

El ejercicio físico en escolares y preadolescentes mejora el autoconcepto, ayuda a mantener en el futuro un estilo de vida saludable, ayuda a la integración social y a la mejora del sistema óseo y muscular.

Recomendamos que sería interesante y beneficiosos para los escolares y adolescentes continuar con esta línea de investigación, estudiando las variables que influyen y determinan una visión positiva del autoconcepto general y del autoconcepto físico, el cual se presenta como una parte más del autoconcepto general.

Ya para finalizar, recomendamos la necesidad de hondar más en las posibles realizaciones de actividades de intervención educativa con la finalidad de mejorar el autoconcepto por medio de las actividades físicas, puesto que con toda probabilidad la calidad y cualidades de estas prácticas de ejercicios físicos, como por ejemplo intensidad de la actividad física así como su frecuencia, duración, dificultad de ejecución, tipos de ejercicios o deportes, etc., presentará diferencias en cuanto al grado de impacto que presente sobre las distintas partes del autoconcepto general.

Referencias

Campillo, N. C., Zafra, A. O., y Redondo, A. B. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(1), 61-78.

Devís, J. D., y Garde, M. A. C. (2002). La promoción de la actividad física relacionada con la salud en el ámbito escolar: Implicaciones y propuestas a partir de un estudio realizado entre adolescentes. *Apunts: Educación física y deportes*, (67), 54-63.

Dieppa, M., y Machargo, J. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. No practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(2).

García, F. G., y Luján, R. S. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 2(2), 259-272.

Garzón, P. C., Fernández, M. D., Sánchez, P. T., y Gross, M. G. (2002). Actividad físico-deportiva en escolares adolescentes. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (3), 5-12.

Guillen, F., y Gómez, M. R. (2010). Relación entre Autoconcepto y Condición Física en Alumnos del Tercer Ciclo de Primaria. *Revista de Psicología del deporte*, 20(1), 45-59.

Isasti, L. M. Z., y Grandmontagne, A. G. (2000). La participación en el deporte escolar y el autoconcepto en escolares de 10 a 11 años de la provincia de Guipúzcoa. *Apunts: Educación física y deportes*, (59), 6-10.

López-Barajas, D. M., Álvarez, F. O., Martínez, I. V., y Sánchez, M. L. Z. (2010). Estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes en función del género y del nivel de actividad físico-deportiva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (17), 38-41.

Pastor, Y., y Balaguer, I. (2001). Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos. *Psicologia-online*, 56.

CAPÍTULO 36

Valoración del paciente geriátrico en la consulta médica de Atención Primaria

Luisa M^a Moreno Fernández, M^a Cristina Lozano Mengibar, y
Sebastián Manuel López Ramírez
Médico de familia (España)

Introducción

Los cuidados que se reciben al final de la vida están siendo cada vez más reconocidos como un componente importante de la salud de alta calidad y atención social. El fenómeno bien documentado de las personas que viven cada vez más tiempo, con mayor fragilidad ha dado lugar a una población que requiere cada vez un apoyo más complejo (National Audit Office, 2008).

La demografía en España ha experimentado un cambio espectacular a lo largo del siglo pasado; la población general española se duplicó, la de mayores de 65 años se multiplicó por 7 y la de octogenarios por 13. Así hemos pasado de tener un 11,24% de personas mayores de 65 años en 1981 al 16,86% en el año 2000 (Morley, 2004). En dicho año había 6.842.143 personas mayores de 65 años y 1.545.994 mayores de 80 censadas en España. Las previsiones para la primera mitad del siglo no sólo no cambian esta tendencia, si no que la confirman, situando el porcentaje de mayores de 65 años en un 20% en el año 2021 (Morley, 2004). Esto nos convertiría en el país con mayor porcentaje de personas mayores a nivel mundial en la primera mitad del siglo XXI. Estas cifras hacen que sea necesario evaluar el impacto del envejecimiento con el fin de prevenir consecuencias indeseables, mejorar la calidad de vida de los pacientes ancianos y facilitar su adaptación en la sociedad.

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una cifra de 629 millones de personas de 60 años o más; se prevé el aumento a casi 2.000 millones en el año 2050, repercutiendo en los ámbitos económico, político y social, y en el sistema de salud, quien debe otorgar servicios a una población cada vez mayor y con más demandas acorde a sus necesidades (OMS, 2002).

El abandono de los pacientes en esta etapa es un tema de creciente preocupación en Europa y América del Norte, sin embargo, sigue siendo poco conocido (Reader, 2013). El abandono del paciente se define como la falta de un cuidador para satisfacer las necesidades de un dependiente (Lachs, 1995). En los últimos años se han visto mejoras en la atención al final de la vida de los ancianos, sin embargo, se han expresado preocupaciones de que los servicios se centran en las necesidades de los pacientes con cáncer (Sharp, 2013).

Tanto la comorbilidad entendida como la presencia de enfermedades médicas, y el estado funcional entendido como dependencia o independencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, afectan a la expectativas de vida de los ancianos (Rockwood, 2005).

Los pacientes ancianos son más vulnerables a la depresión aunque es difícil identificar esta condición debido a que en ocasiones los síntomas típicos como la tristeza no son el síntoma principal (López, 2007). Por otra parte, suelen estar dispuestos a discutir sus sentimientos o buscar ayuda de un profesional de la salud. Además, este estado depresivo pondrá en peligro el tratamiento de otras condiciones, aumentar el riesgo de discapacidad prolongada o muerte temprana, serán más susceptibles de desarrollar otros problemas de salud graves, como enfermedades cardiovasculares, un impacto negativo en familia e incluso un aumento el riesgo de suicidio (Canadian agency for Drugs, 2015).

Teniendo en cuenta el aumento del número de ancianos frágiles y la disminución del acceso a las camas del hospital, los modelos de atención con prioridades debe incluir la optimización de la salud, la disminución de la fragilidad y evitar la hospitalización siempre que sea posible (Frank, 2015).

El médico general es una figura central de gran valor en la atención al final de su vida útil en todos los entornos. Las buenas relaciones y la comunicación entre los profesionales en diferentes lugares y distintos sectores fue reconocido por las familias como una de las influencias más importantes para una buena calidad de vida de los mayores (Hanratty, 2014).

El objetivo de esta revisión, es analizar las actitudes de los profesionales de la salud pública y determinar una planificación en el cuidado de las personas frágiles y de edad avanzada (Sharp, 2013), así como conocer el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad que acude a la consulta de atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral (Cervantes, 2014).

Metodología

Bases de datos

Cómo bases de datos se ha utilizado pubmed, en que se incluyeron las revisiones de los últimos 10 años con texto completo disponible.

Descriptor

Como descriptores se han usado: “elderly patients”, “primary care” y “psychology”

Fórmulas de búsqueda

La fórmula de búsqueda utilizada fue: elderly patients AND primary care AND psychology.

Resultados

El aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y la larga supervivencia a enfermedades crónicas incapacitantes, han hecho que se haya acrecentado de forma importante el número de ancianos en general y por consiguiente los llamados pacientes inmovilizados.

Mantenerlos en su casa mejora claramente su grado de bienestar pero su cuidado en un factor de riesgo para las personas que los atienden, la sobrecarga física y psíquica del cuidador genera agotamiento y su estabilidad familiar se ve alterada (Roca, 2000).

Los equipos de atención primaria debemos conocer la situación real de estos pacientes y sus cuidadores, para identificar sus problemas de salud y diseñar estrategias adecuadas para su mejor control y apoyo. Varios estudios han demostrado que el hecho de que el médico de familia haga un seguimiento a domicilio, reduce el número de ingresos hospitalarios (Stuck, 2000). La esperanza de vida a los 65 años es de un 60% de personas con vida independiente y de un 40% de personas con vida dependiente, según la OMS: “no se trata de vivir más años, sino de vivirlos mejor”.

El médico de familia precisa formación y capacitación en Geriátrica para atender mejor al sector de población anciana. Los médicos de atención primaria debemos realizar mejor las intervenciones básicas en los pacientes con muchos problemas de salud, adecuadas al tiempo de que disponemos y al resto de condicionantes, máxime cuando son problemas de salud que se repiten; debemos sistematizar con el anciano actividades que han mostrado su beneficio. Es preciso potenciar al colectivo de enfermería en su función con los mayores. Nuestra formación para este colectivo debe centrarse en enfermedades más prevalentes, síndromes geriátricos, actividades preventivas y de promoción de la salud, en valoración geriátrica, envejecimiento fisiológico, aspectos de farmacoterapia y prescripción, cuestiones éticas... No todos los ancianos son pluripatológicos pero la mayoría de pluripatológicos sí que son ancianos (Molina, 2012).

El paciente pluripatológico se caracteriza por un consumo de recursos abundante (frecuentación, farmacia, visitas a domicilio, pruebas complementarias), suele tener contacto con los dos niveles asistenciales y varias especialidades médicas con diversificación del lugar de atención (Centro de Salud, Hospital, Domicilio, Residencias...), tiende a la complejidad, fragilidad clínica y descompensaciones,

necesita de apoyo y de recursos sociales, es dependiente y consume gran cantidad de medicamentos (Fernández-Miera, 2009).

Actualmente se dispone de diversos instrumentos para el desarrollo de la valoración geriátrica integral; apreciándose diferencias dependiendo el país, del tipo de intervención y del nivel de atención sanitaria (Ariño, 2002).

En primer lugar vamos a investigar acerca de la patología médica, física y psíquica que padecen estos pacientes en las distintas dimensiones (Cervantes, 2015). En un estudio transversal descriptivo, realizado en México, que incluyó a 300 adultos mayores con 60 o más años que acuden a la consulta de atención primaria, se obtuvieron como resultados las siguientes patologías:

- En la dimensión médica: 42,3% presentó disminución visual, 27,7% auditiva, 68,3% incontinencia urinaria, 37,0% desnutrición, 54,7% polifarmacia.

- En la dimensión mental: 4,0% deterioro cognitivo grave y 11% depresión.

- En la dimensión funcional: 2,0% dependencia total de actividades básicas de la vida diaria; 14,3% deterioro en actividades instrumentales; 29,0% alteración en la marcha.

- En la dimensión social un 48,0% presentó recursos sociales medianamente deteriorados.

La detección y tratamiento del anciano frágil es un tema primordial en nuestra atención a las personas mayores, estrechamente ligado al tema de la funcionalidad y dependencia, su prevención y su pérdida (Gómez-Pavón, 2007). Su importancia viene marcada por:

Relevancia pronóstica y anticipatoria, con una mayor probabilidad de presentar episodios adversos, dependencia y muerte, que nos proporciona el potencial de intentar cambiar este curso adverso.

Relevancia clínica y asistencial. Casi todos los servicios sanitarios autonómicos cuentan con planes de actuación, protocolos y programas sobre personas mayores en general, y sobre los ancianos frágiles en particular, y con recomendaciones no siempre adecuadas al estado de conocimiento actual o a las mejores prácticas, lo que puede llevar a una menor efectividad y eficiencia.

Relevancia epidemiológica, con una prevalencia difícil de estimar, debido a la propia imprecisión para delimitar el concepto de fragilidad, desde un 10% (cuando consideramos el estado previo a la discapacidad) a un 30–40% (al incluir distintos grados de discapacidad, y cuadros clínicos o factores de riesgo relacionados como son la hospitalización, determinados síndromes geriátricos, polifarmacia, etc.). La mayoría de los ancianos frágiles permanecen en el primer nivel asistencial, comunitario-atención primaria.

Concepto de anciano frágil

El anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una persona más vulnerable ante agentes externos y con mayor probabilidad de presentar episodios adversos de salud (ingresos hospitalarios, caídas, ingreso en residencias asistidas, fallecimiento). Se trata de una continuidad entre lo fisiológico y lo patológico; a diferencia de otros cuadros, no existe un límite preciso biológico, físico, psíquico, o clínico, entre ambos estados, lo que dificulta su categorización y diagnóstico (Baztán, 2006). Existe cierto consenso en que la fragilidad es un estado prediscapacidad, por lo que tanto en su definición como en los instrumentos de medida no debieran aparecer determinantes de discapacidad evidente (Whitson, 2007).

Aunque a la situación de dependencia se puede llegar de una manera instantánea, en las personas mayores lo más frecuente que se instaure de una forma progresiva (Gómez-Pavón, 2007), al menos en un 60% de las ocasiones, y es más frecuente cuanto más edad se tiene. Hay una estrecha relación entre fragilidad y funcionalidad, como queda patente en la clasificación de tipologías de personas mayores en relación con la función establecida en el documento del grupo de trabajo de prevención de la dependencia en las personas mayores de la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (Gómez-Pavón, 2007):

- Personas mayores sanas. No presentan enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna.

- Personas mayores con enfermedad crónica. Presentan una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.

- Personas mayores en riesgo de deterioro funcional. Aquellas personas mayores que conservan su independencia de manera inestable y están en situación de riesgo de pérdida funcional, bien porque tienen una serie de factores de riesgo para tener deterioro, o bien porque tienen ya una pérdida funcional incipiente, todavía reversible, sin causar aún dependencia importante. Aquí englobamos al anciano frágil. Son más vulnerables ante cualquier cambio, influido por su entorno psicosocial y la atención sanitaria y social recibida, de instauración de dependencia más o menos intensa y definitiva.

- Personas mayores en situación de dependencia de carácter transitorio o de carácter permanente.

- Persona mayor en situación de final de la vida. Aquella que presenta una expectativa de vida generalmente menor de 6 meses, que presenta una enfermedad terminal, oncológica o no pero con limitación funcional grave sin ser reversible.

La fisiopatología de la fragilidad tiene múltiples etiologías y unión de diferentes factores influyentes: genéticos, inflamatorios, moleculares, declive celular y orgánico del envejecimiento, enfermedades crónicas, etc. Además de más probabilidad de presentar episodios adversos de salud y de la pérdida incipiente de funcionalidad.

Esto ha hecho que se definan clínicamente dos conceptos diferenciales de la fragilidad, que a su vez constituyen otras 2 formas potenciales de detección:

Uno, apenas empleado en Atención Primaria, considera la fragilidad con su fenotipo, como un síndrome geriátrico más, sobre la base de una serie de criterios clínicos objetivos de valoración (Fried, 2001) como la pérdida de peso no intencionada, debilidad medida a través de la fuerza de prensión, baja energía y resistencia, lentitud en la velocidad de la marcha, nivel de actividad física bajo; consideran frágil si tiene 3 o más de ellos.

Otro concepto prometedor, aún en fase experimental, considera un “estadio preclínico de la fragilidad”, con marcadores biológicos como son la sarcopenia y disfunción de las fibras musculares, aumento de citoquinas y otros mediadores de la inflamación, estrés oxidativo, disregulación neuroendocrina (relación con niveles de leptina, ghrelina, obestatina, testosterona, hormona del crecimiento/IGF-1, cortisol, testosterona, dihidroepiandrosterona o vitamina D), y daños cromosómicos. Si se definen y consolidan, facilitarían la determinación del estado de fragilidad incluso antes de dar manifestaciones clínicas.

Detección del anciano frágil

Las 2 formas más extendidas en la actualidad en nuestro medio para identificación y detección de ancianos frágiles son las siguientes:

1. Seleccionar sobre la base de factores de riesgo con consistente predicción de presentar episodios adversos, o de mayor deterioro en la funcionalidad y dependencia:

Selección sobre la base de factores de riesgo con consistente predicción de presentar episodios adversos, o de pérdida o mayor deterioro en la funcionalidad y dependencia (Abizanda, 2009):

- edad avanzada (en general mayor de 80 años);

- hospitalización reciente;

- caídas de repetición, alteración de la movilidad y equilibrio;

- debilidad muscular y poco ejercicio;

- comorbilidad, sobretudo enfermedades óseas y articulares como artrosis, fractura de cadera, enfermedades reumáticas; sensoriales como trastorno de la visión y audición; cardiovasculares a nivel cardiaco o cerebral; y mentales como la depresión, enfermedades psiquiátricas o el deterioro cognitivo. Deficiente soporte o problemas sociales como pobreza, soledad, viudedad, etc - y polifarmacia.

Otros autores se centran más en síndromes geriátricos concretos como caídas, depresión, malnutrición, pérdida de visión, etc (Ferrucci, 2004). Aunque el cuestionario de Barber era un método

fácil de cribado de ancianos frágiles, muy utilizado en el territorio INSALUD hace años, actualmente no se recomienda su uso. No ha mostrado utilidad para seleccionar ancianos con más riesgo de presentar episodios adversos en Atención Primaria, y presenta importantes limitaciones cuando se emplea con esta finalidad (Martín, 2005).

2. Selección sobre la base de la pérdida de funcionalidad incipiente o precoz (Baztán, 2006), sin que exista aún un grado medible de dependencia y con posibilidades de reversibilidad; esta situación constituye el punto de confluencia común de diversas alteraciones de salud.

Conviene recordar que en personas mayores la dependencia se instaura de forma gradual en el 60% como hemos dicho antes, y es necesario contar con buenos instrumentos que valoren las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), ya que la alteración de éstas, refleja un mayor o menor grado de dependencia. Estas AIVD requieren mayor grado de autonomía personal, y son necesarias para mantener la independencia en el hogar y además poder permanecer autónomamente en la comunidad. El cuestionario de Lawton (Lawton, 1969) es el más utilizado.

Otras opciones menos extendidas con la conjunción de cuestionarios de AIVD o el empleo de una valoración geriátrica integral para la categorización del grado de fragilidad (Jones, 2004).

Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la fragilidad en el anciano en atención primaria

Las recomendaciones que se enumeran se basan en los documentos de revisión y consenso de la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (Gómez-Pavón, 2007):

- Es indispensable la valoración geriátrica integral para la valoración de la fragilidad por su enfoque global y por aportar información en cuanto a la situación funcional, cognitiva, psicosocial y la presencia de síndromes geriátricos.

- Fomentar las actividades preventivas, siendo una de las principales el mantenimiento de la actividad física de cierta intensidad. Importante también el adecuado soporte nutricional y el control de los factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión, la dislipemia y el tabaco. Hacer uso de la fisioterapia puede tener un importante papel.

En el anciano, la práctica de actividad física regular se asocia a una disminución del riesgo de mortalidad, enfermedades crónicas, institucionalización, deterioro cognitivo y funcional. La práctica de actividad física es la intervención más eficaz para retrasar la discapacidad y cualquiera de los eventos asociados a la fragilidad. El ejercicio más beneficioso para el anciano frágil es el “entrenamiento multicomponente, este tipo de ejercicio combina entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha, y es con el que más mejorías se ha demostrado en la capacidad funcional, que es un elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria de los ancianos (Izquierdo, 2014).

- Abordar las enfermedades crónicas y síndromes geriátricos de forma correcta como son la depresión, la diabetes, osteoporosis, artrosis, enfermedades cardiovasculares, incontinencia, deterioro cognitivo, caídas, desnutrición... y que se relacionan entre sí como causas de dependencia y fragilidad.

- Revisar de forma periódica la medicación evitando la que ya no sea adecuada en ese momento, evitando efectos secundarios y en la medida de lo posible la polifarmacia.

- Evitar o disminuir la repercusión de situaciones estresantes a las que son más vulnerables las personas mayores, como es la hospitalización; monitorizando la funcionalidad antes, durante y al alta del ingreso.

- Promover un adecuado soporte social.

Discusión/Conclusiones

La situación de cada anciano conviene valorarla de una forma integral, tratando causas patológicas de debilidad progresiva, reducción del ejercicio, demencia, enfermedades cardiovasculares, depresión, minimizar el riesgo de caídas, prevenir la hospitalización.

Tras revisar la bibliografía concluimos que en cuanto a la documentación existente que precisamos de más estudios que contesten a los interrogantes existentes. En los artículos analizados, la actividad física es la intervención que más efecto positivo ha demostrado en la calidad de vida y el aumento de la funcionalidad, ayudando a aplazar cada vez más la llegada de la fragilidad en el anciano.

La valoración geriátrica integral permite el cribado de diferentes patologías y sin llegar a sustituir las pruebas diagnósticas consideradas estándar de oro para cada enfermedad; sin embargo, ha demostrado en diferentes niveles de atención primaria, hospitalaria y asistencial ser una excelente herramienta para búsqueda de alteraciones médicas a cualquier nivel (Sitjas, 2003).

Referencias

- Abizanda, P. Gómez-Pavón, J. Martín Lesende, I. Baztán J.J., (2010) Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores *Med Clin (Barc)* 135(15), 713-719
- Ariño, S., y Benavent, R. (2002) La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. *JANO*, 62, 41-43
- Baztán, J.J. (2006) Función y fragilidad, ¿qué tenemos que medir? *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 41, 36-42
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, (2015) Diagnosing, Screening, and Monitoring Depression in the Elderly: A Review of Guidelines. De: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321379/>
- Cervantes Becerra, RG, Villarreal Ríos, E, Galicia Rodríguez, L, Vargas Daza, ER, y Martínez González, L. (2015) Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral, *Atención Primaria*, 47(6) 329-35.
- Fernández-Miera, Manuel Francisco. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. (2009). *Revista española de geriatría y gerontología*, 44, 39-50.
- Ferrucci, L. Guralnick, M. Studenski, S. Fried, L. Cutler, G.B. Watson, J.D. (2004) Designing randomized controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *J Am Geriatr Soc*, 52, 625-634
- Frank, C, y Wilson, CR. (2015) Models of primary care for frail patients. *Can Fam Physician*, 61(7), 601-6.
- Fried L.P., Tangen, C.M. Walston, J. Newman, A.B. Hirsch, C. Gottdiener, J. (2001) Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. 146-156
- Gómez-Pavón, J, Martín Lesende, I, Baztán, J.J., Regato, P, Formiga, F, y Segura, A. (2007) Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42, 15-56
- Hanratty, B, Lowson, E, Grande, G, Payne, S, Addington-Hall, J, Valtorta, N, y Seymour, J. (2014) Transitions at the end of life for older adults – patient, carer and professional perspectives: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 2, 1-17.
- Izquierdo M., Cadore E.L y Casas Herrero A. (2014). Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia. *Kronos*, 13, 24-30.
- Jones, D.M. Xiaowei, S. Kenneth, R. (2004) Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment *JAGS*, 52, 1929-1933
- Lachs, M, y Pillemer, K. (1995) Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med.*, 332, 437- 443.
- Lawton, M.P. Brody, E.M. (1969) Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living *Gerontologist*, 9, 179-186
- López Salazar Francisco F., Roche Bergua Andrés G., y Estrada Martínez Miriam. (2007) Calidad de Vida en Pacientes Geriátricos con Depresión. *Revista Psiquiatría. Órgano Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., Época 2*, 23(1), 7-11.
- Martín Lesende, I. Rodríguez C. (2005) Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 40, 335-344
- Molina T, Caraballo MO, Palma D, López S, Domínguez JC, Morales JC. (2012). Prevalencia de polimedición y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Atención Primaria.*, 44, 216-222.
- Morley, J.E. (2004). The top 10 hot topics in aging. *J Gerontol A BiolSci Med Sci*, 59(1), 24-33.

National Audit Office . *End of life care*. London: NAO; 2008.

Organización Mundial de la Salud. (2002) *Una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid. De: www.un.org/spanish/envejecimiento/bol2.htm.

Reader, TW, y Gillespie, A. (2013) Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res*, 30 (13) ,156.

Roca Roger, M, Ubeda Bonet, I, Fuentelsaz Gallego, C, López Pisa, R, Pont Ribas A, García Vinets, L, y Pedreny Oriol, R, (2000) Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria*, 26, 217-23

Rockwood, K, Song, X, MacKnight, C, Bergman, H, Hogan, DB, y McDowell, I. (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489-95.

Sharp, T, Moran, E, Kuhn, I, y Barclay, S. (2013) Do the elderly have a voice? Advance care-planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract*, 63(615), 657-668.

Sitjas, E, San José, A, Armadans, L, Mundet, X, Vilardell, M. (2003) Factores predictores Del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria*, 32, 282-287

Stuck, EA, Egger, M, Hammer, A, Minder, CE, y Beck, JC, (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *J Am Med Assoc*, 287, 1022-8

Whitson, H.E., Purser, J.L. Cohen, H.J., (2007). Frailty thy name is ... Phrailty? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62, 728-730

CAPÍTULO 37

Beneficios del contacto precoz piel con piel del recién nacido con su madre

María Teresa Oller Parra, Pedro Javier Guijarro García, y Arantzasu Sánchez Fernández
Hospital La Inmaculada (España)

Introducción

En 1978 en la ciudad de Bogotá (Colombia) se puso en marcha el Método Madre Canguro por el neonatólogo Dr. Rey Sanabria debido al aumento de la demanda de asistencia por parte de la población de bajos recursos (Cardona, 2011).

En esos días los recién nacidos eran separados de sus madres y llevados a incubadoras, esto ocasionó una alta mortalidad en los niños como consecuencia de la baja disponibilidad de incubadoras, lo que a su vez desembocó también en la necesidad de hacer uso de un solo dispositivo para varios neonatos, con la consiguiente transmisión de infecciones entre ellos (Arivabene y Tyrrell, 2010)

Este fue el motivo por lo que el Dr. Rey Sanabria decidió iniciar una nueva fórmula de cuidados para los recién nacidos que se encontraban fuera de peligro en la etapa de adaptación a la vida extrauterina. Su estrategia consistió en iniciar una pronta interacción entre el recién nacido y su madre, potenciando el contacto piel con piel así como el desarrollo de la lactancia materna y el alta hospitalaria temprana, para continuar con esta estrategia de forma ambulatoria.

Ya que se adquirió cierta experiencia en el tema fue cuando se desarrollaron los conceptos y características básicas del Método Madre Canguro (Blomqvist, Frölund, Rubertsson, y Nyqvist, 2013) estableciéndose ciertos aspectos prácticos como la posición del neonato con respecto a la madre (abducción y flexión de los muslos con flexión de las piernas para prevenir problemas de cadera), el manejo del reflujo gastroesofágico y la posición de la madre (vertical durante el día y dormir semisentada).

En 1979 el Dr. Héctor Martínez Gómez se hizo cargo del programa y se inició su difusión a distintos países latinoamericanos pero su eficacia fue puesta en duda debido a la falta de evidencia objetiva. El primer programa de investigación se realizó tras la obtención del premio Sasakawa para la Salud por la OMS.

Por lo tanto, el Método Madre Canguro es definido como el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido de la forma más precoz, continua y prolongada posible (Flacking, et al., 2012), para que ambos puedan ser beneficiados de sus ventajas, y su nombre se deriva de la similitud de esta técnica con el desarrollo extrauterino que realizan los canguros neonatos (González, y Montero 2014). Existen tres etapas que conforman el MMC, estas tienen su eje central principalmente en colocar al recién nacido desnudo sobre el vientre de la madre, una vez que el bebé reciba el visto bueno por parte de los profesionales sanitarios para iniciar la técnica (Castral et al., 2012).

Por tanto las características fundamentales de este método son entre otras las siguientes: (Collados-Gómez, et al., 2011)

- La principal claramente está es la existencia del contacto piel con piel de manera temprana, continua y prolongada entre la madre y el bebé (*Asociación El parto es nuestro*, 2012)
- Fomento de la lactancia materna, iniciándose en el hospital y continuándose en el hogar.
- Fomento de alta hospitalaria precoz con la consiguiente ventaja que supone la reducción del gasto sanitario ocasionado durante su estancia en el hospital.

- A nivel ambulatorio las mamás precisan de un apoyo y seguimiento adecuados en su domicilio por parte del personal sanitario. Es decir, que se trata sobre todo de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés.

Se ha llamado “*protoconversaciones*” a la interacción de la madre con el hijo, que incluyen sonrisas o vocalizaciones. Es manifiesto que existe la comunicación intencional antes del leguaje, ya que podemos apreciar las protestas, peticiones, etcétera, que el niño realiza antes de empezar a hablar.

El tacto, el contacto son fundamentales en los primeros días de vida de un ser humano, su importancia interactiva es total, al punto de conseguir consolarlo. Por otro lado, los niños en los primeros días no deben ser sobre estimulados, precisan descansar y dormir (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jöreskog, y Nyqvist, 2012).

El olfato del recién nacido está muy desarrollado le resultan agradables los olores de la leche y los azucarados en cambio, rechaza los agrios. Reconoce el olor de su madre y se reconforta con él.

Después del baño o cuando se tiene un momento de tranquilidad son situaciones idóneas para realizar aquellos masajes que estimulan los músculos del bebé, que favorecen su crecimiento psicomotriz y lo ayudan a desarrollar su sentido del tacto. Además de los beneficios corporales que se aporta al niño, los masajes son fundamentales para afianzar las relaciones socioafectivas con él. Hay que tener en cuenta que es un momento placentero para el bebé y para la madre porque disfrutan el uno del otro. El contacto debe incentivarse.

Deben realizarse una vez al día y en los niños prematuros por lo menos tres.

Los recién nacidos necesitan el contacto físico para sentirse seguros. Si a esa corta edad lo coge en brazos cuando llora, desde luego no lo está malcriando.

Hay tiempo ulterior para educar (Borck y dos Santos, 2012).

Según va creciendo se le puede ir educando ante este tipo de reclamos para que no se mal acostumbre.

A los recién nacidos les encanta:

- Que les den montones de besos.
- La proximidad y el contacto físico: que les hagan arrumacos, los cojan en brazos, les froten la espalda y los masajeen.
- Ver caras: en las primeras semanas, el rostro humano es el mejor juguete.
- Que los acunen y los mezan.
- La música y el sonido de la voz materna.
- Los objetos de colores a escasa distancia, sobre todo si se mueven.

En los últimos estudios se ha evidenciado los beneficios del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Esta práctica es realizada de manera habitual en partos llevados a cabo por vía vaginal pero no es así en el caso de las cesáreas ya que en esta situación no se realiza un contacto precoz por razones prácticas y de seguridad médica, siendo este el motivo que retrasa el contacto precoz de la madre y el recién nacido. En caso de que la madre no pudiera proporcionar un contacto precoz piel con piel inmediatamente después del alumbramiento, el padre sería una alternativa valiosa ya que promueve su interacción con él bebe. Existe una técnica que es llamada la “cesárea inmunizada” que se describe como una serie de medidas que se describen para imitar la situación de un parto que transcurre vía vaginal, fomentándose el contacto precoz piel con piel, facilitando la reanimación fisiológica, pero lo más importante sin lugar a dudas es involucrando a los padres como participantes activos en el nacimiento de su hijo.

Este trabajo de revisión bibliográfica tiene como objetivo principal determinar los efectos/beneficios psicológicos y fisiológicos del contacto piel con piel, Método Madre Canguro, (MMC) en los recién nacidos ya sean estos prematuros y/o de bajo peso o no.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática tanto de fuentes documentales primarias (libros y artículos de revista) como secundarias (entre ellas las bases de datos PUBMED, COCHRANE Y MEDLINE), la estrategia de búsqueda ha incluido los descriptores: “BENEFICIOS”, “MÉTODO MADRE CANGURO”, “RECIÉN NACIDO”, “LACTANCIA MATERNA”.

Criterios de inclusión/exclusión de los estudios a revisar

De esta búsqueda se obtuvieron un total de 104 artículos de los cuales se hizo una selección en donde los artículos se identificaron en función del título y del resumen. Tan solo quedaron incluidos aquellos que estaban publicados en español durante el periodo comprendido entre 2011 y 2016 y que se relacionaban con las principales cuestiones que se pretendía analizar respecto a los beneficios del Método Madre Canguro.

Se excluyeron todos aquellos artículos que no cumplieran con los criterios anteriormente mencionados así como aquellos que aunque, en un principio, por su resumen parecían adaptarse a nuestro objetivo, cuando se leyeron en profundidad no nos aportaban lo que necesitábamos.

Resultados

Los libros y artículos analizados en nuestro estudio demuestran el amplio abanico de beneficios que aporta tanto psicológicos para la madre como fisiológicos para el niño, se pueden destacar entre ellos: mayor duración de la lactancia materna, mejor termorregulación del bebe, reducción del riesgo de infecciones, disminución de los días de hospitalización con el consiguiente ahorro económico que conlleva para el sistema sanitario, disminución de la depresión postparto y, favorecimiento de la interacción madre-hijo y del desarrollo infantil.

Actualmente sigue habiendo cierta controversia en la puesta en práctica del MMC, ya que a pesar de que le son atribuidos muchos beneficios y efectos positivos, también es cierto que sigue existiendo la incertidumbre de si el recién nacido pueda estar sometido a riesgos con su práctica.

Tras la realización de nuestro estudio cabe mencionar dos aspectos muy importantes del MMC, y estos son: momento de inicio del método, este periodo va desde el momento del parto hasta algunos días posteriores, un inicio tardío de este significaría el superar el periodo de máximo riesgo para el bebe, lo ideal es una vez iniciado el método mantenerlo al menos hasta el momento del alta hospitalaria. Otro aspecto importante es la duración diaria y general del contacto piel con piel, esta puede ser desde minutos hasta las 24 horas del día, y a su vez desde varios días a semanas.

En nuestro estudio el MMC no influye en el índice de supervivencia, tampoco se demuestra que haya diferencias en la supervivencia por aplicar este método el método convencional. Lo que si hemos podido comprobar es que padres y familiares están más contentos con este método ya que pasan más tiempo con el bebe.

La lactancia materna se ve claramente favorecida tanto en la prevalencia de esta ante la lactancia artificial como en la duración de ella, siendo esto muy beneficioso debido a que la leche materna es muy rica en nutrientes y enzimas que protegen al niño de infecciones y de otras muchas afecciones.

En relación al crecimiento de los niños tampoco hemos encontrado evidencia científica de que exista diferencias de los niños en lo que se ha llevado a cabo el MMC con los que no.

Con respecto a la termorregulación el contacto piel con piel disminuye el riesgo de hipotermia permitiendo al niño un mayor control de su temperatura corporal.

En relación al comportamiento neurosensorial los niños sometidos al MMC presentan menos periodos de llanto, más tranquilidad y un sueño también más tranquilo y profundo, esto es así debido a que el estímulo olfatorio y táctil que les ofrece la piel de su madre les da confort y disminuye la presencia de dolor.

En cuanto al momento del parto y su recuperación, el contacto piel con piel contribuye a la liberación de oxitocina endógena y con ello favorece la contractibilidad e involución uterina y previene la hemorragia postparto, estimulando la eyección de calostro e incrementando la temperatura de las mamas lo que proporciona el alimento y calor al recién nacido. A su vez reduce la ansiedad materna y los niveles de depresión postparto y aumenta la receptividad social.

A su vez los niños que reciben contacto piel con piel tienen un desarrollo mental y motor superior y además un coeficiente intelectual superior a los niños que no reciben el contacto.

Basándonos en la interacción madre e hijo son múltiples los beneficios para la madre ya que estas se encuentran más tranquilas y seguras a la hora de cuidar a su bebe y para los familiares debido a la sensibilidad y afectividad que se trasmite en el entorno del hogar es más seguro.

Con respecto al sistema sanitario y a los profesionales, a pesar de que al principio eran muy poco partícipes a la práctica de esta técnica, en la actualidad también tiene su parte positiva ya que se acorta la estancia hospitalaria, reduciendo con ello el gasto sanitario y aumentando el ahorro por las tempranas altas hospitalarias.

Discusión/Conclusiones

El Método Madre Canguro es un método factible para la atención de los recién nacidos, especialmente aquellos con bajo peso al nacer. Dicho método constituye una alternativa segura y eficaz con un mayor número de beneficios y ventajas que el método de cuidado convencional. El MMC no tiene efectos adversos y conlleva múltiples beneficios neonatales, maternos e institucionales. Queda demostrada una mejora en la estabilidad y regulación de los parámetros fisiológicos, la cual se evidencia en el mantenimiento o ganancia de la temperatura corporal neonatal y en los valores de los distintos parámetros cardiorrespiratorios (FC, FR, SaO₂, etc.) con una mejor respuesta respiratoria y un intercambio gaseoso más eficiente.

Por otro lado cabe destacar que las madres demuestran mayor satisfacción con este método con respecto al convencional ya que pasan más del doble de tiempo con sus hijos, tienen un ambiente más tranquilo tanto en el hospital como luego en su domicilio. Además un buen conocimiento de la técnica por parte de la madre, favorecerán los resultados del método.

A todo lo mencionado anteriormente se le suma también que este método supone un ahorro para el sistema sanitario ya que con él se acorta la estancia en el hospital ya que se dan las altas hospitalarias de manera más temprana.

Una vez finalizada nuestra revisión, vemos como el establecimiento de nuestro objetivo es cumplido, ya que ha quedado demostrado científicamente, que la práctica del Método Madre Canguro conlleva muchos beneficios tanto para el bebé como para la madre y el sistema sanitario, ya que mejora notablemente el pronóstico de salud de los recién nacidos así como los aspectos psicológicos de la madre y disminuye los costes por atención y estancia hospitalaria.

Partiendo de toda la información recabada podemos concluir que se debería de ofrecer este método de atención a todos los recién nacidos debido al impacto positivo para la lactancia materna, el control de la temperatura, la reducción de las infecciones y los episodios de llanto y, sobre todo, para el fortalecimiento del vínculo madre/padre-hijo que tiene el método madre canguro.

Referencias

Arivabene, J. C., y Tyrrell, M. A. R. (2010). Kangaroo mother method: mothers' experiences and contributions to nursing. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(2), 262–8. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20549127>

Asociación El parto es nuestro. (2012). de madres y padres a las unidades neonatales, 1–13

Blomqvist, Y. T., Frölund, L., Rubertsson, C., y Nyqvist, K. H. (2013). Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(2), 345–53. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01040.

Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., y Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 1988–96. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x

Borck, M., dos Santos, E.K.A (2012, Abril/Junio) Método canguro: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. Escola Anna Nery, vol.16 (2) 1414-8145. doi 10.1590/S1414-81452012000200008

Cardona, M. E. M. (2011). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá DC (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

Castral, T. C., Warnock, F. F., Ribeiro, L. M., de Vasconcelos, M. G. L., Leite, A. M., y Scochi, C. G. S. (2012). Maternal factors regulating preterm infants' responses to pain and stress while in maternal kangaroo care. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(3), 435–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22991104>

Collados-Gómez, L., Aragonés-Corral, B., Contreras-Olivares, I., García-Feced, E., y Vila-Piqueras, M. E. (2011). Assessing the impact of kangaroo care on preterm infant stress. *Enfermería clínica*, 21(2), 69–74. doi:10.1016/j.enfcli.2010.12.002.

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 101(10), 1032–7. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02787.

González, M., y Montero, O (19 de Febrero 2014). "En la sanidad navarra se ha cogido la tijera sin otro criterio que recortar y el seto ha quedado como unos zorros": "Estamos mucho peor que al principio de legislatura". El nuevo responsable del Sindicato Médico critica que Salud ignore a los médicos, que "dan la cara sin medios". Noticias de Navarra. En URL: <http://www.noticiasdenavarra.com/2014/02/19/sociedad/navarra/en-la-sanidad-navarra-se-ha-cogido-la-tijera-sin-otro-criterio-que-recortar-y-el-seto-ha-que-dado-como-unos-zorros>.

CAPÍTULO 38

Relación entre violencia filio-parental y métodos de disciplina parental

M^a Carmen Cano, y Patricia Jiménez-García
Universidad de Jaén (España)

Introducción

La violencia filio-parental (VFP) es objeto actualmente de numerosas investigaciones a nivel nacional e internacional (p. e. Calvete, Orue, y Gámez-Guadix, 2013; Contreras, y Cano, 2015; 2016a; Ibabe, Arnoso, y Elgorriaga, 2014; Lyons, Bell, Fréchette, y Romano, 2015). Se define como cualquier acto de abuso de los hijos hacia los padres para ganar poder y control sobre ellos, pudiendo ser el abuso físico, psicológico o de perjuicio económico Cottrell (2001). La mayoría de los estudios coinciden en señalar que la dinámica familiar condiciona en positivo o negativo las actitudes y comportamientos del niño y que podría estar relacionada con la ocurrencia de distintos tipos de VFP (Agnew, y Huguley, 1989; Kennair, y Mellor, 2007; Pagani, et al., 2004). De hecho, gran parte de los estudios sobre VFP se han centrado en el análisis de variables familiares y, en concreto, de estilos educativos. Se ha señalado que los jóvenes con mayor probabilidad de presentar problemas de VFP son aquellos cuyos padres presentan estilos educativos negligente y autoritario (Cottrell, y Monk, 2004; Gámez-Guadix, Jaureguizar, Almendros, y Carroble, 2012; García, Fuentes, y García, 2010).

Sin embargo, en pocas investigaciones se analizan los tipos concretos de comportamientos de disciplina parental en relación con la VFP. En esta línea, Calvete et al., (2011) hallaron, en población general, que el bajo castigo físico y psicológico, bajo coste de respuesta (privación de privilegios y tareas de penalización y comportamiento restaurativo) y escasa supervisión (distracción y supervisión) se asociaban a la VFP, sugiriendo que los padres ejercen menos disciplina cuando los hijos se comportan de manera inadecuada. Por el contrario, Ibabe (2015) observó, también en población general, que la disciplina parental coercitiva, basada en el castigo físico y psicológico, alto coste de respuesta y supervisión, se asociaban con la VFP. Además, se estudió la bidireccionalidad de la asociación entre la disciplina parental coercitiva y la VFP, encontrándose que ambas variables eran predictores entre sí.

Estos estudios ponen de manifiesto la necesidad de seguir profundizando en esta cuestión con el objeto de esclarecer cuáles son los comportamientos concretos de disciplina asociados a la VFP. De manera que el objetivo del presente estudio es estudiar el papel de los comportamientos de disciplina parental en relación con la violencia que los hijos ejercen sobre los padres.

Metodología

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 254 estudiantes universitarios procedentes de la Universidad de Jaén ($n=183$) y de la Universidad de Oviedo ($n=71$), de edades comprendidas entre los 18 y los 25 años y de los cuales 39 fueron chicos y 212 chicas.

Instrumentos

La violencia filio-parental se evaluó con el Cuestionario de Violencia Filio-Parental (C-VIFIP), versión para universitarios, de Contreras y Cano (2016b) que incluye comportamientos constitutivos de VFP, tanto física, psicológica y económica, así como conductas de control y dominio sobre los padres. Se compone de 19 ítems referidos al padre y 19 ítems referidos a la madre, que deben ser contestados en formato tipo Likert (0= nunca, 4= muy a menudo). Se pide que informen de conductas de abuso hacia

sus padres durante el periodo de los 12 a los 17 años. También se incluyen al final ocho ítems que informan acerca de los motivos para llevar a cabo las conductas violentas. El Alfa de Cronbach es de .93 para los ítems referidos al padre y de .92 para los ítems referidos a la madre.

Además se aplicó el Inventario de Dimensiones de Disciplina (IDD; Straus y Fauchier, 2007; adaptación española de Gámez-Guadix et al., 2010). Es un cuestionario dirigido a recabar información sobre los comportamientos de disciplina familiar percibida por los hijos. Los participantes debían responder de forma retrospectiva, refiriéndose al periodo comprendido entre los 12 y 17 años. Concretamente en este estudio se presentan los datos correspondientes a la Sección C del cuestionario que evalúa la frecuencia con la que los padres utilizan diferentes comportamientos de disciplina hacia sus hijos. Un total de 26 ítems referidos a la madre y 26 ítems referidos al padre. La escala de respuesta era de tipo Likert (0=nunca, 4=siempre o casi siempre) y está compuesta por un total de nueve dimensiones agrupadas en 4 factores: 1- Disciplina agresiva: (a) Castigo corporal y (b) agresión psicológica. 2- Penalización: (c) Privación de privilegios y (d) tareas de penalización y comportamiento restaurativo. 3- Disciplina positiva: (e) distracción (f) explicación-enseñanza y (g) recompensa. 4- Supervisión o control: (h) ignorar el mal comportamiento y (i) supervisión-monitorización. El alfa de Cronbach es de .86 para los ítems referidos al padre y de .84 para los ítems referidos a la madre.

Procedimiento

En primer lugar, se consiguió el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Jaén para llevar a cabo la investigación. Los cuestionarios se aplicaron en grupo en diferentes aulas. Los participantes recibían en primer lugar la hoja de información sobre la investigación y los que accedían a participar firmaban el documento de consentimiento informado. Después procedían a rellenar el cuestionario. Se les facilitó a los participantes el correo electrónico de los investigadores para que pudieran obtener más información sobre la investigación. La participación fue anónima y voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.0. El criterio para determinar la presencia de conductas indicativas de VFP fue obtener puntuaciones de uno o más en las escalas correspondientes del C-VIFIP, habiéndose utilizado este criterio en investigaciones previas (p.e. Calvete, Gámez-Guadix et al., 2013; Ibabe, 2015). Se utilizó la prueba T-test para analizar las diferencias entre el grupo que ejerce VFP y el grupo que no ejerce VFP en los diferentes métodos de disciplina. En segundo lugar, se realizaron análisis correlacionales entre las puntuaciones obtenidas en VFP y las puntuaciones obtenidas en los métodos de disciplina parental. Los análisis se realizaron referidos por un lado al padre y por otro lado a la madre.

Resultados

En relación con el padre, los resultados obtenidos a través de la prueba T-test muestran diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP física $t(245) = -2,25; p < .05$, psicológica $t(245) = -2,54; p < .05$, y económica $t(245) = -2,32; p < .05$, en castigo corporal. En concreto, los que mostraban las citadas formas de violencia obtienen puntuaciones más altas en castigo corporal que los que no mostraban VFP. También se encuentran diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP física $t(245) = -2,82; p < .05$, y económica $t(245) = -3,95; p < .05$, en privación de privilegios. En concreto los grupos que mostraban violencia física y económica obtienen puntuaciones más altas en esta dimensión. Se encuentran diferencias significativas entre los participantes que ejercen y no ejercen VFP física $t(242) = -3,27; p < .05$, psicológica $t(242) = -2,18; p < .05$, económica $t(242) = -4,67; p < .05$, y control $t(242) = -2,35; p < .05$, en la dimensión ignorar el mal comportamiento. Concretamente, los grupos que informan ejercer las formas de violencia mencionadas obtienen puntuaciones más altas en el

método ignorar el mal comportamiento. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP total $t(244) = -4,27; p < .05$, psicológica $t(244) = -4,91; p < .05$, económica $t(244) = -3,46; p < .05$, y control $t(244) = -2,47; p < .05$, en supervisión-monitorización. En concreto, los grupos que mostraban las citadas formas de violencia obtienen puntuaciones más altas en dicha dimensión. Los resultados también muestran diferencias significativas entre los participantes que ejercen y no ejercen VFP total $t(243) = -2,18; p < .05$, psicológica $t(243) = -2,45; p < .05$, y económica $t(243) = -3,59; p < .05$, en tareas de penalización. Concretamente los grupos que mostraban las formas de violencia mencionadas obtienen puntuaciones más altas en la dimensión tareas de penalización. La prueba T-test muestra diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP total $t(242) = -2,80; p < .05$, física $t(242) = -2,46; p < .05$, psicológica $t(242) = -4,00; p < .05$, y económica $t(242) = -3,98; p < .05$, en la dimensión agresión psicológica. Concretamente los grupos que mostraban estos tipos de violencia obtienen puntuaciones más altas. Finalmente, se obtienen también diferencias significativas entre los participantes que ejercen y no ejercen VFP económica $t(241) = -2,30; p < .05$, y control $t(241) = -2,12; p < .05$, en la dimensión recompensa. En concreto, los grupos que mostraban VFP económica y control obtienen puntuaciones más altas en esta dimensión (ver tabla 1).

Los resultados de la Prueba T-test referidos a la madre muestran diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP física $t(249) = -3,76; p < .05$, y económica $t(249) = -2,95; p < .05$, en castigo corporal. Concretamente el grupo que mostraba VFP física y económica obtiene puntuaciones más altas en la dimensión citada (ver tabla 2). Los resultados también muestran diferencias significativas entre los participantes que ejercen y no ejercen VFP física $t(249) = -3,42; p < .05$, y económica $t(249) = -4,71; p < .05$, en privación de privilegios. Concretamente el grupo que mostraba estos tipos de violencia obtiene puntuaciones más altas en la dimensión privación de privilegios. Se muestran diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP económica $t(248) = -2,78; p < .05$, en la dimensión distracción. En concreto, las puntuaciones son más altas para el grupo que mostraba violencia económica. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP física $t(248) = -3,01; p < .05$, económica $t(248) = -4,19; p < .05$, y control $t(248) = -3,54; p < .05$, en la dimensión ignorar el mal comportamiento. Concretamente los grupos que mostraban las citadas formas de violencia obtienen puntuaciones más altas en ignorar el mal comportamiento. La Prueba T-test muestra también diferencias significativas entre los participantes que ejercen y los que no ejercen VFP física $t(248) = -3,63; p < .05$, psicológica $t(248) = -2,19; p < .05$, y económica $t(248) = -4,11; p < .05$, en supervisión-monitorización. En concreto, los grupos que mostraban las citadas formas de violencia obtienen puntuaciones más altas en la dimensión mencionada. Se obtienen diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP económica $t(245) = -2,61; p < .05$, en tareas de penalización. Concretamente el grupo que mostraba violencia económica obtiene puntuaciones más altas en dicha dimensión. Los resultados muestran que también existen diferencias significativas entre el grupo que ejerce y no ejerce VFP física $t(246) = -3,81; p < .05$, psicológica $t(246) = -2,46; p < .05$, y económica $t(246) = -3,80; p < .05$, en la dimensión agresión psicológica. En concreto, los grupos que mostraban dichas formas de VFP obtienen puntuaciones más altas en agresión psicológica. Finalmente, obtenemos diferencias significativas entre los participantes que muestran y no muestran VFP económica $t(245) = -2,61; p < .05$, en la dimensión recompensa y, como en el resto de los casos, el grupo que ejerce violencia económica obtiene puntuaciones más altas en la dimensión recompensa respecto al grupo que no la ejerce (ver tabla 2).

Los resultados del análisis correlacional referidos a la VFP ejercida hacia el padre (ver tabla 3), muestran que el método castigo corporal correlaciona positivamente con la VFP total y económica. El método de disciplina privación de privilegios correlaciona positivamente con las formas total, económica y física de VFP. El método ignorar el mal comportamiento correlaciona con todas las formas de VFP analizadas. El método supervisión-monitorización correlaciona positivamente con todas las formas de VFP analizadas excepto la física. El método tareas de penalización correlaciona positivamente con la

VFP total y control o dominio. El método de disciplina agresión psicológica correlaciona con todas las formas de VFP y, por último, el método recompensa correlaciona con la VFP de control o dominio.

El análisis correlacional referido a la madre muestra que los métodos de disciplina castigo corporal y privación de privilegios correlacionan positivamente con la VFP total, física, psicológica y económica (ver tabla 4). El método distracción correlaciona con la VFP total y económica. Los métodos ignorar el mal comportamiento y supervisión-monitorización correlacionan positivamente con todas las formas de VFP analizadas. El método de disciplina tareas de penalización correlaciona con la VFP total, económica y control. De nuevo, como ocurre en el caso del padre, el método agresión psicológica correlaciona con todas las formas de VFP. Por último, el método de disciplina recompensa correlaciona con la VFP total y control o dominio.

Tabla 1. Diferencias en métodos de disciplina parental según presencia/ausencia de violencia filio-parental hacia el padre

TIPO DE VFP		No VFP M	Si VFP M	F		TIPO DE VFP	No VFP M	Si VF M	F
Castigo Corporal	TOTAL	,39	,53	1,29	Ignorar mal comportamiento	TOTAL	,75	1,02	,33
	FÍSICA	,50	,77	,61*		FÍSICA	,94	1,58	1,39**
	PSICO.	,36	,56	,48*		PSICO.	,77	1,04	1,41*
	ECO.	,45	,61	6,01*		ECO.	,80	1,28	1,91**
	CONT.	,53	,51	,05		CONT.	,83	1,08	,02*
Privación privilegios	TOTAL	,84	1,13	,56	Supervisión monitorización	TOTAL	,56	1,15	5,17**
	FÍSICA	1,05	1,63	,82**		FÍSICA	1,04	1,52	,05
	PSICO.	,93	1,13	,28		PSICO.	,57	1,21	7,92**
	ECO.	,92	1,35	1,62* *		ECO.	,91	1,35	,00**
	CONT.	1,08	1,09	4,39		CONT.	,88	1,20	,27*
Distracción	TOTAL	1,21	1,13	,01	Tareas Tareas penalización penalización	TOTAL	,93	1,32	,14*
	FÍSICA	1,13	1,25	2,26		FÍSICA	2,24	1,72	7,12
	PSICO.	1,17	1,13	,28		PSICO.	,99	1,34	,21*
	ECO.	1,06	1,25	,35		ECO.	1,10	1,53	,17**
	CONTR.	1,14	1,13	1,91		CONT.	1,13	1,35	7,90
Explicación Enseñanza	TOTAL	2,27	2,51	9,66	Agresión psicológica	TOTAL	,85	1,28	2,93**
	FÍSICA	2,48	2,50	1,51		FÍSICA	1,19	1,69	1,98*
	PSICO.	2,53	2,47	2,29		PSICO.	,90	1,31	8,57**
	ECO.	2,45	2,54	1,48		ECO.	1,07	1,48	1,76**
	CONT.	2,34	2,57	6,13		CONT.	1,15	1,27	,11
Recompensa	TOTAL	,89	1,11	,42					
	FÍSICA	1,07	1,33	,10					
	PSICO.	,98	1,11	,86					
	ECO.	1,00	1,23	,04*					
	CONT.	,95	1,71	,02					

Nota. **p < .01, *p < .05

Tabla 2. Diferencias en métodos de disciplina parental según presencia/ausencia de violencia filio-parental hacia la madre

TIPO DE VFP		No VFP M	Si VFP M	F		TIPO DE VFP	No VFP M	Si VFP M	F
Castigo corporal	TOTAL	,65	,65	,01	Ignorar mal comportamiento	TOTAL	,76	1,03	,51
	FÍSICA	,58	1,06	13,08**		FÍSICA	,94	1,45	3,95**
	PSICO.	,54	,67	,02		PSICO.	,89	1,03	,22
	ECO.	,55	,76	,45**		ECO.	,81	1,23	4,04**
	CONT.	,66	,65	,14		CONT.	,71	1,12	2,88*
Privación privilegios	TOTAL	,86	1,22	,17	Supervisión monitorización	TOTAL	,93	1,34	3,66
	FÍSICA	1,13	1,61	,16**		FÍSICA	1,22	1,88	,28**
	PSICO.	1,03	1,22	,00		PSICO.	1,00	1,36	6,79*
	ECO.	,98	1,43	,15**		ECO.	1,06	1,59	,17**
	CONT.	1,12	1,22	,07		CONT.	1,11	1,39	,14
Distracción	TOTAL	1,28	1,26	1,20	Tareas penalización	TOTAL	1,08	1,45	2,03
	FÍSICA	1,24	1,38	,10		FÍSICA	1,38	1,75	10,09
	PSICO.	1,23	1,27	,12		PSICO.	1,25	1,46	5,67
	ECO.	1,12	1,42	,78**		ECO.	1,21	1,66	,14**
	CONTR.	1,17	1,30	,07		CONT.	1,24	1,50	2,08
Explicación Enseñanza	TOTAL	2,63	2,80	2,31	Agresión psicológica	TOTAL	1,37	1,41	,17
	FÍSICA	2,82	2,65	3,75		FÍSICA	1,33	1,87	2,63**
	PSICO.	2,96	2,77	,33		PSICO.	1,08	1,45	,00*
	ECO.	2,78	2,81	,93		ECO.	1,22	1,60	,18**
	CONT.	2,65	2,84	2,66		CONT.	1,25	1,46	,54
Recompensa	TOTAL	1,04	1,31	1,25					
	FÍSICA	1,27	1,44	,00					
	PSICO.	1,23	1,30	,81					
	ECO.	1,17	1,43	,25*					
	CONT.	1,14	1,35	,85					

Tabla 3. Correlaciones entre métodos de disciplina y tipos de violencia filio-parental hacia el padre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Castigo corporal	-													
2. Privar de privilegios	.29**	-												
3. Distracción	.14*	.41**	-											
4. Expl. Enseñanza	.05	.30**	.43**	-										
5. Ignorar mal cpto.	.26**	.25**	.26**	.12	-									
6. Supervisión	.27**	.47**	.26**	.25**	.26**	-								
7. T. de penalización	.27**	.54**	.44**	.46**	.31**	.41**	-							
8. Agresión psicológica	.45**	.37**	.10	-.08	.33**	.41**	.20**	-						
9. Recompensa	.14*	.24**	.47**	.49**	.31**	.38**	.51**	.07	-					
10. VFP Total	.12*	.14*	.06	-.05	.26**	.27**	.13*	.34**	.09	-				
11. VFP Física	.10	.13*	.04	.03	.15*	.11	.09	.14*	.09	.35**	-			
12. VFP Psicológica	.09	.11	.01	-.09	.18**	.21**	.08	.30**	-.02	.88**	.30**	-		
13. VFP Económica	.19**	.19**	.04	-.08	.28**	.17**	.10	.32**	.06	.65**	.19**	.42**	-	
14. VFP Control	.00	.00	.09	.06	.17**	.21**	.14*	.17**	.19**	.73**	.09	.45**	.32**	-

Nota. ** $p < .01$, * $p < .05$.

Discusión/Conclusiones

El objetivo del trabajo ha sido analizar el papel de la disciplina familiar en relación con las conductas constitutivas de VFP. Se ha encontrado que los comportamientos de disciplina basados en el castigo físico y psicológico, alto coste de respuesta (privación de privilegios y tareas de penalización y comportamiento restaurativo) y supervisión se asocian con la VFP. En esta línea se encuentran los resultados obtenidos por Ibabe (2015). Además, en el presente estudio se observan aspectos diferenciales en función del tipo de violencia ejercida y hacia quién va dirigida, si hacia el padre o hacia la madre.

El análisis de los métodos de disciplina parental muestra la existencia de mayor empleo por parte de ambos progenitores del castigo corporal y de la agresión psicológica (disciplina agresiva o punitiva más asociada al estilo autoritario) en los grupos que ejercen VFP en todas sus formas. Estos datos son consistentes con la literatura revisada según la cual el empleo de una disciplina dura se relaciona con la conducta antisocial del menor hacia sus padres (Cottrell, y Monk, 2004; Gámez-Guadix, et al., 2012). Mahoney y Donnelly (2000) afirmaron que cuanto mayor es la tasa de castigos corporales por parte de los padres hacia sus hijos mayor es la presencia de comportamientos violentos de éstos hacia sus padres lo que nos lleva a recurrir a la mencionada hipótesis de la bidireccionalidad según la cual el comportamiento violento que ha ejercido el padre hacia el hijo aumenta la probabilidad de que más tarde sea el hijo el que emplee conductas antisociales hacia el padre. De igual modo, existe mayor empleo de la supervisión de comportamientos individuales, de la privación de privilegios y de las tareas de

penalización en el grupo que ejerce VFP en todas sus formas. En definitiva, todos ellos referidos a métodos de disciplina agresiva, de penalización y de supervisión-control.

Tabla 4. Correlaciones entre métodos de disciplina y tipos de violencia filio-parental hacia la madre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Castigo corporal	-													
2. Privar de privilegios	.31**	-												
3. Distracción	.07	.30**	-											
4. Expl. Enseñanza	-.04	.18**	.34**	-										
5. Ignorar mal cpto.	.23**	.17**	.29**	.16**	-									
6. Supervisión	.38**	.43**	.20**	.11	.23**	-								
7. T. de penalización	.14*	.50**	.36**	.33**	.32**	.28**	-							
8. Agresión psicológica	.52**	.32**	.08	-.14*	.31**	.38**	.16*	-						
9. Recompensa	.01	.25**	.45**	.47**	.31**	.33**	.40**	.07	-					
10. VFP Total	.27**	.26**	.15*	-.05	.30**	.34**	.16**	.41**	.14*	-				
11. VFP Física	.33**	.19**	.03	-.07	.23**	.24**	.11	.23**	.04	.51**	-			
12. VFP Psicológica	.29**	.22**	.12	-.06	.23**	.26**	.12	.35**	.05	.89**	.46**	-		
13. VFP Económica	.23**	.27**	.18**	-.07	.28**	.25**	.15*	.32**	.10	.70**	.41**	.49**	-	
14. VFP Control	.03	.09	.09	.05	.23**	.26**	.13*	.25**	.19**	.75**	.15*	.50**	.37**	-

Nota. **p < .01, *p < .05.

Los resultados referidos al método de ignorar el mal comportamiento (más asociado al estilo educativo negligente) muestran mayor empleo de este método en el grupo que ejerce VFP, en la línea de lo encontrado también por Gámez-Guadix et al. (2012). Concretamente, dicho método correlaciona con todas las formas de VFP.

Los métodos de disciplina más asociados al estilo democrático y permisivo serían distracción o desvío, explicación de la enseñanza y recompensa. Las diferencias significativas encontradas entre los grupos que ejercen y no ejercen VFP en estos métodos de disciplina se refieren sólo a la VFP de tipo económico y control o dominio, no al resto. Estos resultados son consistentes con lo hipotetizado y apoya los hallazgos de estudios previos en los que se ha encontrado que el estilo permisivo tiene efectos positivos comparables al democrático (García, y García, 2010) y que ni el permisivo ni el democrático se asocia a una mayor probabilidad de informar de abusos físicos y/o verbales (Gámez-Guadix et al., 2012).

Hay que tener en cuenta las limitaciones del estudio. En primer lugar, se trata de una investigación transversal, por lo que no se pueden establecer relaciones causales. En segundo lugar, se trata de un estudio retrospectivo en el cual universitarios informan sobre hechos ocurridos en la etapa de los 12 a los 17 años, pudiendo producirse sesgos en el recuerdo. No obstante, Hardt y Rutter (2004) realizaron una revisión empírica sobre información retrospectiva dada por participantes acerca de diferentes acontecimientos de la infancia, y encontraron que la información proporcionada sobre hechos ocurridos

años atrás es válida. Por último, señalar que el estudio se ha hecho con estudiantes universitarios y procedentes de una región geográfica concreta, por lo que no se pueden generalizar los resultados a otras poblaciones.

De lo expuesto se puede concluir que existe relación entre determinados comportamientos de disciplina parental y la violencia que los hijos ejercen sobre los padres. Concretamente la VFP se relaciona principalmente con la utilización de comportamientos basados en una disciplina agresiva (castigo físico y psicológico), en la penalización y en la supervisión-control. Hasta el momento la mayoría de investigaciones se habían centrado en el análisis de los diferentes estilos educativos, no así sobre los comportamientos concretos de disciplina parental. Por tanto, en futuras investigaciones sería interesante seguir profundizando en el estudio de estos comportamientos de cara a comprender la naturaleza del fenómeno y poder desarrollar programas de prevención e intervención que sean eficaces.

Referencias

- Agnew, R. y Huguley, S. (1989). Adolescent violence toward parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 699-711.
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M., Orue, I., González-Diez, Z., de Arroyabe, E. L., Sampedro, R.,... Borrajo, E. (2013). Brief report: The Adolescent Child-to-Parent Aggression Questionnaire: An examination of aggressions against parents in Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1077-1081. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.08.017
- Calvete, E., Orue, I. y Gámez-Guadix, M. (2013). Child-to-parent violence: emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 755-772. doi: 10.1177/0886260512455869
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia filio-parental en la adolescencia: Características ambientales y personales. *Infancia y Aprendizaje*, 34(3), 349-363. doi: 10.1174/021037011797238577
- Contreras, L. y Cano, M. C. (2015). Exploring psychological features in adolescents who assault their parents: a different profile of young offenders? *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 26(2), 224-241. doi: 10.1080/14789949.2015.1004634
- Contreras, L. y Cano, M. C. (2016a). Child-to-parent violence: The role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8(2), 43-50. doi: 10.1016/j.ejpal.2016.03.003
- Contreras, L. y Cano, M. C. (2016b). Elaboración de un cuestionario para medir la violencia filio-parental: análisis preliminares. En R. Arce, B. Amado y M. Vilariño (Comp), *IX Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense* (pp. 27-29). Madrid, España: Sociedad Española de Psicología Jurídica Y Forense.
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: the abuse of parents by their teenage children*. Recuperado de http://canadiancrc.com/parent_abuse.aspx
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-Parent Abuse A Qualitative Overview of Common Themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095. doi: 10.1177/0192513X03261330
- Gámez-Guadix, M., Jaureguizar, J., Almendros, C. y Carroble, J. A. (2012). Estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en población española. *Psicología Conductual*, 20(3), 585-602.
- Gámez-Guadix, M., Orue, I., Calvete, E., Carroble, J. A., Muñoz-Rivas, M. y Almendros, C. (2010). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Dimensiones de Disciplina (DDI) en universitarios. *Psicothema*, 22(1), 151-156.
- García, E., Fuentes, M. C. y García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental, y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicológica*, 9(3), 265-278.
- García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 365- 384.
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. *Anales de Psicología*, 31(2), 615-625. doi: 10.6018/analesps.31.2.174701
- Ibabe, I., Arnosó, A. y Elgorriaga, E. (2014a). Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child-to-parent violence. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 6(2), 53-6. doi: 10.1016/j.ejpal.2014.06.004

Kennair, N. y Mellor, D. (2007). Parent abuse: a review. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(3), 203-219.

Lyons, J., Bell, T., Fréchette, S. y Romano, E. (2015). Child-to-parent violence: Frequency and family correlates. *Journal of Family Violence*, 30(6), 729-742. doi: 10.1007/s10896-015-9716-8

Mahoney, A. y Donnelly, W.O. (2000, Junio). *Adolescent-to-parent physical aggression in clinic-referred families: prevalence and co-occurrence with parent-to-adolescent physical aggression*. Comunicación oral presentada en el congreso "Victimization of Children and Youth: an International Research Conference". Universidad de New Hampshire, Durham, Estados Unidos.

Pagani, L., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F., y Duff, P. (2009). Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression towards fathers. *Journal of Family Violence*, 24, 173-182.

Straus, M. A. y Fauchier, A. (2007). *Manual for the dimensions of discipline inventory (DDI)*. Recuperado de <http://pubpages.unh.edu/~mas2/DDI.htm>

CAPÍTULO 39

Análisis del impacto fisiológico y psicológico en la salud de los trabajadores sanitarios que trabajan a turnos

María Isabel Segovia Galera*, Isabel Rosa Galera Pérez **, y Ana López Sánchez***
*Universidad Católica San Antonio (España), **Hospital Morales Meseguer (España), ***Técnico
Grado Medio en Cuidados de Enfermería (España)*

Introducción

En la vida actual, es imprescindible el trabajar a diversas horas a lo largo de las 24 horas del día. En consecuencia los trabajadores se enfrentan a variados sistemas de calendarios de trabajo. Existe una multitud de nuevos enfoques en la organización del tiempo de trabajo que se han orientado hacia la adopción de horarios irregulares para diferentes sectores (Medina, 2004).

El trabajo en jornada nocturna comprende la franja horaria de las 22 a las 6 h. Podemos definir a un trabajador nocturno aquel cuya jornada laboral de cada día incluye como mínimo 3 h durante la noche. La continuidad asistencial durante las 24 horas se hace necesaria en el caso de los trabajadores sanitarios, imprescindible para cualquier sociedad moderna. Estos asalariados deben de acompañar su ritmo biológico a su trabajo por lo que sufren sobre todo trastornos del sueño, tanto en reducción como en calidad y cantidad (Murillo, et al., 2016).

Entendemos por riesgo psicosocial, aquel que origina estrés laboral, y que puede causar un daño en la esfera física, mental, o social de los individuos. Los riesgos derivados de la actividad laboral pueden tener su origen en alteraciones en la organización del trabajo: tiempo, duración, pausas durante el mismo, trabajar en fines de semana y festivos, o en turnos rodados y nocturnos, entre otros (Gil, 2012).

En 2007 la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo publicó un informe sobre estos riesgos, en el que revela que, los cambios técnicos u organizativos en el mundo laboral, pueden provocar inestabilidad entre la vida profesional y particular de cada individuo por un desajuste entre ambos con efectos perjudiciales para su salud. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en su VI Encuesta de las Condiciones de Trabajo en España (2008), afirmó que los riesgos psicosociales en el trabajo son una de las primeras causas de enfermedades y accidentes laborales. En las profesiones sanitarias el porcentaje asciende al 74,9 % siendo en este colectivo el más elevado.

La actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, B.O.E. 10-11-1995), aplicable a todo el ámbito del Estado, al reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales ha recogido el interés de académicos y profesionales en la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, y está fomentando una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral que enfatiza la necesidad de identificar estos riesgos y prevenirlos.

Hemos de considerar la importancia que este tipo de trabajos posee sobre el entorno y el ámbito personal de los profesionales sanitarios, con el fin de conocer sus secuelas o consecuencias. Se puede definir este concepto de consecuencia, como aquella situación que puede producir una serie de cambios importantes que pueden ser positivos o negativos y que se pueden o no prever en la vida de los individuos (Villalba, et al., 1989). Rabazza, (2003) lo define como el resultado en las personas y en su rendimiento. Para Cabrera, (2003) consecuencia es una situación que ocasiona cambios importantes, buenos o malos, en la vida de las personas, las instituciones y la sociedad. Villalba (2001) teniendo en cuenta los turnos nocturnos, lo define como la situación derivada del turno de trabajo que producen un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas.

Objetivo. Analizar la mejor evidencia disponible sobre la repercusión que tiene el trabajo a turnos sobre el personal sanitario.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura existente on line en las bases de datos Pubmed/Medline, Dialnet y Scielo en la BVSSPA, a través de su buscador GERION, limitándose la búsqueda a los artículos publicados en español. Se utilizaron los descriptores “trabajos por turnos” AND “enfermeras”, “horario laboral” AND “turnos rotativos”, “turno de noche” AND “trastornos del sueño”. La búsqueda se ha acotado a los últimos 16 años. Se encontraron gran cantidad de referencias sobre este tema de los que seleccionamos 30 para su análisis.

Resultados

En nuestro país el porcentaje de trabajadores que desarrollan su actividad profesional en un trabajo a turnos supone un 12% de la población total activa española y este porcentaje aumenta de manera muy significativa en el sector sanitario (Rodrigo, 2011). Para garantizar la atención a tiempo completo, es necesario el sistema de turnos, aunque considerado este como un factor desencadenante de estrés al profesional (Batista, 2005).

Los últimos estudios avalan la gran cantidad de consecuencias negativas en la salud de estos trabajadores. En la esfera psicológica destacan: alteraciones del sueño, fatiga crónica, estrés, trastornos ansioso-depresivos, así como problemas que afectan a la familia y relaciones sociales. También se observan problemas relacionados con el trabajo como: menor productividad, absentismo laboral y accidentes relacionados con el trabajo (Fernández, y Piñol, 2000). Existe evidencia más que suficiente sobre la afectación en la salud física como trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, sobre todo en los trabajadores de turnos rotatorios (Costa, 2006; Nicholson, y D'Auria, 2000; Tucker, et al., 2003; Villalba, 2001).

Según datos facilitados por la Organización Internacional del Trabajo, por cada quince años de actividad nocturna se envejecen prematuramente unos cinco. Vamos a estructurar estos resultados en diferentes apartados:

Satisfacción laboral

Está demostrado que las personas que trabajan por la noche, están menos satisfechas con su horario y con su trabajo que aquellas que trabajan durante el día. Las causas pueden ser diferentes y diversas: dificultad para adaptarse a la alteración del ritmo circadiano (ritmo biológico de las personas de repetición cíclica y regular) y alteraciones en la esfera social.

En cuanto a la productividad, las mismas actividades pueden alcanzar diferencias en cuanto a producción de hasta un 15%, dependiendo de si han sido realizadas en turno diurno o nocturno. Parece ser que esta diferencia es debida a la variación sufrida por el organismo dependiente del ritmo circadiano entre la mañana y la noche (Martín, et al., 2001).

Las trabajadoras sanitarias que trabajan por la noche durante 10 horas, por regla general no pueden descansar cuando llegan a casa, porque tienen que realizar tareas derivadas de su condición de género, como atender a sus hijos y realizar trabajo doméstico. Todo ello puede ocasionarles una fatiga crónica, como consecuencia de las actividades dependientes de su papel de madres y de amas de casa, a veces con jornadas de trabajo de 30 horas o más (Hierro, 2007).

Estos trabajadores no son conscientes de las consecuencias que el trabajo nocturno tiene sobre la salud así como en las relaciones sociales y familiares (White, y Keith, 2000).

Condición de género

Según diferentes estudios, son los trabajadores con más edad y los del sexo femenino los que sufren más frecuentemente los efectos negativos, debidos a estos turnos rotatorios (Marquie, y Foret, 2001). En las mujeres se encuentran frecuentemente alteraciones en el ciclo menstrual, mayor número de abortos y de partos pretérmino, así como disminución de las tasas de embarazos (Axelson, 2003). Huerta, (2006) señala que la mayoría de las mujeres, son la que asumen el mayor compromiso de las tareas domésticas y la estructuración de la vida familiar, acarreado las consecuencias de la doble jornada.

Consecuencias socio-familiares

Quéinnec (2005) llama a estas consecuencias de “marginación” del trabajador pues debe organizar el conflicto que existe entre su equilibrio interno y su vida social y laboral. También mencionan White, y Keith (2000) que como los acontecimientos sociales y familiares suelen ser por la noche o en fin de semana, faltan a menudo a ellos provocando un deterioro en las mismas.

Consecuencias de pareja

White, y Keith (2000) apuntan que el trabajo nocturno influye en un aumento de los riesgos de divorcio del 7 al 11 por ciento. Hay menor disposición de horas para compartir con la familia y el tiempo que se está con ella es de menor calidad por la irritabilidad que sufren al haber trabajado durante la noche. De este estudio también se concluyó que un 40% de los trabajadores nocturnos se quejan de no disponer de bastante tiempo para compartir con sus parejas y también que el tiempo es de peor calidad (White, y Keith, 2000).

Beermann y Nachreiner (2005) exponen que estos obstáculos para mantener relaciones sociales y familiares adecuadas pueden provocar, al mismo tiempo, consecuencias negativas en la relación de pareja y con los hijos, por falta de un horario común que encaje con el resto de la familia.

En cuanto a la relación de pareja, puede ser habitual la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. El trabajo nocturno no solamente influye en el propio trabajador afectado sino también en su pareja (Lamosvsky, 2003).

Trastornos del sueño

En los turnos rodados, en los que el profesional sanitario duerme a veces de día y a otras de noche, provoca variaciones en el reloj biológico, ocasionando fatiga mental y física, agotamiento crónico que aboca en un síndrome psicossomático (Valdés, 2005). Este estrés laboral afecta ligera, moderada o severamente a nuestros procesos de pensar, hacer y sentir, y a nuestra fisiología, dando lugar a respuestas de estrés o trastornos psicofísicos más graves (Fidalgo, 2011).

El otro problema que afectará a la salud para Quéinnec, (2005) es el sueño; según este autor, estos trabajadores duermen menos que uno que trabaje en jornada diurna. El trabajo de noche equivale a dos o tres horas menos de sueño al día. Las características del sueño diurno presentan ciertas anomalías en calidad y cantidad. Para Villaba (2003) las alteraciones del sueño son el principal problema asociado a estos turnos de trabajo. El constante cambio al que se ve sometido nuestro organismo al tener que rotar por todas las franjas horarias, influye en la cantidad y calidad del mismo. Al alterarse la función reparadora, da origen a la ausencia de un sueño adecuado, lo que aumenta las posibilidades de padecer otro tipo de trastornos psicossomáticos: aumenta la ansiedad, alteraciones en el estado de ánimo, agotamiento crónico, etc.

Trastornos de la alimentación

Franco et al. (2012) han podido comparar cómo las personas sometidas a turnos de trabajo rotatorio ingieren mayor cantidad de calorías de las necesarias, mayor cantidad de proteínas y mayor cantidad de lípidos. Sin embargo ingieren menor cantidad de hidratos de carbono. Esto es debido a que la restricción

de sueño provoca la desregulación del apetito: disminución de los niveles de leptina, hormona que actúa inhibiendo el apetito a nivel hipotalámico (Madrid et al. 2011).

Los hábitos alimentarios de los trabajadores nocturnos sufren alteraciones en la calidad, cantidad y ritmo de las comidas: mayor consumo de bocadillos, bebidas gaseosas y alcohólicas, snacks, dulces y cafeína (Medina, y Sierra, 2004). Todo esto está unido a un mayor consumo de nicotina y estimulantes para combatir el sueño.

Se habla de un incremento de la ingesta total de energía que podría llevar al sobrepeso. El horario habitual de las comidas se modifica, son más rápidas, frías e incluso se prescinde de alguna toma. Las alteraciones digestivas más frecuentes son: dispepsia, gastritis, digestiones pesadas, flatulencia, úlcera de estómago, y aumento de peso debido al consumo excesivo de lípidos cuando el ritmo metabólico es más bajo (Fernández, et al., 2004; García, 2003; Bonet, et al., 2009), también señalan los trastornos gástricos (úlceras...) y otros como dispepsias derivados de estas modificaciones en la alimentación.

Discusión/Conclusiones

Nuestra población de profesionales sanitarios sometidos a turnos rotatorios, incluidas noches, es más elevada que en el resto de las profesiones, ya que las exigencias de este sector implican la necesidad de proporcionar atención continuada a la población como indica Medina (2004).

Los trabajadores sometidos a turnos pueden presentar manifestaciones negativas como consecuencia de este tipo de horario con un aumento de la morbilidad y envejecimiento prematuro como señala la OIT (Organización Internacional del Trabajo).

A través de los resultados presentados podemos afirmar que el trabajo nocturno tiene un gran coste fisiológico y psicológico en este tipo de profesionales, comporta una serie de riesgos para la salud, consecuencias en la actividad laboral y cambios en la vida diaria debido al desajuste que se produce en el ritmo normal del organismo. Entre los cambios más importantes que conllevan riesgos tenemos los trastornos del sueño y del ritmo circadiano, fatiga, trastornos gastrointestinales, sensación de malestar, disminución del rendimiento, de la concentración y problemas de conciliación de la vida familiar y social. Para los diferentes autores revisados en este estudio, el más reciente llevado a cabo por Murillo, et al. (2016) son los trastornos del sueño los que mayor impacto tienen en la salud física y psíquica de estos trabajadores.

Destacar que las mujeres son las que más sufre las repercusiones negativas de este tipo de turnos, debido a la doble jornada que realizan con el trabajo doméstico y la planificación familiar. Al finalizar esta revisión podemos concluir aseverando que la calidad de los cuidados está en relación directa con el bienestar del profesional que los presta, por lo que cada vez se hace más necesario el incluir medidas para disminuir el desgaste físico y psíquico de los profesionales como pilar fundamental de la sociedad.

Es responsabilidad de la medicina de trabajo velar por el trabajador y su salud en relación a los posibles efectos adversos y las repercusiones que estas condiciones puedan ejercer sobre los trabajadores, mediante la vigilancia de la salud y la prevención frente a riesgos inherentes.

Referencias

- Batista, K., Bianchi, E.R. (2013). La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza. *Enferm Global* [en línea], 29, 274-280.
- Bonet R., Moline, A., Olona, M., Gil E., Bonet, P., Les E, et al. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enf Clin*, 19(2), 76-82.
- Fernández, M.J., Bautista, C. I., Bello, L. L., Hernández, B. L., Sánchez, V. A., Serra, L. (2004). Valoración nutricional de trabajadores sanitarios expuestos a turnicidad en Canarias. *Nutr. Hosp*, 19(5), 286-291..
- Fernández, M., y Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Psicopatología y psicología clínica*, 5(3), 207-222.
- Figueiredo, F. H., Grau, A. E., Gil, M. P. R. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema* 24(2), 271-276.

Franco, H.L., Bravo, S.R., Sánchez, L. C.L., Romero, E., Rodríguez, M. A.B, Barriga, I. C., Cubero, J. J. (2012). Análisis nutricional y hábitos alimentarios en personal sanitario con turnos rotatorios. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 18(1), 200-204.

Gil, M. P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo una enfermedad laboral. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33. .

Medina, M. J., (2004). *Memorias del VI Congreso Internacional de Ergonomía*. Págs. 53-63.

Rodríguez, M. J.A, Flores, F. B., López, Q. M, Argilés, M. N., Buj, P. L., Prats, C. N. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas Enferm*, 19(4),18-22.

Valdés, G. (2005). ¿Cambian los hábitos de vida en las enfermeras que se incorporan por primera vez al trabajo en la Comunidad de Madrid? *Nure Investigación n° 18*,1-9.

Villalba, R.J.A. et al. (2003). Repercusión fisiológica del trabajo nocturno sobre la salud. *Salud y Trabajo*, n° 75,17-20.

CAPÍTULO 40

Promoción y educación para la salud en Primaria

Fátima Góngora Hernández, María Luisa Pérez Pallarés, y Rocío Torres María
Diplomada en enfermería (España)

Introducción

Actualmente se están produciendo modificaciones en la organización y estructura social y familiar en España. De estos cambios que se están realizando el que más nos atañe para nuestro estudio es la prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento del sedentarismo (Corral, 2016). La prevalencia de obesidad se ha incrementado en los niños, es la enfermedad crónica no transmisible que tiene más prevalencia en el mundo y debido al aumento de esta enfermedad ha aumentado el número de patologías cardiovasculares y ocupan el tercer lugar de causa de muerte en pacientes menos de 15 años (Medrano, 2016).

La disminución de actividad física, así como el abandono de la llamada dieta mediterránea es lo que está provocando el aumento de la obesidad infantil (Salvador, 2016). Algunos factores de riesgo se establecen durante la infancia y la adolescencia. La mayoría de estudios coinciden en que los niños no adoptan pautas correctas de alimentación ni de actividad física (Revert-Masia, 2012).

Los cambios sociales y económicos, geográficos y demográficos unidos al avance de la informática hace que los juegos tradicionales pasen un segundo plano, siendo el protagonista en la actualidad las nuevas tecnologías. Cada vez es más común hablar del sedentarismo en edades tempranas, debido a que los niños pasan más horas con las nuevas tecnología que practicando actividad física. Al tener este problema había que buscar soluciones para disminuir la tasa de sedentarismo. Se propusieron videojuegos activos para que los niños realizaran una actividad física moderada (Pinel, 2016).

La Actividad física es esencial para que los niños adquieran competencias para la vida y aprender a tener un compromiso con la educación física para desarrollar así un estilo de vida activo y saludable. (Gambau, 2015). Lamentablemente la Educación Física en las leyes predominantes en la etapa democrática española ha sido estancada y está anclada siendo un tema que a priori parece no preocuparle a nadie. (Gil, 2016). Referente a las conductas alimentarias, los cambios en el estilo de vida de los ciudadanos traen consigo transformaciones que se traducen con el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas. Para solucionar este problema de salud hay que modificar las conductas alimentarias y diseñar una dieta equilibrada que se adapte a las necesidades de cada persona y que sea adecuada a sus crecimientos tanto físicos como psicológicos. (Briz, 2007) Es de real importancia el desarrollo de la promoción para la salud, que se entiende como el proceso de las personas para incrementar el control sobre su propia salud y así mejorarla. (Fernández Campos, 2016). Invertir para el fomento de estilos de vida saludables es la forma adecuada para ahorrar en tratamientos de enfermedades cardiovasculares y patologías que provengan de la ausencia de actividad física y de una mala planificación dietética (Arriscado, 2014).

Francia o Inglaterra cuentan con la figura de la enfermera escolar. En cambio en España nos encontramos con la ausencia de una ley que regule la asistencia médica en todos los centros educativos. Las instituciones saben que establecer un profesional de salud en los colegios no es viable ni pensable por la actual crisis económica que se vive en España. La figura de la enfermera escolar no asegura sólo una asistencia sanitaria profesional, sino que es una garantía de ofrecer Educación para la Salud en edades tempranas (Pertegas, 2016).

Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases consultadas fueron: Dialnet, Cuiden, Medline y Medline Plus; y un buscador: Google Académico.

Los descriptores utilizados fueron: “educación para la salud”, “promoción de la salud”, “hábitos saludables” y “salud escolar”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y el filtro temporal fue los artículos publicados desde 2007 hasta la fecha en la que realizó la búsqueda bibliográfica. De un total de 3420 referencias encontradas después de la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para un análisis en profundidad, por cumplir los criterios de inclusión para la revisión bibliográfica.

Resultados

En los últimos años ha habido un aumento del sobrepeso y obesidad infantil drástico, asociándose a éste a una un aumento de complicaciones graves para la salud, sumándole un aumento del riesgo de enfermedad y a una muerte prematura en la edad adulta.(Salvador,2015). La obesidad actualmente se considera una epidemia global y es la patología crónica con más prevalencia en el mundo, y además del aumento de diferentes patologías (sobre todo cardiovasculares) ocupando éstas enfermedades en tercer lugar de causa de muerte en niños menores de quince años (Medrano, 2014).

Los factores de riesgo que llevan a padecer a los niños enfermedades cardiovasculares son:

- Dietas hiperenergéticas.
- Mayor consumo de grasas y azúcares.
- Cambio de la dinámica familiar y laboral.
- Aumento del sedentarismo.
- Abuso de las tecnologías.

La falta de realización de actividad física, así como el abandono de la dieta mediterránea son las dos causas que están provocando el aumento (Salvador, 2015) lo que conlleva a situaciones patológicas o prepatológicas (Reverter, 2012). Los cambios en la sociedad, tanto en economía, geografía y demográficos, que se están dando en los últimos años, unidos al avance informático, hacen que los juegos tradicionales pasen a segundo plano pasando a primer plano las nuevas tecnologías, lo que provoca un aumento del sedentarismo único a la falta de práctica de actividad física (Andrate, 2014). Según Castillo (2007) practicar ejercicio físico con regularidad y con un buen planteamiento es una de las herramientas más recomendadas para el fomento del bienestar de las personas, así como la disminución del sobrepeso.

Tabla 1. Razones por las que los escolares deben realizar actividad física (Gil, 2016)

1.	<i>Ayuda a prevenir enfermedades</i>
2.	<i>Promueve el bienestar a lo largo de la vida</i>
3.	<i>Ayuda a luchar contra la obesidad</i>
4.	<i>Promueve un estado de forma saludable a lo largo de la vida</i>
5.	<i>Proporciona oportunidades únicas de actividades</i>
6.	<i>Enseña autonomía y habilidades motoras</i>
7.	<i>Promueve el aprendizaje</i>
8.	<i>Crea sensibilidad económica</i>
9.	<i>Está ampliamente respaldada por la sociedad</i>
10.	<i>Ayuda a una educación integral</i>

Ante el avance informático se ha intentado poner soluciones para disminuir esta tasa de sedentarismo como son los videojuegos activos, combinando la tecnología con una actividad física moderada. (Pinel, 2016). Los hábitos alimentación están sufriendo diversos cambios debido a las modificaciones del ritmo de vida de la sociedad actual, con lo que se invierte menos tiempo para la preparación de las comidas diarias y una disminución del tiempo también para adquirir los alimentos. Esto supone que las personas se decanten por comida rápida y en alimentos de sencilla elaboración.

El fomento de hábitos de alimentación de forma temprana hace que la persona adquiera éstos hábitos todo el resto de su vida. A través del programa PERSEO donde el Ministerio de Educación y Ciencia, y las Conserjerías de Sanidad y Educación de algunas comunidades están trabajando en conjunto para inculcar a los escolares de seis a diez años una dieta saludable, a través de menús escolares en el que existe un aumento de la ingesta de verduras, hortalizas y frutas; favoreciendo el acercamiento a la dieta mediterránea, siendo muy beneficiosa para la salud (Salvador, 2016).

Hablar de dieta mediterránea es sinónimo de salud. La dieta mediterránea tiene como base el consumo de aceite de oliva acompañado de un elevado consumo de legumbres, cereales, frutas, verduras, frutos secos y hortalizas, combinado con una cantidad menos de lácteos, huevos o pescados, moderando el consumo de carnes y grasas animales (Díaz, 2007).

Numerosos estudios epidemiológicos determinan que se produce un aumento de la longevidad y una reducción de la morbilidad en países donde se adopta la Dieta Mediterránea. (Salvador, 2016). Existe estudios científicos que evidencian que algunos factores de riesgo de enfermedades crónicas se establecen durante la infancia y la adolescencia; numerosos estudios cercioran que un elevado porcentaje de niños no adopta unas pautas de nutrición adecuadas y actividad física (Reverter, 2012). La Educación para la salud, en el contexto educativo, es originada como herramienta indispensable para cubrir la necesidad de informar, formar y ayudar a la sociedad para mejorar su salud (Salvador, 2016).

Habría que establecer una intervención abordando la promoción de la salud. Se entiende por ésta hacer capaces a las personas de aumentar el control de su propia salud y mejorarla (Fernández, 2016). Es primordial promocionar la salud usando como herramienta hábitos de vida saludables teniendo como objetivo actuar en diferentes lugares (hogar, colegios, etc.) así como fortalecer elementos que ayuden a impulsar hábitos de vida saludables. Así se podrá contribuir al cuidado, prevención y mantenimiento de estilos de vida adquiridos (Salvador, 2016). En este campo de promoción de la salud se debe tener en cuenta dimensiones psicológicas como son la autoestima y la calidad de vida (García, 2013). Estudios demuestran que el número de personas activas decrece con la edad, tanto en hombres como mujeres y esto sucede también la etapa escolar (Fernández, 2015).

A principios del siglo XXI para intentar eliminar los efectos de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares se aprobó la Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, ésta fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud. (Salvador 2016). A través de campañas publicitarias se puede llegar a un mayor número de población y de forma directa, pudiendo llegar a concienciar a la sociedad de los problemas que se puede llegar si no adoptamos ciertas medidas saludables. Las patologías que podemos llegar a desarrollar si seguimos propiciando que esos factores de riesgo permanezcan en nuestros estilos de vida son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, problemas osteoarticulares, diabetes mellitus tipo 2 e incluso algunos tipos de cáncer (Colagiuri, 2010).

La utilización de material educativo inadecuado puede ser una de las causas de la poca efectividad de las intervenciones con el objetivo de adquirir hábitos saludables (Reverter, 2012). La educación para la salud en el colegio tiene una larga trayectoria, habiéndose desarrollado muchos programas dirigidos a la prevención de posibles problemas propios de la edad escolar y la adolescencia (Fernández, 2016). Unas buenas estrategias educacionales que modifiquen las conductas relacionadas con la salud tienen efectos positivos para mejorar los hábitos alimentarios y puede detener el sobrepeso y la obesidad, siendo las escuelas las que tienen que contribuir de manera importante en la promoción de una nutrición saludable y actividad física en los niños (Ríos, 2015).

Las instituciones sanitarias y educativas declaran que existe la necesidad de fomentar en el colegio la adquisición de conocimientos que hagan desarrollar a los escolares estilos de vida saludables. Aseguran que los programas de Salud Escolar se deben utilizar para que se prevengan conductas de riesgo, mejorando la salud y la educación (Pertegas, 2016).

En Francia o Inglaterra la representación como enfermera en las aulas está presente en algunos centros. Por el contrario en España no existe una ley que regule la asistencia médica en los centros

escolares (Pertegas, 2015). La influencia desde edades tempranas en el cambio de estilos de vida de los escolares tiene una influencia positiva, en cambio estos cambios solo se podrán ver a largo plazo en cuanto a prevención de la obesidad y del sedentarismo (Salvador, 2016).

Discusión/Conclusiones

Salud y Educación deben ir relacionados y no pueden desvincularse.

Cambios de estilo de vida previenen factores de obesidad y a mejorar la calidad de vida, la autoestima del niño, así como mejorar el rendimiento académico; además de evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, etc.

La intervención de educación en nutrición en la escuela puede tener un impacto positivo para realizar un cambio de estilos de vida, pero se necesita un tiempo elevado para influir en la formación de hábitos saludables y mejorar la nutrición.

La explicación y la comprensión de la “Pirámide del estilo de vida saludable” pueden inducir a modificar factores de riesgo de enfermedad en la vida adulta, acompañada de una dieta mediterránea.

Es de vital importancia también desarrollar actividades físicas para la eliminación del sedentarismo en edades tempranas.

Se debe valorar el hecho de la existencia de la enfermera escolar que puede hacer una buena labor educativa en el cambio de estilos de vida desde edades tempranas.

Los resultados de estos cambios de estilo de vida desarrollando hábitos saludables en edades tempranas se suelen apreciar a largo plazo.

Referencias

- Andrade Neto, F., Naomi Eto, F., Silva Pereira, T.S., Carletti, L. y Bisi Molina, M.C. (2014) Active and sedentary behaviours in children aged 7 to 10 years old: The urban and rural contexts, Brazil. *BMC Public Health*, 14, 1174-1184.
- Arriscado, D., Muros, J.J., Zabala, M., y Dalmau, J.M. (2014). Hábitos de práctica física en escolares: Factores Influyentes y relaciones con la condición física. *Nutrición Hospitalaria*, 31, nº 3, 1232-1239.
- Briz Hidalgo, F.J., Cos Blanco, A.I., y Amate Garrido, A.M. (2007). Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio Ponce 2005, *Nutrición Hospitalaria*, 22(4), 471-477
- Castillo Garzón, M.J., Ruiz, J.R., Ortega, F.B. (2007). A Mediterranean diet is not enough for health. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 97, 114-138.
- Colaiguri, S., Lee, C.M., Colagiuri, R., Magliano, D. (2010). The cost of overweight and obesity In Australia. *Med J Aunt*, 192 (5), 260-264.
- Corral Rodríguez, O. (2016). *La enfermería escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud*. Trabajo fin de grado, Escuela Universitaria de Cantabria.
- Díaz, I., Gascón, E., Lázaro, S., Maximiano, C. (2007). *Guía de la alimentación mediterránea*. Ed: Empresa Pública Desarrollo Agrario y pesquero. Consejería de Agricultura y Pesca. Junta de Andalucía.
- Fernández Campos, M.A., Garzón Fernández, A., Mañas Uxó, M.I. (2016). *Proyecto de Intervención para la Salud Escolar*. Cap 13, Editorial Universidad de Almería.
- Gambau, V. (2015). Las problemáticas actuales de la educación física y el deporte escolar en España. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 411, 53-69.
- García Sánchez, A., Ortega, F.B., López Blanco, D., Burgueño Menjíbar, R. (2013). Condición física, adiposidad y autoconcepto en adolescentes. Estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte*, 22 453-461.
- Gil Espinosa, F.J., Aznar Cebamanos, M. (2016). Educación física de calidad en el sistema educativo español. *Revista Española de Educación Física y Deportes*. Número 414
- Manuel Pertegas, S., (2016). *Una necesidad Actual: La Enfermera Escolar*. Trabajo final de grado en maestro de educación infantil.
- Medrano Donlucas, G., Acosta Favela, J.A., Ruiz Morales, M.E., Vargas Esquivel, J.A. (2016). Principales Factores de Riesgo Cardiovascular en Escolares. *Cultura Científica y Tecnológica*. Num. 54(11).

Pinel Martínez, C., Zurita Ortega, F., Espejo Garcés, T., Chacón Cuberos, R., Castro Sánchez, M., Pérez Cortes., A. (2016). La interacción de la frecuencia de juego con la adquisición de hábitos saludables en escolares de Granada. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, Vol 15 (2).

Reverter-Masía, J., Legaz-Arrese, A., Jové-Deltell, M.C., Mayolas Pi, M.C., Vinacua Salvo, C., (2012). Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, vol. 12 (48), pp. 611-623.

Ríos Perez, F., Cerón Obregón, N., Geraldo Olguin, I., López Rodríguez, G., Denova Gutiérrez, E., Galván, M., (2015). *Aprendizajes de alimentación saludable y actividad física en escolares con sobrepeso u obesidad*. Vol. 4, Num 7.

Salvador Pérez, Federico. (2016). *Relación entre actividad física, hábitos de vida saludables y rendimiento académico en escolares granadinos*. Tesis Univ. Granada.

CAPÍTULO 41

Quality of Life of Elderly Postmenopausal Women enrolled in a Concurrent Training Program

Cristiano Andrade Quintão Coelho Rocha*, Maria Helena Rodrigues Moreira*,
Andrea Carmen Guimarães**, Antonio Alias***, Danielli Braga de
Mello**, y Estélio Henrique Martin Dantas**

University Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal)*, *University of Rio de Janeiro (Brasil)*,

****University of Almería (España)*

Introducción

Quality of life (QoL) is a multideterminant complex concept that must be continuously interpreted. QoL results from the interplay between factors that model and differentiate the day-to-day lives of individuals in terms of perceptions, relationships and situations experienced, which may be due to a set of individual, sociocultural and environmental parameters that characterize the conditions of a human being, community or nation (Nahas, 2006).

An increase in life opportunities is associated with quality of life, which is an individuals' perception of their position within the culture and value system they live in, as well as their goals, expectations, standards and concerns. Due to advances and demographic transformations over the last century, marked by an increasingly aging society, it is necessary to ensure that the elderly not only live longer, but also enjoy good QoL (Fleck, Chachamovich, y Trentini, 2003).

Given the epidemic of chronic-degenerative diseases, physical activity is a means of promoting health. Epidemiological studies demonstrate that regular exercise is a protective health factor due to better cardiovascular and metabolic functioning, changes in body composition, preservation of bone mass, neuromuscular improvement and psychological well-being. Regular physical exercise makes it possible to avoid, minimize and/or delay physical, psychological or social risks that often accompany advancing age. Participating in an effective physical activity program increases and improves functional capacity and cognitive function, relieves depression symptoms and stimulates self-image and self-efficiency (Mello, 2008).

Regular exercise using strength and cardiovascular endurance may lead to significant specific physiological changes in an elderly person's organism (Hoff, Gran, y Hengerud, 2002). These physical abilities are developed through concurrent training (CT), in which strength and cardiovascular exercises are performed during the same training session and are important for promoting and maintaining elderly health (ACSM, 2010; Cruz, et al., 2012; Dantas, et al., 2008; Rosa, Dantas, y Mello, 2011).

The reduction or loss of quality of life in the elderly population results in numerous negative consequences in social, physical, emotional and cognitive settings.

From the standpoint of health promotion, concurrent training can be a differential in improving quality of life. Thus, the aim of this study was to assess the effects of a concurrent training program on the quality of life of postmenopausal elderly women.

Method

Subjects

This is an experimental study, since there is a cause-effect relationship between variables (Thomas, Nelson, y Silverman, 2007).

The sample consisted of seniors (aged 60 years or older), residing in Muriaé, Minas Gerais state, participants in the project entitled "Promotion of health and quality of life in seniors enrolled in a physical exercise program", in collaboration with the Faculdade de Minas (FAMINAS), the venue of the present study.

All participants were volunteers, randomly divided into a concurrent training group (CTG=33), with a mean age of 69.12 ± 7.00 years, and a control group (CG=33) with a mean age of 69.21 ± 6.60 years.

Folders, pamphlets and instructional lectures, informing the elderly of the importance of regular physical exercise, disseminated the study. The present study met the guidelines for research in human beings, in accordance with National Health Council Resolution 466/2012 of 12/12/2012 (Brazil, 2012) and the Declaration of Helsinki (WHO, 1998).

All study participants signed an informed consent form containing the aim of the study, assessment procedures, possible consequences, emergency procedures, voluntary nature of the subject's participation and exemption of responsibility on the part of the assessor.

The Human Research Ethics Committee of the Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé/MG campus, under protocol no. 250820141531, approved the study.

Inclusion and exclusion criteria

Exclusion criteria: pharmacodependent elderly individuals using drugs that interfere in bone condition (glucocorticoids, immunosuppressants, anticonvulsants, corticotropin) and cardiovascular status (beta blockers and antiarrhythmics).

Inclusion criteria: maintain eating habits; not engage in exercise for at least 3 months (Kraemer et al., 2002; Lemmer et al., 2000; Raso, Matsudo, y Matsudo, 2001); absence of pathologies or musculoskeletal dysfunctions that can interfere with physical tests and exercise performance or be aggravated by these activities; be approved in clinical assessment conducted by a doctor enrolled in the Family Health Program (PSF) from the local city.

Body Composition Measures

The body composition variables were body mass (BM), height (H) and body mass index (BMI), using a stadiometer balance. To that end, a Filizola® mechanical balance (Brazil) and Sanny® aluminum stadiometer (Brazil) were used. BMI was obtained by dividing BM (in kilograms) by the square of body height (measured in meters). All anthropometric measures were performed according to International Standards for Anthropometric Assessment (Marfell-Jones, Stewart, y de Ridder, 2006).

Quality of Life Assessment

The health quality of individuals was assessed by the WHOQOL-OLD questionnaire, which is based on the following supposition: "quality of life is a subjective, multidimensional construct composed of positive (mobility) and negative dimensions (pain)" (WHO, 1998). The final version of the WHOQOL-OLD module contains six facets of 4 items each (the module consists of 24 items), assessed by the Likert scale (1 to 5 points) attributed to six facets: Facet I – "Sensory Abilities" (SA); Facet II – "Autonomy (AUT); Facet III – "Past, Present and Future Activities" (PPF); Facet IV – "Social Participation" (SOP); Facet V – "Death and Dying" (DAD); Facet VI – "Intimacy" (INT).

Each of the facets contains 4 items: therefore, for all facets the score of possible values can vary from 4 to 20, provided that all the items of a facet have been filled out. The scores for the six facets or the values of the 24 items from the WHOQOL-OLD module can be combined to produce an overall score for quality of life in the elderly, denominated total score on the WHOQOL-OLD module (WHO, 1998).

The questionnaire was applied individually and the subjects were asked to keep in mind their values, aspirations, pleasures and concerns based on the previous two weeks.

Fleck et al. (Fleck, et al., 2003) validated the questionnaire for Brazilian Portuguese.

Concurrent training

Concurrent training (CT) performance was assessed using muscle strength and cardiovascular endurance (Paulo, Souza, Laurentino, Ugrinowitsch, y Tricoli, 2005). In the CT session, strength training was conducted first, followed by cardiovascular endurance training, with no recovery interval between them.

Strength training was carried out three times a week for 25 minutes, with three series of 8-10 repetitions, 1 to 2 minutes between the series and exercises and maximum load between 70% and 85% of 1RM. The following exercises were used: bilateral squat, bench press, leg extension, back pulldown, leg curl and bilateral biceps curl.

Cardiovascular endurance training was conducted three times a week for 25 minutes at aerobic intensity between 70% and 89% of heart rate reserve. The step up exercise at a height of 14 centimeters was used.

An adaptation phase preceded muscle strength and cardiovascular endurance training, followed by a specific phase, totaling 20 weeks of intervention.

The concurrent training program (CTP) was adapted from the exercises of the Menopause in Shape Program (Projeto Menopausa em Forma) created and developed by the Sports Department of the University of Trás-os-Montes and Alto Douro (UTAD), Vila Real, Portugal.

Statistics

Statistical analysis consisted of descriptive statistics aimed at characterizing the total sample, using measures of central tendency (mean) and measures of dispersion (standard deviation), with the rate of change given for each of the variables, calculated by the formula: [(post-test – pre-test)/pre-test] x 100. Subjects whose rate of change for each variable was 3aQ below the first quartile and 3aQ above the third quartile were eliminated, that is, observations that could distort the mean (increasing or decreasing it) and the SD (increasing it). In inferential statistics, the Shapiro-Wilk test was used to analyze data normality. The paired sample t-test was applied for intergroup analysis in the event of normality, and the Wilcoxon test in the case of abnormality. The significance level was set at $p < 0.05$. Statistical procedures were analyzed and processed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0).

Results

The descriptive results of body composition traits in the concurrent training group (CTG) of elderly women and the control group (CG) are illustrated in Table 1. At the onset of the study, the CTG exhibited lower weight ($\Delta = -8.08$ kg, $p = 0.017$) and BMI values ($\Delta = -3.39$ Kg/m², $p = 0.008$) compared to the CG, but no height differences were found ($p = 0.405$).

Table 1. Body composition Pre and Posttest data comparing the groups CTG and CG

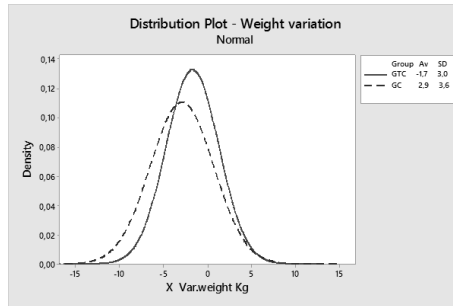
Body Composition variables	CTG (n=25)		CG (n=26)		Δ
	Pre	Post	Pre	Post	
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD	
Weight (kg)	66,14 \pm 14,08	65,02 \pm 13,91	74,21 \pm 8,86	76,35 \pm 9,07	- 8,08 ^{(a)*}
Height (cm)	156,16 \pm 0,05	156,00 \pm 0,05	155,00 \pm 0,05	155,00 \pm 0,05	0,01 ^(a)
BMI (kg/m ²)	27,11 \pm 5,70	26,65 \pm 5,62	31,00 \pm 4,27	31,88 \pm 4,27	- 3,89 ^{(a)*}

Legend: kg (kilograms); cm (centimeters); BMI (Body Mass Index); CTG (Concurrent Training Group); CG (Control Group); n (sample); SD (standard deviation); (a) (Shapiro-Wilk Test); * (significance level for $p < 0.05$).

Figure 1 shows intragroup and intergroup comparisons in anthropometric variables for the two groups analyzed. The concurrent training group (CTG) displayed a significant decline ($p < 0.05$) in body weight and body mass index. By contrast, the control group (CG) exhibited a significant increase ($p < 0.05$) in the same variables. Intergroup comparison showed that in the post-test concurrent training

group seniors obtained a significant reduction in body weight ($p=0.001$) and body mass index ($p=0.0001$), when compared to the control group.

Figure 1. Distribution Plot



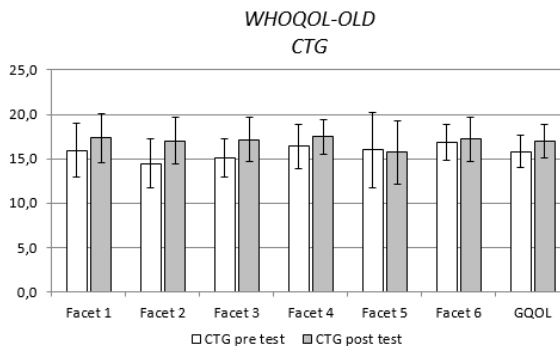
The descriptive results of the quality of life questionnaire (WHOQOL-OLD) for the concurrent training group (CTG) and the control group (CG) are presented in Table 2. At the start of the study, the CTG obtained similar values in the following facets: Facet I =0.81 ($p=0.415$); Facet III=0.47 ($p=0.668$); Facet IV=0.36 ($p=0.469$) and QoLG=0.39 ($p=0.412$) when compared to the CG. However, in Facet II (-1.87 , $p=0.013$), the CG showed significantly higher quality of life than that of the CTG in terms of autonomy.

Table 2. WHOQOL-OLD Pre and Post test comparing the groups GTC and CG

WHOQOL-OLD	CTG (n=25)		CG (n=26)		Δ
	Pre Mean \pm SD	Post Mean \pm SD	Pre Mean \pm SD	Post Mean \pm SD	
Facet 1	15,96 \pm 3,08	17,32 \pm 2,75	15,15 \pm 3,13	13,81 \pm 2,71	0,81 ^(a)
Facet 2	14,44 \pm 2,75	17,04 \pm 2,61	16,31 \pm 2,22	15,15 \pm 1,85	-1,87 ^{(a)*}
Facet 3	15,12 \pm 2,13	17,16 \pm 2,54	14,65 \pm 2,65	13,58 \pm 2,66	0,47 ^(a)
Facet 4	16,40 \pm 2,52	17,48 \pm 1,94	16,04 \pm 2,24	14,73 \pm 1,82	0,36 ^(a)
Facet 5	16,00 \pm 4,23	15,76 \pm 3,57	14,81 \pm 3,62	13,77 \pm 3,34	1,19 ^(a)
Facet 6	16,80 \pm 2,00	17,20 \pm 2,47	15,42 \pm 3,07	14,08 \pm 2,87	1,38 ^(a)
GQOL	15,79 \pm 1,80	16,99 \pm 1,88	15,40 \pm 1,88	14,19 \pm 1,70	0,39 ^(a)

Legend: CTG (Concurrent Training Group); CG (Control Group); n (sample); SD (standard deviation); Facet 1 – “Sensory Functioning” (SF); Facet 2 – “Autonomy” (AUT); Facet 3 – “Activities Past, Present and Future” (PPF); Facet 4 – “Social Participation” (SOP); Facet 5 – “death and dying” (DAD); Facet 6 – “Intimty” (INT); GQOL (general quality of life); (a) (Shapiro-Wilk Test); * (significance level for $p < 0.05$).

Figure 2. WHOQOL-OLD CTG



The figures below show intragroup (Figures 2 and 3) and intergroup comparisons (Figure 4) on the WHOQOL-OLD quality of life questionnaire in the two groups analyzed. CTG elderly women improved significantly in facets II, III and QoLG ($p < 0.05$). By contrast, the CG exhibited a significant decline in

all the domains ($p < 0.05$). An intergroup comparison demonstrates that CTG seniors obtained significantly higher post-test scores in all the facets: I ($p = 0.000$), II ($p = 0.002$), III ($p = 0.000$), IV ($p = 0.000$), V ($p = 0.017$), VI ($p = 0.000$) and QoL ($p = 0.000$), when compared to the CG.

Figure 3. WHOQOL-OLD CG

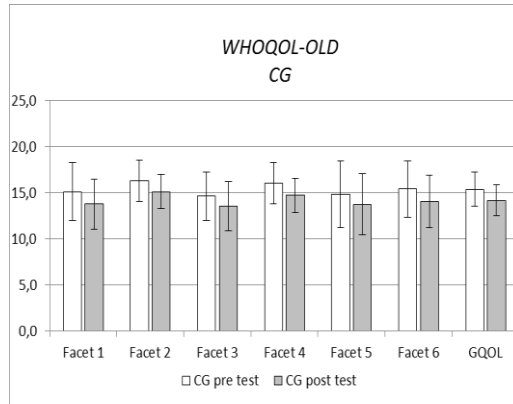
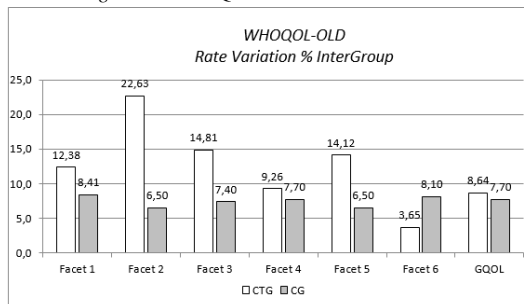


Figure 4. WHOQOL-OLD INTERGROUPS



Discussion

The results of the present study showed that both the CTG and the CG obtained very similar scores on the WHOQOL-OLD quality of life questionnaire before the intervention, except for Facet II ($p = 0.013$). In the post-test, the CTG exhibited a significant increase when compared to the CG.

Vale et al. (Vale, 2004) studied a group of elderly women and observed that applying domain I (physical), where questions are related to perceived pain and discomfort; energy and fatigue; and sleep and rest, to a group enrolled in a strength-training program, resulted in scores of 15.56 ± 2.08 , a value above the minimum recommended by the WHO (14.00).

The present study obtained above-minimum values in the CTG (17.32 ± 2.75), demonstrating a significant improvement in this domain. Also in domain I, Vale *et al.* (Vale, Barreto, Novaes y Dantas, 2006) reported significant differences between the pre and post-test.

Elderly women enrolled in a physical activity program in Rio de Janeiro, Brazil, exhibited a mean score of 13.59, corresponding to 57.28% satisfaction, a score defined as average quality of life. This was influenced primarily by the loss of sensory abilities and concerns, expectations and fear of death and dying (Mello, 2008).

In regard to the quality of life of an elderly population, Vale (Vale, 2004) found that a group engaged in strength training for 16 weeks improved from the pre- to the post-test, mainly Dom3 (independence

level) and Dom4 (social relationships) of the WHOQOL-100. This perception did not significantly affect the other domains, although the group reported improvements in quality of life. The results are similar to those of our study, where significant intragroup improvements were observed in the CTG in all quality of life domains.

Pernambuco et al (Pernambuco et al., 2012a) used the WHOQOL-100 to study quality of life levels of elderly individuals engaged in physical exercise for 16 weeks, comparing an active group and a control group. The sample was composed of 159 physically independent subjects of both sexes, with mean age of 66.61 ± 4.73 years. The active group obtained an average of 14.32 in overall quality of life scores and the control group a mean of 13.31, showing that the group engaged in physical activity obtained better quality of life results. These data corroborate those presented here, where the CTG exhibited significant improvements ($p=0.000$) in overall QoL when compared to the CG.

To reinforce the impact of physical exercise on quality of life, Kuan-Lang et al. (2005) investigated the quality of life levels in institutionalized elderly patients (using the WHOQOL-BREF) and concluded that physical activity had a strong impact on the physical domain and, consequently, on the quality of life levels of this group. This result demonstrated that immobility was an important component of unhappiness, since a number of active group members reported that physical activities enhanced their lives and made them more disposed to engage in their daily activities.

Rêgo, Gomes and Dantas (2011) studied 41 elderly individuals, divided into an experimental group (26) and control group (15), and applied the WHOQOL-OLD questionnaire to assess quality of life. The authors found significant differences in Facet I (sensory abilities) and Facet V (death and dying) in the experimental group, enrolled in a post-program of supervised physical exercise. The data were similar to those of the present study, since of all the domains analyzed in the post-test, the mean score in Dom1 exhibited the greatest differences between the two groups.

A cross-sectional study was performed to compare CP capacity at peak exercise and QoL (using the WHOQOL-OLD questionnaire) among healthy seniors (age ≥ 65 years) with TSH < 1.0 $\mu\text{IU/mL}$ vs. TSH ≥ 1.0 $\mu\text{IU/mL}$. Of the 89 elderly evaluated, 75 had TSH ≥ 1 $\mu\text{IU/mL}$ and 14 TSH < 1 $\mu\text{IU/mL}$. The two groups exhibited similar baseline clinical characteristics. No intergroup difference in WHOQOL-OLD scores was observed, nor did they differ in terms of CP function at peak exercise (Chachamovitz et al., 2015).

A descriptive study of seniors enrolled in a Primary Care Family Health Unit (UABSF) and participating in a health promotion group from June to October 2012 used the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD questionnaires. The mean age of the elderly was 71.0 ± 7.2 years. Most seniors assessed their QoL as good or very good (20; 76.9%), but nearly all of them were dissatisfied with their health (24; 92.4%) (Santos, Oliveira, Barbosa, Nunes, y Brasil, 2015).

To investigate the association between physical activity and quality of life in a sample of elderly Brazilians, the WHOQOL-OLD and International Physical Activity questionnaires were administered to 1,204 subjects (645 women and 559 men) aged ≥ 60 years. The older adults of both genders who reported being more physically active attributed higher scores to sensory ability, autonomy, and intimacy domains, in addition to exhibiting significantly higher overall quality of life, irrespective of age, marital status, educational level, and socioeconomic status. Specifically in women, the scores obtained for the social participation domain were significantly higher in active and very active individuals when compared to sedentary subjects. These results indicate that increases in physical activity levels can contribute to improving the quality of life of older adults (Guedes, Hatmann, Martini, Borges, y Bernardelli, 2012).

One study examined whether the weekly volume and frequency of moderate to vigorous physical activity (MVPA) and light walking (LW) were associated with the QoL domains of 1,806 older women from Brazil. The WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD instruments were used to measure QoL, while the weekly volume and frequency of MVPA and LW were assessed by the IPAQ. The higher frequency

of MVPA was associated with better scores in 10 QoL domains. The weekly frequency of LW, in turn, was associated with all QoL domains. In conclusion, promoting active movement and encouraging physical activity in older adults for at least 150 min over several days per week helps increase QoL (Vagetti et al., 2014).

Another study measured the quality of life levels of seniors engaged in physical activity, comparing an active group with a control group. The sample consisted of 159 physically independent and apparently healthy individuals of either sex, with mean age of 66.61 ± 4.73 years. The active group obtained a mean of 14.32 ± 0.763 in WHOQOL scores for quality of life levels, while the control group (CG) obtained a mean of 13.31 ± 0.94 and p-value of 0.05. Significant values were observed for the active group compared with the control group after intervention ($p < 0.05$) (Pernambuco et al., 2012b).

All adults, particularly the very old, may benefit from engaging in physical activity five or more times a week. To determine if the association between frequency of leisure-time physical activity and mortality risk differs across adulthood, 9,249 adults from the NHANES III (1988-1994) were categorized as middle-aged (40-64 years), old (65-79 years) or very old (≥ 80 years), and inactive (0 bouts of physical activity/week), lightly active (1-2 bouts/week), moderately active (3-4 bouts/week) or very active (5+ bouts/week). In all age categories, lightly, moderately, and very active adults had a lower mortality risk compared to inactive adults ($p < .001$). In very old adults only, being very active was associated with a lower mortality risk compared to being lightly active ($p=0.03$) and moderately active ($p=0.03$) (Brown, Ridell, Macpherson, Canning, y Kuk, 2013).

A number of studies have demonstrated the benefits of concurrent training in neuromuscular and cardiorespiratory parameters (Gravelle, y Blessing, 2000; McCarthy, Agre, Graf, Pozniak, y Vailas, 1995; Shaw, Shaw, y Brown, 2009; Volpe, Walberg-Rankin, Rodman, y Sebolt, 1993). Our findings corroborate these studies, given that the concurrent training group exhibited more autonomy in performing the basic and instrumental activities of daily living, while the control group had greater difficulty.

Methodologies applied differently interfere directly in the various protocols used for strength and aerobic training, primarily with respect to changing the volume and intensity of training, and the use of individuals at different training levels may lead to inconclusive results. In a study involving healthy seniors not engaged in strength training, subjects underwent concurrent training 3 times a week, with a duration of approximately 50 minutes, and the results demonstrated that the methodology adopted was efficient for this population (Glowacki et al., 2004).

Conclusion

There was a positive association between physical exercise and better quality of life, evidenced by the significant improvement in the latter on the WHOQOL-OLD questionnaire.

The care and assessment of health conditions and quality of life among seniors prompt the implementation of intervention proposals involving regular specialized physical exercise. This improves strength and cardiovascular endurance, and, in turn, their functional capacity independence and quality of life.

Elderly individuals who remain physically active tend to enjoy better quality of life, contributing to independence and autonomy in activities of daily living and resulting in a longer and happier life.

Referencias

- ACSM. (2010). *Guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Lippincott.
- Brown, R. E., Riddell, M. C., Macpherson, A. K., Canning, K. L., y Kuk, J. L. (2013). The Association Between Frequency of Physical Activity and Mortality Risk Across the Adult Age Span. *J Aging Health, 1*(25), 803-814.
- Chachamovitz, D. S. O., Vigário, P. S., Carvalho, R. C., Silvestre, D. H. S., Moerbeck, A. E. V., Soffientini, M. G., ... Vaisman, M. (2015). Does low serum TSH within the normal range have negative impact on physical exercise

capacity and quality of life of healthy elderly people? *Arch. Endocrinol. Metab., ahead of print*(Arch. Endocrinol. Metab.), 1-10.

Cruz, I. S., Rosa, G., Valle, V., Mello, D. B., Fortes, M., y Dantas, E. H. M. (2012). Acute effects of concurrent training on serum leptin and cortisol in overweight young adults. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(2), 81-86.

Dantas, E. H. M., Viana, M. V., Cader, S. A., Fernandes Filho, J., y Perez, A. J. (2008). Effects of a programme for years enterers physical force on the muscle and body composition of adults. *Sport Sciences for Health*, 4(1-2), 15-19.

Fleck, M., Chachamovich, E., y Trentini, C. M. (2003). WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.

Glowacki, S. P., Martin, S. E., Maurer, A., Baek, W., Green, J. S., y Crouse, S. F. (2004). Effects of resistance, endurance, and concurrent exercise on training outcomes in men. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36, 2119-2127.

Gravelle, B. L., y Blessing, D. L. (2000). Physiological Adaptation in Women Concurrently Training for Strength and Endurance. *The Journal of Strength y Conditioning Research*, 14(1), 5-13.

Guedes, D. P., Hatmann, A. C., Martini, F. A. N., Borges, M. B., y Bernardelli, R. (2012). Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(2), 212-226.

Hoff, J., Gran, A., y Hengerud, J. (2002). Maximal strength training improves aerobic endurance performance. *Scand J Med Sci Sports*, 12, 288-295.

Kraemer, W. J., Koziris, L. P., Ratamess, N. A., Hakkinen, K., Triplett-McBride, N. T., Fry, A. C., . . . Rubin, M. R. (2002). Detraining produces minimal changes in physical performance and hormonal variables in recreationally strength-trained men. *The Journal of Strength y Conditioning Research*, 16(3), 373-382.

Lemmer, J. T., Hurlbut, D. E., Martel, G. F., Tracy, B. L., Ivey, F. M., Metter, E. J., . . . Hurley, B. F. (2000). Age and gender responses to strength training and detraining. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(8), 1505-1512.

Marfell-Jones, M. J., Stewart, A. D., y de Ridder, J. H. (2006). *ISAK: International standards for anthropometric assessment*. Potchefstroom, South Africa.

McCarthy, J. P., Agre, J. C., Graf, B. K., Pozniak, M. A., y Vailas, A. C. (1995). Compatibility of adaptive responses with combining strength and endurance training. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27(3), 429-436.

Mello, D. B. (2008). *Influência da obesidade na qualidade de vida de idosos*. Doutorado em Saúde Pública PhD, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Nahas, M. V. (2006). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.

Paulo, A. C., Souza, E. O., Laurentino, G., Ugrinowitsch, C., y Tricoli, V. (2005). Efeito do treinamento concorrente no desenvolvimento da força motora e da resistência aeróbica. *revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 4(4), 145-154.

Pernambuco, C. S., Rodrigues, B. M., Bezerra, J. C. P., Carrielo, A., Oliveira Fernandes, A. D., Vale, R. G. S., y Dantas, E. H. M. (2012a). Quality of Life, Elderly and Physical Activity. *Health*, 4(02), 88.

Pernambuco, C. S., Rodrigues, B. M., Bezerra, J. C. P., Carrielo, A., Oliveira Fernandes, A. D., Vale, R. G. S., y Dantas, E. H. M. (2012b). Quality of life, elderly and physical activity. *Health*, 4(2), 88-93.

Raso, V., Matsudo, S. M. M., y Matsudo, V. K. R. (2001). A força muscular de mulheres idosas decresce principalmente após oito semanas de interrupção de um programa de exercícios com pesos livres. *Rev Bras Med Esporte*, 7(6), 177-186.

Rosa, G., Dantas, E. H. M., y Mello, D. B. (2011). The response of serum leptin, cortisol and zinc concentrations to concurrent training. *Hormones*, 10(3), 216-222.

Santos, L. F., Oliveira, L. M. A. C., Barbosa, M. A., Nunes, D. P., y Brasil, V. (2015). Quality of life of elderly who participate in group health promotion. *Enfermería Global*(40), 23-32.

Shaw, B. S., Shaw, I., y Brown, G. A. (2009). Comparison of resistance and concurrent resistance and endurance training regimes in the development of strength. *The Journal of Strength y Conditioning Research*, 23(9), 2507-2514.

Thomas, J. R., Nelson, J. K., y Silverman, S. J. (2007). *Métodos de pesquisa em atividade física* (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.

Vagetti, G. C., Barbosa, F. V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V., Mazzardo, O., y Campos, W. (2014). The Association Between Physical Activity and Quality of Life Domains Among Older Women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(4), 524-533.

Vale, R. G. S. (2004). *Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia e qualidade de vida de mulheres senescentes*. Mestre em Ciência da Motricidade Humana Dissertação, Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro.

Vale, R. G. S., Barreto, A. C., Novaes, J. S., y Dantas, E. H. M. (2006). Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia e qualidade de vida de mulheres senescentes. *Revista Brasileira Cineantropometria Desempenho Humano*, 8(4), 8-52.

Volpe, S. L., Walberg-Rankin, J., Rodman, K. W., y Sebolt, D. R. (1993). The Effect of Endurance Running on Training Adaptations in Women Participating in a Weight Lifting Program. *The Journal of Strength y Conditioning Research*, 7(2), 101-107.

WHO. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties (Vol. 46, pp. 1569-1585): Social science y medicine.

CAPÍTULO 42

Resiliencia versus síndrome burnout en cuidadores de pacientes geriátricos

Antonio Rico Cano, Clemencia María Ferrer Moreno, y Soledad Sánchez Martínez
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

La tercera edad es un término que sirve de sinónimo de otros como son vejez o anciano, siendo tradicionalmente relacionados con formas despectivas de dirigirse hacia las personas con más de 65 años. Este grupo de edad en los países desarrollados ha sufrido un considerable aumento durante los últimos años, lo cual suscita una preocupación en términos generales (Bayarre Pérez, y Menéndez, 2006).

Se acepta que la vejez no está determinada exclusivamente por la edad, no es una enfermedad, sino un deterioro orgánico y funcional, que afecta a los humanos. Actualmente se sabe que las causas del envejecimiento radican en un 33% en los genes, en tanto que el estilo de vida y el ambiente son responsables del resto (Gas y Pérez, 2007).

Estas características bio-psico-sociales de las personas de la tercera edad, conllevan en muchos casos una dependencia parcial o total que recae sobre los cuidadores, figura especialmente representada por los familiares (Ortiz, 2000). Aunque en un primer momento el burnout se identificó en profesionales dedicados al cuidado de las personas, recientemente se ha extendido a otro tipo de profesionales y grupos organizacionales (Schutte Toppinen, Kalimo, y Schaufelli, 2000) y, en concreto, hace ya algunos años que se pueden encontrar estudios sobre otros colectivos de diferentes países (López, Oscar, y Rodríguez, 2008).

Con respecto a la forma de afrontar este tipo de situaciones, parece importante relacionar pensamientos emocionales positivos o negativos con las situaciones adversas que se producen, disminuyendo la vulnerabilidad de los sujetos a padecer Burnout (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador, 2006). Nuestro trabajo de investigación se basa en la relación existente entre la resiliencia y el Burnout.

Conceptos de Cuidador informal, resiliencia y Síndrome de Burnout

El cuidador de personas ancianas se puede entender como aquel con lazos de consanguinidad o no, quien asume el papel y o/tarea de cuidar de ancianos que presenten dependencias o incapacidades funcionales de tal forma que necesiten, parcial o totalmente, del auxilio de otra persona para desempeñar sus tareas cotidianas. En la mayoría de las familias, un único miembro que asume la mayor responsabilidad del cuidado es la mujer: esposa, hija, nuera, hermana. En cada familia hay un cuidador principal que respondió espontáneamente o por necesidad, sin que se haya llegado a un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. Cuando se asume se piensa que va a ser una situación temporal, aunque frecuentemente acaba siendo una situación que dura varios años (Ortiz, 2000).

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1974, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores (Pérez, 2010).

Para autores como Oliva (2009), las características del Burnout seguirían una forma piramidal en cuyos vértices entrelazados tendríamos una parte emocional, debido principalmente al cansancio desde el punto de vista físico y psíquico que supone el cuidado. Por otro lado, habría una despersonalización en las relaciones del afectado acompañado de síntomas de intolerancia, impaciencia y llegando incluso a la

agresividad. En el tercero y último de los ejes de esta pirámide. Se encontraría una pérdida de la autoestima que podría llevar finalmente a un abandono de sus tareas.

La Resiliencia es la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Menezes et al., 2006). Otros autores como Grotberg (1995) defienden que puede ser medida, y que al igual que el desarrollo de los seres humanos sería un proceso con factores resilientes, comportamientos resilientes y unos resultados resilientes

Rol de Cuidador en España

De acuerdo con la Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores (IMSERSO 2004), el 84% de las personas que prestan cuidados informales son mujeres 3, de las cuales un 13,35% son cónyuges, un 59,39% hijas y un 10,84% nueras, y cuya edad media se sitúa en 53 años (Moreno y Guerrero, 2009).

Por lo que respecta a la distribución de las horas de cuidado, resulta interesante comprobar la fuerte carga que soporta el cuidador. En la Tabla 1 aparece la distribución del número de horas de cuidados. Si atendemos al conjunto de personas que reciben cuidados informales (no remunerados) de un cuidador principal, tengan o no una de las enfermedades listadas en la encuesta, vemos que más de un 40% superan las 40 horas semanales (Oliva y Osuna, 2009).

En su estudio García, Mateo y Maroto (2004) concluyeron que la combinación de estrés mantenido, demandas de cuidado físicas y una mayor vulnerabilidad biológica en cuidadores mayores puede incrementar su riesgo de problemas físicos de salud y, por tanto, un mayor riesgo de mortalidad. Según un estudio prospectivo realizado en Estados Unidos sobre cuidadores/as mayores de 65 años, los que experimentaban sobrecarga mostraron un riesgo de mortalidad un 63% más elevado que los que no cuidaban (García, Mateo, y Maroto, 2004, p. 88).

Rol de anciano en España

Es importante recordar la diferencia entre envejecimiento y longevidad, puesto que mientras la primera alude a la población española en general, la segunda se refiere a que cada vez más sujetos en concreto viven durante más años. Según esta diferencia, la población española es una población envejecida con un creciente número de longevos, como lo atestigua el hecho del número creciente de personas de la tercera y de la cuarta edad (Vera, 1996).

La población de 65 o más años representa en la actualidad un 17,5% de la población general a nivel nacional y en el caso de mayores de 74 años es de un 7,6%, fundamentalmente mujeres. Los datos sobre prevalencia de la Demencia en nuestro país son variados, oscilando en el 1-14% en personas mayores de 65 años y el 4,5-21,63% en mayores de 80 años y en torno al 40% de los mayores de 85 años (Rogeró, 2009)

Es sabido que las mujeres viven más tiempo que los hombres aunque generalmente suelen tener patologías que limitan en mayor medida su movilidad. Como señalan Fernández y Rodríguez (1995), la mayor parte de ese tiempo está comprometido con la incapacidad, la percepción de la salud, la morbilidad y los comportamientos sociales, siendo estos indicadores importantes a la hora de determinar su calidad de vida presente y futura. En estudios como los de Peña, Redono y Groning (2003) revelan también que las mujeres tienen un consumo mayor de medicamentos que los hombres (Aznar, Bes, Nalváiz, y Esteban, 2002).

Afrontamiento ante el Rol de Cuidador

Frente al síndrome de Burnout que se genera en el cuidador informal autores como Basile y Hector (2005) indican que los factores de resiliencia dependen principalmente de tres características;

1.- Atributos disposicionales del sujeto, que pueden tener fuerte base genética, como niveles de actividad, sociabilidad e inteligencia.

2.- Vínculos afectivos en la familia que han proporcionado apoyo en momentos de estrés, tensión o crisis.

3.- Sistemas de apoyo externo (ya sea en la escuela, las instituciones de culto, el trabajo, etc.) que gratifican las competencias del sujeto y le proporcionan un sentido de vida y un "lugar de control" interno.

En cuanto a la relación entre la resiliencia y las dimensiones que configuran el síndrome de Burnout en cuidadores no formales pero que en el futuro sí lo serán (ver Tabla 4), en algunos estudios como los de Risquez, García y De los Ángeles (2012), los datos mostraron una asociación negativa significativa entre resiliencia y los niveles de agotamiento emocional ($r=-0.248$; $p<.01$), y una asociación de tipo directo o positivo entre la resiliencia y la dimensión de realización personal ($r=0.521$; $p<.01$) (Risquez, García, y De Los Ángeles, 2012). Para autores como Torres (2010) un afrontamiento adecuado deberá girar en torno a una serie de actuaciones que van desde la prevención del problema que pueda surgir, el abordaje psicológico emocional que se haga, así como apoyarse en la familia para poder abordarlo correctamente.

Discusión/Conclusiones

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre la resiliencia como variable psicológica y las dimensiones que configuran el síndrome de Burnout. Una de las características propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador (Seidman, y Zager, 1991). Sin embargo esta concepción del Burnout delimitándola al mundo laboral, durante los últimos años ha sufrido una apertura a diferentes colectivos y entre ellos a los cuidadores no oficiales (Garcés y Peinado, 1998).

Estudios revisados ponen de manifiesto que son diferentes las reacciones del cuidador ante el estado emocional de sufrimiento en el que se ve envuelto. Un grupo de cuidadores tendrán la capacidad de revertirlo mediante una resiliencia adecuada. En este sentido Frankl Y Füredi (1983) señalaban que vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar una solución correcta a problemas que plantea la vida (Rivera, 2013).

El perfil de las personas cuidadoras encontrado en la mayoría de las literaturas es el de cuidadoras (en femenino) de edad avanzada, con oficios del hogar, de estado civil casadas y con estudios primarios mayoritariamente (Peñaranda, Ortiz, y Góngora 2006).

Las consecuencias sobre la salud física, aunque, en general, han recibido menos atención, han sido mencionadas también en algunos estudios, por ejemplo, Pruchno y Potashnick (1989). En dicho trabajo, en torno al 80% de los profesionales afirman que en la mayor parte (bastantes, todos o casi todos) de los cuidadores aparecen problemas de salud como alteraciones del sueño, fatiga y problemas musculares. Resulta especialmente digna de mención la cuestión sobre el abuso de sustancias, ya que un 13'9% de profesionales afirman que la mayor parte (bastantes, todos o casi todos) de los cuidadores presentan abuso de sustancias (De Trocóniz, Cerrato, González, Baltar, y Suarez, 2001).

Frente a esta situación Grotberg (2003) nos indica los pasos a seguir para un afrontamiento correcto. El objetivo de la resiliencia es ayudar a los individuos y grupos no sólo a enfrentar las adversidades, sino también a beneficiarse de las experiencias. Y que conllevan;

- Aprender de la experiencia. Los éxitos pueden ser utilizados en la próxima experiencia de una adversidad con mayor confianza, y los fracasos pueden ser analizados para determinar cómo corregirlos.
- Estimar el impacto sobre otros. O lo que es lo mismo, afrontar una adversidad no puede ser cumplido a expensas de otras personas.
- Reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejoramiento de la calidad de vida.

El estimular programas y proyectos de investigación que promuevan la Resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida de las personas, en especial la de las personas mayores, a partir de sus propios significados y la manera cómo perciben y enfrentan el mundo (Hernández, y Patricia, 2010). Por lo que

creemos que seguir avanzando en indicadores de la resiliencia, así como en técnicas para afrontar el stress que genera el cuidado en domicilios, mejorará no solo la salud de los cuidadores sino de los pacientes que son atendidos, gracias al efecto feed back que se produce entre ellos.

Referencias

- Aznar, C., Aznar, L., Bes, C., Nalváiz, T. y Esteban, E. (2002). Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de Salud de Zaragoza (*). *Revista Española Salud Pública*, 76(3), 215-226.
- Basile, H. y Hector, S. (2006). *Una Introducción a la Resiliencia: Fortaleza a partir de las crisis*. Enero 07, 2014, de Apsa. Sitio web: <http://www.apsa.org.ar/cv2012/clase1b.pdf>
- Bayarre H., Pérez J. y Menéndez J. (2006). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *Revista GeroInfo*. 1(3), 3-5.
- De Trocóniz M. I., Cerrato, I. M., González, M. M., Baltar, A. L., y Suarez, M. A. (2001). Identification of the needs of frail elderly family. *Psychosocial Intervention*, 10(1), 23-39.
- Fernández, G. y Rodríguez, V. (1995). La capacidad funcional de los ancianos españoles. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 5(1), 16-22.
- Frankl, P. y Füredi, Z. (1987). Exact solution of some Turán-type problems. *Journal of Combinatorial Theory, Series A*, 45(2), 226-262.
- Garcés, E. J. y Peinado, A. I. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer, el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93.
- García, M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac sanit*, 18(Supl 2), 83-92.
- Gas, H. y Pérez, L. (2007). Envejecimiento exitoso. *Seminario Medicina y Salud*. UNAM. México: Editorial Interistemas.
- Grothberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. La Haya: Bernard Van Leer Foundation.
- Hernández, S. y Patricia, D. (2014). *Diseño de intervención desde la afectividad humana. Una propuesta para fortalecer la resiliencia de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza integrando al cuidador familiar principal*. Febrero 16, 2014, de Red CDPD. Sitio web: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/210>
- López, B., Oscar, A. y Rodríguez, M. (2008). Estrés de rol, implicación con el trabajo y Burnout en soldados profesionales españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 293-304.
- Menezes, V. A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Oliva, J. y Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 3(56), 163-181.
- Oliva, J. y Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 3(56), 163-181.
- Ortiz, L. B. (2000). El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. En Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Peña, M., Redondo, A. y Groning, E. (2003). Consumo de medicamentos en ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(3), 1-3.
- Peñaranda, A. P., Ortiz, L. G., y Baltar, A. L. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar: análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Pérez, A. M. (2010). El Síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 4.
- Risquez, M., García, C., y De Los Ángeles, E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.
- Rivera, M. (2013). *Variables de riesgo asociadas al burnout entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer*. Marzo 15, 2014, de dialnet Sitio web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=38619>
- Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española Salud Pública*, 83(3), 393-405.

Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R. y Schaufelli, W. (2000). The Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across Occupational Groups and Nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 43-66.

Seidman, S. A. y Zager, J. (1991). A study of coping behaviours and teacher burnout. *Work y Stress*, 5(3), 205-216.

Torres, V. L. (2010). Educación y resiliencia: alas de la transformación social. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 10(2), 1-14.

Vera, P. S. (1996). Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1, 57-79.

CAPÍTULO 43

DetECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Antonio Rico Cano, Soledad Sanchez Martínez, Rosa M^a Nieto
Santander, y M^a Úrsula Nieto Rubia
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

El término suicidio se puede definir como acto *autoinfringido* que tiene como fin causar la muerte de forma voluntaria y premeditada (Nizama, 2011). En nuestro país, frente a lo que se puede pensar, se ha convertido en la primera causa de muerte externa superando durante los últimos años a los accidentes de tráfico (Saiz y Bobes, 2014). Pero no solo en España se ha convertido en un problema a causa de la crisis de los últimos años como se pudiera pensar sino que datos de otros países nos indican que su prevalencia hace que esté entre las 10 primeras causas de muerte a nivel mundial (Guibert, 2010). Sin embargo, sigue siendo un tema tabú y poco desarrollado en el ámbito laboral sanitario en general.

El riesgo de suicidio no es exclusivo de una sola etapa de la vida. Durante las últimas décadas ha habido una mejora de la salud de la población en general, pero que paradójicamente se ha acompañado de una mayor tasa de suicidio en diferentes edades. En países como México, la tasa de suicidio ha aumentado hasta en un 275% en los últimos 30 años como nos indican Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010).

Es por ello, que aunque ha mejorado considerablemente la esperanza de vida sobre todo en países desarrollados, no se ha acompañado en muchos casos de una mejor salud psicológica y una resiliencia para afrontar los problemas a los que los individuos deben enfrentarse en su día a día. En relación a la crisis económica y social sufrida en Países como España, estudios como los de Saiz y Bobes (2014) encuentran una correlación entre el número de suicidios y el desempleo, donde cada crecimiento de un 10% de parados se ha acompañado de un aumento de suicidios de aproximadamente un 1,25%. Por lo tanto, en el contexto histórico en el que nos encontramos consideramos muy importante analizar de forma profunda la situación de este problema sanitario.

Aproximación teórica al concepto suicidio

Desde el punto de vista teórico, el hecho de *autoinfringirse* algún tipo de daño no es una cuestión que haya aparecido en los últimos años. En todas las épocas históricas el hombre ha intentado controlar su derecho a vivir y morir. Tenemos ejemplos como los ocurridos en China tras la muerte de Confucio en el año 479 a. c. Según los relatos históricos, un grupo de 500 discípulos se precipitaron al mar para protestar por la destrucción de sus obras. No muy lejos, en países como Japón el *hara kiri* o muerte por corte en el vientre, era visto por los nobles como una muerte honorable tras un acto que se hubiera considerado imperdonable para el individuo o su familia (Durkheim, 1992).

El suicidio como hemos podido comprobar, no es un acto que se puede realizar exclusivamente de forma individual, sino que existen casos recientes donde la práctica de autolisis hasta quitarse la vida se ha hecho de forma premeditada por grupos. La proliferación de Sectas autodestructivas han dejado episodios como los de Guyan (1978), donde un grupo de 914 individuos se suicidaron tras la autoinmolación de su líder el Reverendo Jim Jones (Erdely, 1997). Situación que se repitió en otras ocasiones, como ocurrió en 1993, donde más de 80 personas se suicidaron de forma conjunta en Texas.

Este tipo de sectas son un problema que también ha ido proliferando durante los últimos años. Estudios como los de Gómez (1993), ya nos indicaban que un 2,2% de la población mundial era

miembro de algún tipo de Secta. Sus características comunes son que sus individuos tienen riesgo o sufren algún tipo de daño físico y/o psicológico, de privación de la libertad, existe una limitación para pensar libremente, abusos sexuales realizando prácticas no consentidas, fraudes de tipo económico organizados, junto al apartarse de familia y seres queridos (Carrasco, 2005)

Por lo tanto, a la hora de analizar el riesgo de suicidio, aunque en su mayor parte se deben analizar los problemas o riesgos desde un punto de vista individual, no debemos olvidarnos de colocar a los individuos dentro del contexto social donde se desarrollan, ya que en muchos casos pueden ser influenciados para un intento de autolisis. En este sentido, la prensa ha podido influenciar en la práctica de autolisis abordando noticias desde una perspectiva incorrecta.

La autolisis y el suicidio como nos indica Barremo (1995) vienen delimitados según la clasificación internacional de enfermedades CIE-9. Va a tener en cuenta especialmente el método empleado, aunque desde este punto de vista no incluye la causalidad. En dicha clasificación podemos encontrar:

- Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas. Dentro de este grupo nos encontraríamos la ingesta de grandes cantidades, tanto de barbitúricos como de otros tipos de psicofármacos acompañadas en muchos casos de un consumo excesivo de alcohol para intentar potenciar el efecto de estos.

- Suicidio mediante gases de uso doméstico. En este caso la vía por la que intenta consumir el suicidio es desde el punto de vista respiratorio como son los gases de los balones y butano. En muchos casos se acompaña de una posterior explosión como acto final de suicidio.

- Suicidio mediante otros gases y vapores. Dentro de este grupo también se utilizará la vía respiratoria como medio para el suicidio. En este caso, los gases más habituales son el monóxido de carbono procedente de vehículos mecanizados y del fuego.

- Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación. En este grupo también está la sofocación de bolsas de plástico con las que se intenta obstruir las vías respiratorias para provocar la muerte por asfixia.

- Suicidio por sumersión. En este caso el medio elegido es el agua, por lo que el medio para producirse será mediante el ahogamiento.

- Suicidio por arma de fuego y explosivos. El uso de armas como son de cañón corto, escopetas u otros explosivos. Dentro de este grupo podemos encontrar una de las tácticas más utilizadas en el terrorismo principalmente de tipo islámico, con la inmolación de los individuos para causar el máximo daño posible a otros.

- Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes. El uso de chuchillos y otros objetos cortantes, así como de tipo punzón se encuentran dentro de unos de los grupos más habituales de intentos de autolisis. En muchos de los casos también se intenta acompañar de un suicidio por ahogamiento ya que se realiza dentro de bañeras o piscinas.

- Suicidio por precipitación. El suicidio irá relacionado con tirarse desde una gran altura tanto en medios naturales como por aquellos contruidos por el hombre.

- Suicidio por otros medios y los no identificados. Aquí podemos encontrar por quemaduras (quemado a lo Bonzo), mediante la conducción con el objetivo de estrellarse a una gran velocidad (piloto kamikaze), salto delante de un objeto móvil para atropello y electrocución voluntaria.

- En último lugar nos encontramos aquellos suicidios que se denominan tardíos, por prácticas de autolisis que conllevan a medio o largo plazo la muerte.

Causas del suicidio

Con respecto a las causas que originan el suicidio, podemos encontrar según Gutiérrez, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006) principalmente dos tipos de factores.

A) Factores de tipo psicosociales. En ellos se incluirían:

- La pérdida reciente de un ser querido recientemente

- El ser huérfanos de una forma muy precoz que incide en haber pasado una niñez muy compleja

- El haberse criado en un ambiente familiar muy inestable.

- Existen rasgos de personalidad como son la impulsividad, la agresividad y la labilidad de humor que pueden favorecer el riesgo de suicidio
 - Historia familiar de trastornos psiquiátricos: enfermedades como la ansiedad, esquizofrenia, trastornos bipolares, depresión, alcoholismo, aislamiento social o suicidio de otros familiares previos pueden inducir a este.
 - El estado civil: en este sentido por orden de mayor a menor riesgo de suicidio nos encontramos en primer lugar a aquellos individuos que se encuentren viudos. En segundo lugar, en situaciones de divorcio o separación. En tercer lugar, estarían los solteros, sobre todo en situaciones de soledad o aislamiento social y por últimos los casados.
 - También de este grupo tendrían un gran riesgo aquellos individuos con un historial previo de hospitalización por autolesiones y tratamiento psiquiátrico anterior.
- B) Factores *biopsiquiátricos*. Dentro de este grupo nos encontramos:
- En relación al género existe una mayor tasa de suicidio masculino que femenino
 - El abuso de sustancias tóxicas como son alcohol y drogas aumentan considerablemente el riesgo de suicidio.
 - La edad: especialmente es significativo el riesgo de suicidio en jóvenes y adolescentes.
 - Trastornos de personalidad antisocial
 - Depresión, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia
 - Trastornos de personalidad antisocial Intento de suicidio previo Enfermedades incapacitantes, dolorosas, terminales
 - Incapacidad para afrontar y resolver problemas

Objetivos

- Determinar las causas de suicidio en nuestra sociedad
- Describir el perfil más habitual de persona que se suicida.

Metodología

Revisión Sistemática mediante consulta de Bases de datos de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda PUBMED, CUIDEN, y CSIC. Bibliotecas electrónicas: SCIELO y Biblioteca las Casas (incluida en CUIDEN) que incluyen artículos, protocolos y otros documentos relacionados con cuidados de salud. Acceso a información científica a través de los motores de búsqueda Google Scholar y Scencedirect.

Los descriptores han sido: “Suicide” AND Elder, “Self harm” AND “Stress”. De las 109 referencias obtenidas, fueron seleccionados 17 en relación a los diferentes criterios establecidos para llevar a cabo nuestro estudio.

Resultados

Los riesgos de suicidio se pueden dividir en primer lugar por factores internos o externos al individuo. En el primero de los casos las causas pueden ser muy variadas, aunque todas conllevan ideas suicidas previas (Villalobos-Galdis, 2010). En el caso de las causas externas, es muy importante valorar el entorno de amistades, sobre todo en el caso de jóvenes y adolescentes.

Existen diferentes métodos para la detección del riesgo de suicidio como son la La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, el Cuestionario del riesgo de suicidio “QRS” (García, Guirado, Salcedo, y Muñoz, 2005), la Escala de ideación Suicida (Macip, Martínez, León Forteza, y Núñez, 2000) o la escala de Inventario de Ideas Suicidas Positivas y Negativas (Villalobos, 2010)

Junto a factores internos, existen otros como son la prensa que pueden llevar a la autolisis. Como nos indican Pedraza, Guzman y Rubio (2005) el incremento de los suicidios vienen relacionados

directamente con la difusión que conllevan y la publicidad que se haga, posiblemente por un efecto dosis que tenga.

Este tipo de influencias es especialmente significativa en grupos de jóvenes y adolescentes, donde también se ha podido observar que si un individuo dentro de un grupo de amigos realiza un intento de autolisis es más probable que se produzca un efecto de imitación por parte de otro dentro de ese grupo, debido a dos causas principalmente, ya sea porque se produce un efecto de imitación o porque los individuos con ideas suicidas tienden a juntarse (Phillips, 1974).

Según estudios como los de Tuesca y Navarro (2012) existe una correlación entre trastornos psiquiátricos y riesgo de suicidio. De los cuales un 60% sería debido a las depresiones, especialmente de larga duración, y un 40% estarían relacionados con otros problemas como son la esquizofrenia y el consumo de sustancias como son el alcohol y las drogas..

Discusión/Conclusiones

El suicidio a nivel mundial supondría más de un millón de fallecimientos al año. En numerosos países de nuestro entorno y en España, el número de suicidios ya es superior a otras causas de exitus externas como son los accidentes de tráfico, lo que pone en especial relevancia el interés en su estudio (Ribot, Alfonso, Ramos y González, 2010).

El suicidio durante los últimos años ha aumentado de forma muy considerable en la población juvenil y adolescente. No obstante, el mayor porcentaje de suicidios se suele dar en la población de mayor edad (Cortés, Aguila, Suárez, Rodríguez, y Durán, 2011) existiendo una correlación entre ambos.

En la mayoría de países donde se ha realizado un análisis del riesgo de suicidio según el género, se han podido identificar que las mujeres presentan una mayor tasa de ideación de autolisis e intento de suicidios. No obstante, la consumación del suicidio es 9,10 veces superior en hombre que en mujeres (De Jalón y Peralta, 2002)

Es en Atención Primaria donde se da una especial relación de los profesionales sanitarios con el paciente y su entorno, lo que permite una mejora valoración del riesgo de suicidio pudiendo utilizar las diferentes escalas que han demostrado su eficacia para su prevención de una forma precoz.

Es necesario que las Administraciones públicas trabajen de forma conjunta con los medios de comunicación mandando mensajes a la comunidad, centrandose sobre todo en la prevención del riesgo de autolisis y con un correcto abordaje de los casos que se produzcan.

El abordaje del riesgo de suicidio tiene que ser multifactorial desde un punto de vista sanitario. Debe existir una colaboración de todos ellos para poder actuar de forma precoz, no solo utilizando medios para la detección, sino con un intercambio de información que sea activo entre todos..

Referencias

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.

Carrasco, P. R. (2005). El problema de las sectas: criterios para una aproximación analítica. *Ciencias religiosas*, (14), 43-62.

Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Suárez Medina, R., Rodríguez Dávila, E., y Durán Rivero, J. S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 33-41.

De Jalón, E. G., y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio Suicide and risk of suicide. In *ANALES Sis San Navarra* (Vol. 25, No. Suplemento 3).

Durkheim, E. (1992). *El suicidio* (Vol. 37). Ediciones Akal.

Erdely, J. (1997). Sectas destructivas: definiciones y metodología de análisis. *Revista Académica para el Estudio de las Religiones*.

- García, R. R., Agraz, F. P., Guirado, M. A., Salcedo, E. M., y Muñoz, L. H. (2005). Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). *Actas españolas de psiquiatría*, 33(5), 292.
- Gómez, M. G. (1993). *Los nuevos movimientos religiosos:(las sectas): rasgos comunes y diferenciales*. Ediciones Universidad de Navarra. EUNSA.
- Guibert Reyes, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 139-142.
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Macip, S. G., Martínez, A. D., León, S. O., Forteza, C. G., y Núñez, J. D. J. G. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. *Rev. Perú. Epidemiol.(Online)*, 15(2), 1-5.
- Pedraza, R. S., Guzmán, Y., y Rubio, H. C. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 12-25.
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 340-354.
- Sáiz, P. A., y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 7(1), 1-4.
- Tuesca, R., y Navarro Lechuga, E. (2012). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*, 17.
- Villalobos-Galvis, F. H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.

