





RIESGOS PARA LA SALUD  
EN ADULTOS-JÓVENES Y MAYORES



J. A. MIRÓN

RIESGOS PARA LA SALUD  
EN ADULTOS-JÓVENES Y MAYORES

Coedición:  
Universidad de Salamanca  
Ayuntamiento de Salamanca  
Universidad Pontificia de Salamanca

2010

# COLECCIÓN CUADERNOS DE LA EXPERIENCIA

*Dirección de la colección:*

M.<sup>ª</sup> DOLORES PÉREZ GRANDE,  
Universidad de Salamanca

M.<sup>ª</sup> ADORACIÓN HOLGADO SÁNCHEZ,  
Universidad Pontificia de Salamanca

DIRECTORAS DEL PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO  
DE LA EXPERIENCIA DE CASTILLA Y LEÓN  
EN SALAMANCA

© J. A. Mirón

Diseño de portada: a.f. diseño y comunicación

ISBN: 978-84-7299-898-8

Depósito Legal: S. 1.196-2010

Imprenta KADMOS  
Salamanca, 2010

## ÍNDICE

PRÓLOGO. Excmo. Sr. D. Julián Lanzarote Sastre. Alcalde de Salamanca.....	9
PRESENTACIÓN. M <sup>o</sup> Dolores Pérez Grande .....	11
RESUMEN .....	15
PROGRAMA FORMATIVO DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE JÓVENES-ADULTOS Y MAYORES.....	23
La Salud como recurso para la Vida .....	25
Niveles de prevención y estrategias preventivas.....	29
ESTILO DE VIDA COMO DETERMINANTE DE SALUD .....	35
Hábitos tóxicos: tabaco.....	37
Hábitos tóxicos: alcohol .....	40
Factor de riesgo: obesidad .....	43
Factor de riesgo: estrés .....	45
Factor de riesgo: medioambiente .....	55
PROBLEMAS DE SALUD Y/O ENFERMEDADES.....	59
Discapacidad .....	61
Enfermedades Infecciosas.....	64
Enfermedad Cardiovascular .....	69
Mitos y realidades entorno al Cáncer .....	74
Enfermedad Respiratoria .....	79
Demencias y enfermedad de Alzheimer .....	81
RECURSOS PARA LA SALUD .....	87

Sistema Sanitario Español .....	89
Vida saludable en el siglo XXI.....	94
Edades del hombre y la Salud-Enfermedad.....	98
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	101
DIRECCIONES DE INTERNET .....	105

## PRÓLOGO

Un año más, y ya suman seis, ustedes, sempiternos bachilleres que dan sentido y contenido a la Universidad de la Experiencia, regresan para contarnos cuánto han aprendido. Un nuevo cuaderno que profundiza en la educación para la salud, los estilos de vida saludables y la prevención.

Al igual que en el resto de temas que han abordado en esta magnífica colección de Cuadernos de la Experiencia, universitarios de diferentes generaciones han realizado un exhaustivo estudio. Y la conclusión, que seguramente los más mayores ratifican con su experiencia, es que pequeños hábitos cotidianos contribuyen a una vida más saludable y más feliz.

El curso “Riesgos para la salud en jóvenes adultos y mayores”, nombre que da también título al cuaderno que sostiene entre sus manos, les ha permitido aumentar sus conocimientos y espero que haya logrado, además, aumentar su bienestar.

Objetivo que desde el Ayuntamiento de Salamanca buscamos en cada una de las ediciones de la Universidad de la Experiencia, que comenzó su andadura en 1997. Desde entonces, ustedes han enriquecido año tras año este programa, que se ha convertido en una auténtica escuela de vida.

Julián LANZAROTE SASTRE  
*Alcalde de Salamanca*



## PRESENTACIÓN

En el *Cuaderno de la Experiencia* nº 6 se recogen los conocimientos científicos y la investigación que se realizó en el Curso Extraordinario Inter-generacional de la Universidad de Salamanca denominado: *Riesgos para la salud en jóvenes adultos y mayores* que aparece también como título del libro.

A lo largo del curso, y bajo la dirección de José Antonio Mirón, profesor de la asignatura Salud y Calidad de Vida, un grupo de profesionales universitarios del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Psicología, Educación y otras áreas de la Medicina -en su mayoría profesores también de la Universidad de la Experiencia-, llevaron a cabo un Programa de Educación para la Salud destinado a estudiantes universitarios de diferentes generaciones. Además evaluaron su eficacia.

La salud es entendida por la OMS como un estado de bienestar que incluye aspectos físicos, psíquicos y sociales, y que permite disfrutar de un buen funcionamiento a nivel individual, familiar y social. Para conseguir tal estado saludable y una buena calidad de vida, parece sabio el dicho popular "*es más fácil prevenir que curar*". El Programa educativo reflejado en el libro asume estos presupuestos y pretende aumentar la capacidad de adultos jóvenes y mayores para gestionar con éxito su salud, responsabilizándose de sus comportamientos y hábitos cotidianos (alimentación, ejercicio, evitación de tóxicos...), con el fin de prevenir la enfermedad, la dependencia y la muerte prematura. Las evidencias recogidas en las páginas del libro, muestran que pequeños esfuerzos cotidianos relacionados con el estilo de vida pueden aportar grandes cambios para la salud, aumentando las expectativas de vida.

La intervención educativa, se vio reforzada por una investigación acerca de su eficacia. En un estudio cuasi-experimental se valoraron antes de comenzar el curso los conocimientos iniciales y los comportamientos en re-

lación a la salud y el estilo de vida de los y las participantes. Posteriormente se aplicó el Programa de Educación para la Salud, que consistió en impartir conocimientos científicos y debatir sobre los estilos de vida saludables, y por último, se evaluaron las mejoras respecto al control de la salud y la prevención de la enfermedad, es decir la efectividad del programa. Los resultados mostraron una mejoría en la capacitación de jóvenes y mayores en los aspectos evaluados.

En una primera fase del programa se ofrece información global acerca de la Educación para la Salud y sus posibles procedimientos, los estilos de vida y la importancia de basarse en información válida y precisa para que las personas puedan comprender, concienciarse y comportarse de forma responsable con su salud. Se concretan los niveles de prevención y las estrategias preventivas globales. Posteriormente se revisan factores de riesgo para la salud; el consumo de tabaco y del alcohol, la obesidad, el estrés, la contaminación ambiental o los problemas especiales que se plantean en la discapacidad. En el análisis no se olvidan los aspectos sanitarios, afectivos, laborales, familiares y sociales, ofreciendo orientaciones y consejos para prevenir y afrontar cada uno de los riesgos.

En siguientes capítulos se explican y detallan la enfermedad cardiovascular, las enfermedades infecciosas y respiratorias, el cáncer... rebatiendo falsos mitos y creencias extendidas. Por ejemplo se pone de relieve la ineficacia –incluso los perjuicios– del uso de antibióticos en catarrros comunes o gripes, a veces autorrecetados, o el mito de que el tratamiento del cáncer está más avanzado en Estados Unidos.

Por otra parte se nos muestra como los hábitos saludables pueden llevarnos a prevenir un infarto, un ictus cerebral, un cáncer... y como diferenciar los inicios de la demencia o la enfermedad de Alzheimer con los olvidos y pérdida de memoria normales. Descubrimos que las actividades de inventar y organizar son las más eficaces en la prevención del Alzheimer, pero que esta eficacia es limitada si no se empieza entre los 20-29 años.

Una revisión al sistema sanitario español y unas reflexiones sobre la vida saludable en el S XXI, finalizan este corto pero intenso ejemplar, lleno de informaciones sugerentes, relevantes y eficaces.

Una vez más el contacto intergeneracional ha mostrado ser un activo eficaz en la adquisición significativa de conocimientos y en la creación de un espacio de interacción y aprendizaje mutuo que beneficia tanto a los mayores como a los jóvenes. La metodología interactiva del curso es imprescindible para que estos beneficios se produzcan. Los mayores se sienten más satisfechos e integrados al aportar algunos de sus conocimientos acumulados y ambas generaciones valoran siempre muy positivamente la experien-

cia conjunta y la interacción. Si la salud es un tema que parece interesar especialmente a los mayores, para los jóvenes resulta relevante conseguir una buena información, teniendo en cuenta que la prevención real de diversas enfermedades comienza desde la temprana juventud. La interacción intergeneracional resulta también eficaz a la hora de incrementar otros aspectos relevantes para la salud física y mental; la flexibilidad, la capacidad de ver puntos de vista diferentes del propio, el cuidado de las relaciones, el apoyo social, el mantener la mente activa...

Quisiera aprovechar mi última presentación de un Cuaderno de la Experiencia como directora del Programa Interuniversitario, para expresar mi agradecimiento a todas las personas que a lo largo de estos tres años han colaborado en la elaboración y publicación de los Cuadernos y a quienes compartieron sus vivencias y esfuerzos. Agradecer una vez más al Ayuntamiento de Salamanca la subvención de esta colección, a la concejala Clarisa Molina, y a todas las profesionales y técnicas que desde el consistorio han apoyado a la Universidad de la Experiencia. A la Universidad Pontificia de Salamanca, a su servicio de publicaciones y a sus responsables en la Experiencia, grandes profesionales que apoyan desde allí todo el programa en Castilla y León. También a los profesores y profesoras que colaboraron en los cursos intergeneracionales a lo largo de estos años, y a los coordinadores y coordinadoras de las diferentes sedes que tanto aportaron personal y profesionalmente. Y por supuesto, a los estudiantes de la Experiencia siempre tan llenos de ilusión y motivación por seguir aprendiendo, y a los jóvenes universitarios/as que interaccionaron con ellos.

Gracias, muchas gracias a todos y a todas ellas.

Solo me queda desear a María Clemente la nueva directora, y a las nuevas coordinadoras Cristina Velasco e Inés Rodríguez mucha suerte y éxitos en este camino laborioso pero apasionante.

MARÍA DOLORES PÉREZ GRANDE



## RESUMEN

La Salud Pública, a través de un esfuerzo organizado de la Sociedad, tiene por objetivo final promover la Salud y prevenir la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura de los distintos grupos poblacionales y/o sociales. Se refiere, por tanto, a intervenciones sociales que deben realizarse en base al modelo de práctica profesional basado en trabajo en equipo y en evidencias científicas. La finalidad de una investigación aplicada y de intervención en jóvenes y adultos es aportar información sobre los Riesgos que para la Salud existen en la Sociedad actual.

Esta experiencia educativa sanitaria e investigadora que lleva a cabo el Programa Interuniversitario de la Experiencia implica valorar una situación en relación con los conocimientos sobre la Salud y sus factores de riesgo –riesgos de Salud en dos grupos poblacionales– e intervenir sobre la misma. Es decir, pretende conocer la situación en relación a los riesgos de Salud de dos grupos poblacionales, jóvenes y adultos, estimar las repercusiones que se producen en ambos a nivel de morbilidad y calidad de vida relacionada con la Salud e implementar un Programa de Ecuación para la Salud (EPS) para mejorar y/o cambiar los estilos de vida relacionados con la Salud y mejorar dicha situación.

La experiencia de intervención formativa que se pretende es original y oportuna dado que se aplica a dos grupos sociales de los que se tienen escasa experiencias en términos de interacción de ambos grupos poblacionales en el terreno sanitario y de Salud Pública.

Los objetivos que dicha investigación pretende conseguir se hace a través de un *estudio cuasi experimental o de intervención*. Este tipo de estudio epidemiológico tiene un nivel de evidencia científica, según los Task Force, de grado II-A. Además, se pretende conocer la situación previa (diagnóstico con un protocolo de Salud-Enfermedad como instrumento de medida –*pretest*–), valorar si se producen diferencias significativas en los riesgos

en términos de cambios de comportamientos y hábitos entre ambos grupos (después de la intervención *-postest-*).

La intervención en ambos grupos, consistirá en un Programa de Educación para la Salud (EPS) para la mejora y control de la Salud y prevención de la enfermedad basada en los estilos de vida relacionados con la Salud, alimentación, ejercicio físico, sobrepeso y obesidad, hábitos tóxicos, accidentes, estrés, uso racional de los medicamentos y seguridad del paciente con las características recomendadas por los grupos de expertos Cochrane. Éstos aconsejan, para lograr la efectividad del programa, que sea multifactorial, multiprofesional y participativo. Posteriormente a la intervención, se volverán a aplicar los protocolos a ambos grupos (*-postest-*) y se analizarán los resultados con la finalidad de comprobar si existen diferencias significativas entre el antes y el después y, entre el grupo de jóvenes y el de adultos. Si las diferencias resultan ser significativas, la intervención, es decir, el programa de EPS, demuestra ser efectivo en uno o en ambos.

## OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

### 1. Generales

- Aportar conocimientos y evidencias científicas actuales sobre el estilo de vida y la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los individuos.
- Realizar una intervención mediante un EPS.
- Valorar la efectividad del Programa de EPS.

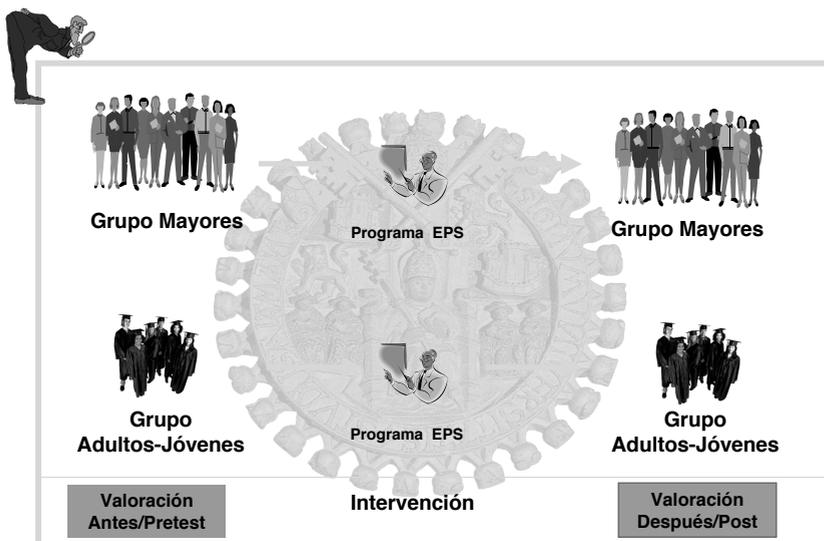
### 2. Específicos

- Analizar la situación de los grupos diana en relación con los comportamientos saludables.
- Conocer los hábitos tóxicos en relación con la Salud de ambos grupos.
- Estimar la efectividad del Programa de EPS sobre conocimientos y actitudes en relación con la Salud-Enfermedad.
- Determinar la efectividad individual y colectiva de la intervención de EPS en relación con los hábitos tóxicos.
- Valorar la efectividad general y específica de la intervención en su dimensión individual y colectiva, tanto en el grupo de jóvenes como en adultos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### ➤ **Diseño del estudio:**

- Se trata de un estudio de intervención, longitudinal y prospectivo; en el que el “factor de manipulación” se corresponde con una intervención informativa y formativa a través de un Programa de EPS aplicado a dos grupos poblacionales
- Es un estudio “cuasi-experimental”, con evaluación “antes-después”, del grupo de jóvenes y de adultos. La evaluación inicial –CO– será seguida de una intervención mediante Programa de EPS –C1– inmediata. Por último, se pueden realizar valores a medio plazo y tras un intervalo de seis meses post-intervención para valorar los efectos de la intervención.
- La estructura básica del estudio, se muestra a través de la figura 1. Como puede observarse, en el estudio existirán dos grupos que formarán un grupo denominado *Experimental* (en él se intervendrá mediante un Programa de EPS).



Estructura básica de un diseño cuasi-experimental

- Es un estudio unicéntrico. La investigación se lleva a cabo en Salamanca capital por un solo grupo de trabajo con experiencia en EPS.
- Dadas las características de los integrantes se distinguen específicamente dos grupos, el de adultos-jóvenes y el de adultos.
- Se valora la situación de los conocimientos, conductas y comportamientos en relación con la salud y su estilo de vida; así como, sus hábitos tóxicos a través de un cuestionario elaborado al efecto (instrumento de medida). La efectividad del programa de EPS se valoró al terminar la intervención, es decir, el curso de Educación para la Salud.
- Este tipo de diseño se corresponde con un nivel de evidencia científica suficiente, nivel II-A de los Task Force, para una investigación aplicada y de Salud Pública como la que se pretende.

➤ **Sujetos**

- Hombres y mujeres.
- Grupos de edades (18-35 años y >50 años).
- Clase social: nivel de instrucción y ocupación.

➤ **Variables**

- **V.D.:** Repercusiones en relación con los conocimientos relacionados con la Salud.
- **V.I.:** Edad (18-35 años y >50 años).
- **V.I.:** Sexo (varón, mujer).

➤ **Instrumento de medida**

- La información se obtendrá a través de un cuestionario específico elaborado a tal efecto por el equipo de formación e investigación.
- Se llevará a cabo un estudio de intervención tipo antes y después, sobre jóvenes universitarios y adultos del programa interuniversitario de la experiencia, con edades comprendidas entre los 18-65 años.

➤ **Programa de Educación para la Salud (EPS)**

El Programa de EPS tendrá por objeto intervenir sobre el estilo de vida saludable y el Bienestar y la Calidad de Vida relacionada con la Salud y sobre los hábitos tóxicos.

La intervención seguirá las recomendaciones que realizan los expertos en base las revisiones sistemáticas de la base Cochrane y que son las siguientes:

- Metodología interactiva, multifactorial y multidisciplinar.
- Contenidos:
  1. Salud como recurso para la vida.
  2. Niveles de Prevención y estrategias preventivas.
  3. Estilo de vida como determinante de la Salud: obesidad, estrés, medio ambiente, Hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
  4. Discapacidad.
  5. Enfermedades: Infecciosas, Cardiovascular, Cáncer, EPOC y Alzheimer.
  6. Sistema Sanitario Español.
  7. Vida Saludable en el siglo XXI.

En consecuencia, la intervención educativa se va a realizar por parte del equipo investigador. El equipo elaboró el material para las charlas, que tuvieron una duración entre 30-45 minutos y que se impartieron mediante cañón en formato PowerPoint que se siguió de una parte interactiva y participativa para resolver dudas.

## PROFESOR RESPONSABLE Y DIRECTOR DE LA MONOGRAFÍA

JOSÉ ANTONIO MIRÓN, profesor titular de Universidad del área de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Experto en Educación para la Salud y Medicina Basada en la Evidencia. Ha organizado y dirigido 10 cursos de formación en EPS. Ha realizado varias investigaciones basadas en diseños cuasiexperimentales de intervención educativa y formativa. Tiene publicados varios artículos sobre esta metodología y en relación con la EPS, estilos de vida relacionados con la Salud y Educación Médica. Responsable de la asignatura troncal obligatoria <<Salud y Calidad de Vida>> del Programa Interuniversitario de la Experiencia.

## PROFESORES COLABORADORES

MONTSERRAT ALONSO, profesora contratada doctor del área de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

HELENA IGLESIAS, profesora ayudante doctor del área de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

CELIA FERNÁNDEZ, psicóloga clínica del SACYL y profesora asociada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

ROBERTO RODRÍGUEZ, médico de familia y experto en enfermedad de alzheimer y otras demencias.

## RESULTADOS OBSERVADOS

Los conocimientos previos en relación con la Salud se valoraron a través de un cuestionario (Antes o Pre-test y Después o post-test) de 25 ítems sobre los conocimientos básicos sobre Salud, niveles de prevención, estrategias, factores de riesgo y las enfermedades crónicas más prevalentes. Según el pre-test, aprobaron 2 alumnos de mayores y 5 de jóvenes. La media de ítems contestados de manera adecuada fueron 8 en el grupo de los mayores y 10 en el grupo de jóvenes. En el post-test fueron 15 y 17 respectivamente. Uno a uno, es decir, individualmente mejoran todos en la adquisición de conocimientos y algunos de manera significativa. La mejora como grupo es significativa en ambos grupos, los jóvenes pasan del 41% al 68% y los mayores del 32% al 60%. Globalmente, como grupo de intervención educativa, se pasa de una media de 9 a 16 y de un porcentaje del 36% al 64% (Ver la tabla siguiente).

GRUPO	ANTES	DESPUÉS	Nº DE ÍTEMS + ANTES/DESPUÉS	MEDIA ÍTEMS + ANTES/DESPUÉS	% DE MEJORA
JOVENES	9	9	5/9	10/17	<b>41/68</b>
ADULTOS	11	10	2/10	8/14	<b>32/60</b>
GLOBAL	20	19	7/19	9/15,5	<b>36,5/64</b>

\*Significación estadística en negrita

## VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta experiencia intergeneracional entre jóvenes y adultos mayores ha sido positiva en muchos aspectos, entre los que destacan: educativos, interpersonales y sociales. En los específicamente educativos y formativos, de los datos observados se desprende la mejoría en la capacitación de los jóvenes y mayores participantes en esta experiencia relacionada con la Salud. Los resultados son positivos en los individuos y en ambos grupos. Además, los datos sobre mejoría son estadísticamente

significativos en jóvenes y mayores, es decir, en ambos grupos la intervención educativa mejora los conocimientos y esto no se debe al azar sino a la intervención educativa (curso de 20 h). Lo que no se puede asegurar son los efectos en términos de cambio hacia hábitos o conductas saludables y, en utilizar adecuadamente las medidas preventivas y las prestaciones que el Sistema Sanitario Español ofrece a todos de manera gratuita. Es de esperar, con bastante probabilidad, que la mejora en los conocimientos y en la capacitación de las personas, jóvenes y adultos/adultas, a través del curso, les permita controlar su Salud y mejorarla. Éste era el objetivo principal del curso, capacitar para mejorar la Salud de manera responsable y efectiva.

Otro aspecto a destacar, como muy positivo, ha sido la comunicación intergeneracional (jóvenes y mayores), dado que se han podido compartir experiencias de Vida en relación con los factores de riesgo. Un ejemplo de ello ha sido el relacionado con el hábito alcohólico. Las experiencias reflejadas por las personas adultas han supuesto un refuerzo importante, dado el contraste entre las diferencias de edades de los dos grupos. Además, han supuesto un aliciente para incentivar la participación y para la valorar la Salud como un recurso esencial para la Vida.

En resumen, se ha realizado una intervención educativa que muestra ser efectiva y, que se ha enriquecido a su vez con la participación de dos grupos sociales diferenciados por la edad, pero que comparten objetivos vitales comunes y valores como la Salud.

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

La finalidad de una investigación aplicada y de Salud Pública es buscar soluciones a los problemas de Salud de la población a través de la efectividad de un Programa de EPS que aporta conocimientos y evidencias científicas a las personas. Se trata, por tanto, de aportar información sobre los riesgos para la Salud a través de un Programa de EPS. La intervención ha demostrado tener efectos significativos, es decir, se consiguen diferencias significativas en el grado o nivel de conocimientos entre el *antes* y el *después* en los jóvenes y adultos. Dicho de otra forma, los resultados observados en relación con los conocimientos son mayores a los esperados, es decir, obtienen significación estadística. Quiere decir que éstos se deben a la intervención del Programa de EPS y no al azar. En consecuencia, la herramienta educativa resulta ser efectiva en relación con los conocimientos sobre la Salud de dos grupos sociales que necesitan nuestra atención

En conclusión, se obtienen unos resultados con un el nivel de evidencia científica, es decir, con un rigor científico suficiente que permite tomar

decisiones de Planificación y Programación Sanitaria en relación a la política educativa y sanitaria de la población. La Educación para la Salud se muestra como una herramienta educativa efectiva en relación con la capacitación de las personas y los grupos poblacionales para que puedan gestionar su propia Salud y la mejoren.

PROGRAMA FORMATIVO DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN  
PARA LA SALUD DE ADULTOS-JÓVENES Y MAYORES



## LA SALUD COMO RECURSO PARA LA VIDA

J.A. Mirón

Desde hace cinco años se viene impartiendo la asignatura Salud y Calidad de Vida relacionada con la Salud como parte del *Programa Interuniversitario de la Experiencia*, ubicada en el tercer curso, tiene el objetivo general de dar a conocer los conocimientos y las evidencias científicas actuales en relación con el binomio Salud-Enfermedad para que los alumnos adquieran información y conocimientos sobre los principales factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas más prevalentes y cambien su estilo de vida para conseguir comportamientos saludables y una Vida en la que aumente su *bienestar y su calidad*.

La **Salud** constituye un recurso fundamental para la vida en sus diferentes etapas y facetas vitales. Incluye varias capacidades personales relevantes como la fortaleza, la vitalidad, la atención y las destrezas. Para las personas constituye un factor que puede, en gran medida, facilitar o inhibir la capacidad funcionamiento. Este funcionamiento físico está determinado por múltiples factores. Uno de los más influyentes o determinantes es la existencia de problemas de salud asociados o no diferentes déficits físicos, sensoriales y sociales. Así, el nivel de salud constituye una variable dependiente condicionada por factores biológicos, factores ligados al entorno, estilos de vida y por el sistema de atención socio-sanitaria.

El individuo adulto se identifica y caracteriza como la persona que es capaz de afrontar las diferentes situaciones, los problemas que aparecen, los retos y las exigencias de la vida en Sociedad. Es decir, vivir autónomamente, ofrecer protección y recursos a sus familiares directos, ser competentes en el trabajo y participar de las actividades sociales como individuos comprometidos con el Bienestar y el Desarrollo Social. La palabra adulto proviene del término latino *adultum* que significa «el crecido», lo que se asocia fundamentalmente al aspecto biológico. Por edad, en muchos países se considera la mayoría de edad a los 18 años.

Actualmente, la consideración de persona adulta depende de un conjunto de valores, intereses y factores biopsicosociales con los que los individuos tienen que convivir y aceptar para mediante un proceso complejo, desarrollarse como persona desde el punto de vista emocional, intelectual y social. El incremento de la esperanza de vida está ocasionando que aparezcan enfermedades propias de otras etapas de la vida y que representan un

deterioro orgánico del adulto por la asunción de comportamientos y exposición continuada a factores de riesgo que conllevan un desgaste progresivo del organismo.

La **Educación para la Salud** es una herramienta profesional que consiste en aportar conocimientos e información basados en evidencias científicas necesarias y adecuadas para que las personas sean capaces de comprender y valorar la importancia de sus comportamientos y hábitos en relación con la Salud. Es decir, capacitar a los individuos para que sepan controlar y mejorar su propia Salud. Esta actividad sanitaria que aporta básicamente información sobre el binomio Salud-Enfermedad constituye un elemento esencial para la Salud individual y colectiva.

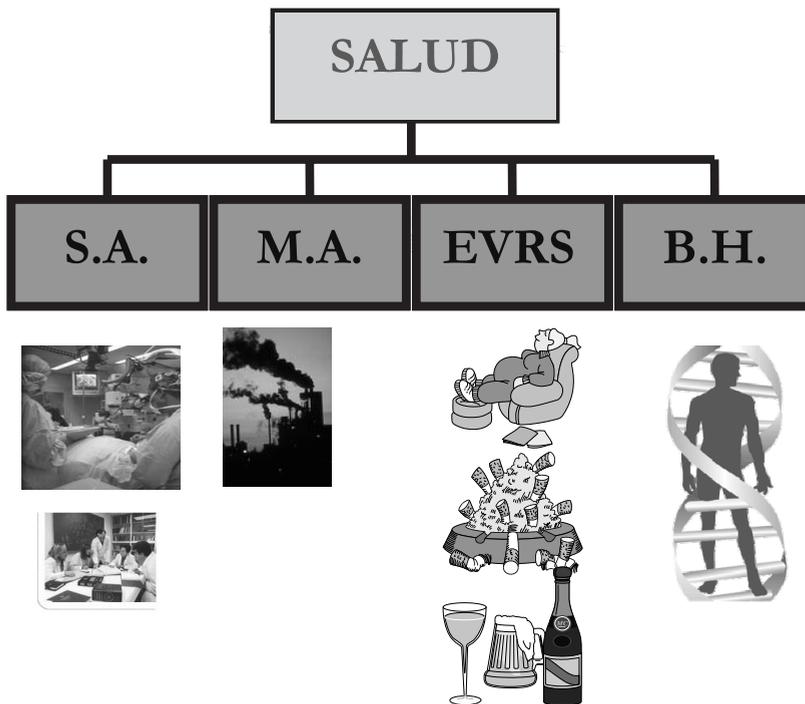
Como prestación y servicio sanitario se encuadra en el primer nivel de prevención teniendo como objetivo primordial que los individuos desarrollen comportamientos saludables y, en consecuencia, tengan menos probabilidades de enfermar. Es decir, estilos de vida relacionados con la Salud consecuentes con los conocimientos y evidencias científicas de que se disponen en la actualidad para mejorar la Salud y prevenir la enfermedad.

Los procedimientos, técnicas o métodos para llevar a cabo un programa de EPS pueden ser directos o indirectos. En los *directos* existe la posibilidad de retroalimentación (feed-back) entre el profesional sanitario o agente educador, que emite el mensaje relacionado con la Salud, y el receptor. En los *indirectos*, no existe la posibilidad de retroalimentación. Es decir, el receptor sólo recibe el mensaje y lo comprende y procesa sin ayuda. Los directos, dadas sus características son más efectivos que los indirectos. Se deben utilizar ambos. En el sector sanitario y, en concreto, en el sistema sanitario se utiliza básicamente el directo: entrevista clínica, charlas, conferencias, mesas redondas, etc.

En el momento actual, se dispone de abundante información sobre las causas de muerte y sobre la morbilidad de la población general, en cambio, asistimos a comportamientos y estilos de vida cada vez más nocivos y tóxicos para el individuo y la Sociedad. Las causas de esta contradicción son múltiples, complejos intereses socioeconómicos, falta de tiempo, inadecuados líderes sociales, falta de información válida y precisa, cultura del placer y del no esfuerzo, etc.

El conjunto de conductas y comportamientos que rigen la forma de enfrentarse a los retos diarios por parte de los individuos conforman su *estilo de vida*. Un elemento clave, que determina e influye en el mismo, es la falta de información válida, precisa y personalizada. Se estima que un individuo bien informado comprende mejor sus problemas de Salud y responde de manera más consecuente y responsable.

Según el modelo propuesto por *La framboise* y, que posteriormente concreto *Marc Lalonde* en 1974, los niveles de Salud de los individuos están determinados por al menos cuatro factores, la biología humana y/o herencia genética con peso relativo del 27%, el medio ambiente con un peso del 19%, el modelo asistencial y sanitario con un 11% y los estilos de vida con un 43%. Si analizamos los mismos en el que más puede intervenir el individuo, es decir, el que más puede controlar con su comportamiento es el estilo de vida (Ver figura).



\* M. Lalonde, 1974

La información, consejos y recomendaciones que los profesionales sanitarios incluyen en la Educación para la Salud (Promoción de la Salud) y en la Educación Sanitaria (Prevención de la enfermedad) deben estar basadas en evidencias científicas, es decir, aquellas que han demostrado efectividad en estudios e investigaciones previas. No todas las actividades que se aconseja incluir en el estilo de vida relacionado con la Salud tienen la evidencia suficiente, por este motivo, diversas instituciones gubernamentales y grupos de expertos clasifican éstas en base a su firmeza y rigor científico. Existen

diferentes niveles de evidencia y en base a la misma se clasifican las recomendaciones en A, B, C, D e I.

- *Recomendación A.* Evidencia firme. Se aconseja incluir la actividad preventiva en los pacientes elegibles. El beneficio supera significativamente a los riesgos.
- *Recomendación B.* Evidencia aceptable. Se aconseja incluir la actividad preventiva en los pacientes elegibles. El beneficio supera a los riesgos.
- *Recomendación C.* Existe Evidencia; pero el margen entre beneficio-riesgo es estrecho para justificar una recomendación general.
- *Recomendación D.* Existe Evidencia aceptable de que la actividad preventiva no es efectiva o de que el riesgo sobrepasa los beneficios.
- *Recomendación I.* Evidencia insuficiente por los que el balance entre beneficio y riesgo no puede determinarse.

En consecuencia, las actividades preventivas y de EPS deben basarse generalmente en recomendaciones tipo A y B. Excepcionalmente se podrán utilizar las tipo C e I.

La finalidad de esta experiencia realizada en el contexto de *Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León* es mejorar la capacidad de control de la Salud y mejorarla de dos grupos poblacionales, adultos-jóvenes (18-35 años) y adultos (> 55 años), a través de una intervención consistente en un Programa de Educación para la Salud. Se basa fundamentalmente en capacitar a los individuos para que gestionen y controlen su propia Salud, con su vida diaria y con pequeños esfuerzos en relación con su estilo de vida relacionado con la Salud. Sin medicamentos y sin dependencias innecesarias e inadecuadas del sistema sanitario y sus profesionales. También con un estilo de vida prudente, equilibrado y tranquilo basado en la sensatez y el raciocinio.

## NIVELES DE PREVENCIÓN Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

J.A. Mirón

La disponibilidad de evidencias científicas a partir de estudios epidemiológicos supuso la introducción de intervenciones preventivas en la práctica clínica habitual. El mejor argumento a favor de la Medicina Preventiva es el humanitario. Es decir, el principio que *más vale un hombre sano que enfermo*. El sano dispone de un recurso y una capacidad de funcionamiento del que no dispone el enfermo.

El conjunto de los recursos del sistema sanitario español (Sistema Nacional de la Salud, 1986) está básicamente orientado a la curación. La prevención de la enfermedad y las medidas preventivas se incluyen en el sistema de prestaciones y servicios sanitarios fundamentalmente a través de una estrategia oportunista o de alto riesgo. Es decir, sobre aquellos individuos más vulnerables o susceptibles. Esta conducta comporta unos riesgos e inconvenientes para el resto de la población, todos los demás, los supuestamente sanos.

### MEDICINA PREVENTIVA

Clásicamente, la Medicina ha sido definida como el arte y la Ciencia de curar y prevenir las enfermedades. La Medicina tendría dos apartados o caras: la *Medicina Preventiva*, que incluye los consejos y actividades dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad y la *Medicina Curativa*, que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas a la curación y/o recuperación de la enfermedad. En la práctica asistencial efectiva y adecuada es difícil separar la Medicina Preventiva de la Curativa.

En definitiva, la *Medicina Preventiva* es el conjunto de medidas, servicios y actividades sanitarias orientadas a la prevención de la enfermedad. Se trata de evitar o disminuir la probabilidad de que una enfermedad ocurra. Su objetivo fundamental es reducir la incidencia de nuevos casos. Y ésta ha de incorporarse y generalizarse dentro de la práctica sanitaria habitual y, fundamentalmente, en el nivel de Atención Primaria.

En las últimas décadas del siglo XX y en los principios del XXI, el término y el ámbito de la Medicina Preventiva se ha ampliado, lo que implica que actualmente se incluyan en la misma, un conjunto de actividades que tienen por objeto mejorar la Salud la población. Se han incorporado actividades y

consejos que buscan el fomento y la defensa de la Salud de la población y su Bienestar y Calidad de Vida. Los que aceptan este concepto amplio de Medicina Preventiva la hacen equivalente a Promoción de la Salud.

## NIVELES PREVENCIÓN

Las actividades y consejos preventivos se han clasificado, desde el punto de vista de la práctica sanitaria habitual, en función de la historia natural de la enfermedad propuesta por Leavel y Clark en el año 1965. Esto supone tener presente, la cronología de la enfermedad.

La historia natural de la enfermedad, es la evolución de la misma a lo largo del tiempo y sin que exista tratamiento. En esta evolución cada enfermedad pasa por tres períodos o fases: pre-patogénica, patogénica y de resultados. La primera etapa o prepatogénica se caracteriza por la actuación e interacción de los factores etiopatogénicos, causales o de riesgo. Como resultado de la acción de los mismos, con el tiempo, se producen alteraciones bioquímicas, biológicas, histológicas, etc que dan lugar a los signos (se observan o se exploran mediante pruebas diagnósticas) y a síntomas (los refiere el paciente). Los signos y síntomas indican que la enfermedad está presente (período de estado o patogénico) y son utilizados por los médicos para realizar el diagnóstico. Por último, como consecuencia de la enfermedad se producen una serie de acontecimientos físicos, psíquicos y sociales que dan lugar a curación, cronicidad y/o discapacidad (período de resultados). Dependiendo del momento y de la fase en que se desarrolle la actividad preventiva en relación con la historia natural de la enfermedad, se habla de prevención primaria o nivel primario, secundaria o nivel secundario y terciaria o nivel terciario.

El *nivel primario o prevención primaria* actúa en el período prepatogénico y su objetivo es disminuir la incidencia de las enfermedades, es decir, que no se produzcan nuevos casos de enfermedad. Son actividades primarias: vacuna frente a rubeola, consejo genético, consejos de *Educación para la Salud* y *Educación Sanitaria* (por ej. sensibilizar e informar para comprender la diversidad social y fomentar la cultura de la solidaridad y actitudes adecuadas frente a la discapacidad, fomento y defensa de los Derechos de las personas con Discapacidad), Educación vial, Seguridad e Higiene laboral, evitar barreras arquitectónicas, etc.

El *nivel secundario o prevención secundaria* actúa en el período patogénico y, su objetivo es disminuir la prevalencia y mejorar el pronóstico de las enfermedades. Son actividades de prevención secundaria: diagnóstico o detección precoz y tratamiento precoz de sordera, de agudeza visual, de alte-

raciones del leguaje, la atención temprana y la búsqueda de casos o cribados poblacionales (screening).

El *nivel terciario o prevención terciaria* actúa en el período de resultados y, su objetivo es mejorar el pronóstico, la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas y discapacitantes. Son actividades de prevención terciaria: rehabilitación de problemas físicos y/o psíquicos, reinserción e integración laboral y la mejora de la calidad de vida y Bienestar de los pacientes con enfermedad crónica y/o discapacidad.

También algunos hablan de *prevención primordial* para referirse a la actuación dirigida a evitar el incremento de la prevalencia de hábitos nocivos o de los factores antes que éstos se produzcan. Este término ha sido propuesto, por la OMS en los años 80, para diferenciarlo de la prevención primaria, sobre todo, en relación con las enfermedades crónicas. Es decir, evitar la adquisición en los individuos de factores de riesgo.

Por último, existe la denominada prevención cuaternaria, que en realidad no lo es, dado que la *Seguridad del Paciente (ante todo no provocar daño)*, se debe aplicar en cualquiera de las medidas preventivas de los distintos niveles. Es decir, cada vez que se da un consejo, se realiza una prueba para el diagnóstico precoz o se realiza rehabilitación debe aplicarse valorando los beneficios y los inconvenientes y, sólo debe aplicarse si los beneficios superan a los riesgos.

En la figura siguiente se muestran los niveles preventivos y las medidas.

NIVELES DE PREVENCIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS\*

Periodo Prepatogénico	Periodo Patogénico	Resultados
Interacción de factores productores de enfermedad ↓ <b>HUESPED</b> ↑ Reacción del huésped al estímulo	Estado presintomático → Signos y síntomas → →	► <b>Recuperación</b> ► <b>Cronicidad</b> ► <b>Incapacidad</b>
<b>Prevención Primaria</b> Saneamiento Vacunaciones Quimioprofilaxis Educación para la Salud	<b>Prevención Secundaria</b> Diagnóstico precoz Tratamiento Cribados Búsqueda de casos	<b>Prevención Terciaria</b> Autocuidados Rehabilitación Reinserción Calidad de vida

\* Historia Natural de la Enfermedad, Leavel y Clark, 1965

## ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Actualmente, las enfermedades más prevalentes, las que provocan más casos de enfermedad, más carga de morbilidad, son las enfermedades crónicas. Para hacerlas frente se establecen siguiendo a Rose, dos estrategias para aplicar y llevar a cabo las actividades y medidas preventivas: *de alto riesgo y poblacional*.

La *estrategia de alto riesgo* trata de identificar y seleccionar a los individuos susceptibles o vulnerables, es decir, aquellos individuos que por tener unas características o variables epidemiológicas determinadas presentan un elevado riesgo de padecer enfermedad. Dicha estrategia les ofrece una protección individual. Esta estrategia supone el enfoque tradicional de la aplicación de la prevención. Se trata, en definitiva, de detectar mediante una entrevista clínico-preventiva y, una o varias pruebas diagnósticas, a los individuos que corren un mayor riesgo de sufrir una enfermedad. Los beneficios y ventajas para los individuos incluidos son importantes porque tienen un riesgo elevado. Sin embargo, los beneficios globales o colectivos son escasos.

La *estrategia poblacional* pretende controlar los factores que influyen, condicionan y determinan la incidencia de la enfermedad y, por tanto, la carga o impacto en la población. Reducir el nivel medio de los factores de riesgo en la comunidad y desplazar hacia una dirección favorable la distribución de la exposición (de riesgo) es su objetivo final. La gran ventaja que tiene esta estrategia es la de ser *radical*, interviene sobre todos los individuos y, por tanto, tiene un gran impacto social y comunitario.

En resumen, ambas estrategias son complementarias, sinérgicas y necesarias para la efectividad del sistema sanitario. La *poblacional* debe constituir una prioridad de la Planificación Sanitaria Estratégica del Gobierno y de las Comunidades Autónomas y aplicarse mediante planes y programas de Salud. La *estrategia oportunista o de alto riesgo* debe aplicarse en las consultas de los centros de Salud (Atención Primaria) y en las consultas y servicios clínicos hospitalarios (Atención Hospitalaria). La primera, se dirige a todos los individuos con independencia de su susceptibilidad o vulnerabilidad, y la segunda, a individuos concretos en función de vulnerabilidad individual determinada por factores genéticos o por los estilos de vida. La primera tiene un mayor impacto sanitario y social y debe constituir la estrategia a seguir.

## BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) como indicador ha sido introducido en los últimos años con el propósito de valorar los resultados preventivos y asistenciales del sistema sanitario y sus profesionales. Este indicador valora los resultados desde una perspectiva global del paciente y teniendo en cuenta los principales componentes de la Salud y el Bienestar como son el componente físico, el psicológico y el social.

Dado que el concepto de CVRS es multidimensional implica que habrá que considerar factores personales (Salud, autonomía, satisfacción, etc) y factores socio-ambientales (servicios sanitarios, sociales, de ocio y tiempo libre, etc). El objetivo es tener una información global que los pacientes refieren sobre su Vida en relación con su capacidad de funcionamiento físico, psíquico y social.

Para medir este indicador en los pacientes y usuarios del sistema sanitario se utilizan generalmente cuestionarios genéricos, los más utilizados en población general y, específicos, en pacientes con enfermedades concretas. Todos tienen como objetivo común y general tratar de tener la valoración subjetiva y global del paciente sobre los resultados para su capacidad de funcionamiento físico, psíquico y social de las intervenciones sanitarias, ya sean preventivas, clínicas o rehabilitadoras.

Uno de los cuestionarios más utilizados a nivel internacional es el SF-36 que ha sido validado en población española. Este consta de 36 ítems y trata de analizar y obtener una valoración sobre la Calidad de Vida de los pacientes a nivel global. Este instrumento de medida se está tratando de introducir en la valoración clínica habitual, es decir, en la historia clínica y para facilitar su incorporación y utilización existen versiones resumidas a 18 y 12 ítems (SF-18 y SF-12).

En resumen, se trata de tener una valoración global que el paciente hace sobre su Vida de manera global y en relación con las medidas y acciones sanitarias y asistenciales que le han sido realizadas y/o prestadas.



ESTILO DE VIDA COMO DETERMINANTE DE SALUD



## HÁBITOS TÓXICOS: TABACO

*J.A. Mirón y H. Iglesias*

La inhalación del humo producido al quemar la hoja de tabaco seca se viene utilizando desde las primeras civilizaciones, cuando empezó el culto al fuego. Colón y sus hombres cuando llegaron a tierras americanas recibieron como presentes hojas de tabaco. Sus marineros trajeron hojas y semillas al continente europeo. El punto de inflexión en relación con su generalización y popularización se produce con la introducción del cigarrillo en el siglo XIX. Pero aunque el hombre lo haya utilizado desde sus orígenes nunca lo ha hecho con la misma intensidad y hábito como en las últimas décadas.

### MAGNITUD DEL CONSUMO

Aproximadamente, un tercio de la población mayor de 15 años lo consume, tanto en varones como en mujeres. El grupo etáreo que más lo consume es el comprendido entre 30 y 49 años. En los países desarrollados, el consumo se inicia entre los 10 y los 20 años. En España, según la Encuesta Nacional de la Salud de 2006, lo consumen diariamente un 26% de los mayores de 16 años.

### RIESGOS DEL TABACO

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de Salud Pública. Su hábito se asocia a unas 25 enfermedades, representando un factor determinante en la mayoría. Además, se le considera la principal causa de muerte prematura y evitable. Es responsable del 30% de las defunciones por cáncer y del 85% de tumores de pulmón, del 20% de las enfermedades coronarias y accidentes cerebrales y, del 80% de los enfermos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).



En el humo del tabaco se han aislado múltiples sustancias químicas diferentes, nicotina (causante de la adicción), monóxido de carbono (gas tóxico que provoca enfermedad cardiovascular), potentes carcinógenos, (como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas y aminas aromáticas) y

otros como los oxidantes que producen bronquitis crónica, enfisema pulmonar e irritación de ojos nariz y garganta. Es también un importante contaminante ambiental y causa enfermedad mediante el tabaquismo pasivo aunque su efecto es más difícil de cuantificar.

Su principal efecto tiene lugar en los tejidos orgánicos directamente expuestos al inhalar el tabaco, árbol bronquial y pulmones; pero también estos compuestos se disuelven en la saliva y llegan al intestino donde son absorbidos pasando a la circulación sistémica y produciendo efectos tóxicos (cáncer esófago, riñón, vejiga) etc. Se puede decir, por tanto, que el consumo de tabaco conlleva enfermedad crónica, cáncer y reduce la expectativa de vida.

El tabaco en jóvenes fumadores habituales empieza por producir tos crónica (la tos es un reflejo defensivo), incrementa significativamente la incidencia de catarros de repetición de vías altas, infecciones de vías bajas (neumonías), broncoespasmo al ejercicio y altera fundamentalmente el Bienestar y la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

## BENEFICIOS DEL CESE DEL CONSUMO

La interrupción del consumo de tabaco y, por tanto, del consumo de nicotina en un fumador desencadena síntomas –irritabilidad, ansiedad, palpitaciones, cefaleas, estreñimiento depresión y alteración del sueño– a las 2 horas y tiene su máxima expresión a los dos o tres días para desaparecer en varias semanas.

Los inmediatos, a partir de los primeros días, son una mejora en el Bienestar y en la Calidad de Vida. Pasadas las primeras 48h se restauran las terminaciones nerviosas del gusto y el olfato con lo que se recupera la capacidad para oler y saborear. Posteriormente, tras varias semanas de cese, se recupera la halitosis, mejora la tinción dental y la patología dental (caries, placas bacterianas, candidiasis y la estomatitis del fumador). Después del cese de años, aproximadamente a los 5-10 años cesa el riesgo de muerte prematura y se equipara al no fumador.

## CONSEJOS

Por diversas razones y evidencias científicas se debe evitar el consumo de tabaco. El **consejo debe ser claro, preciso y personalizado**. Debe ofrecerse apoyo psicológico y tratamiento para dejar de consumir, dado que la inmensa mayoría de los fumadores van a necesitar varios intentos para alcanzar el éxito.

**Se debe aconsejar dejar de fumar en lugar de fumar menos.** Sólo el 5% de los fumadores consigue fumar menos. Además, no existe un número de cigarrillos no peligrosos para la Salud. La única cantidad segura es cero.

Todas las formas de consumo –cigarrillos, puros, tabaco en pipa, mascar tabaco– son peligrosas. Lo que cambia es la zona de exposición al humo del tabaco. Así, los fumadores de pipa y puros tienen mayor riesgo de cáncer de boca, dado que mantienen más tiempo el humo en la cavidad bucal. Existen preparados (chicles, caramelos y parches), que contienen nicotina y no otras sustancias, para ayudar en el proceso de deshabitación.

Es aconsejable combinar el cese del hábito con la realización de ejercicio físico moderado y regular, dado que ayuda a mantener el peso y normaliza el perfil lipídico y la presión arterial.

## HÁBITOS TÓXICOS: ALCOHOL

J.A. Mirón y M. Alonso

### MAGNITUD DEL CONSUMO

Los españoles beben alrededor de 10 litros de alcohol puro por habitante y año, cantidad que, según diferentes estudios, permanece relativamente estable desde hace varias décadas. El tipo de bebida utilizada para iniciar el consumo es la cerveza y el vino. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 70% de la población adulta española consume alcohol, de éstos el 48% lo hacen de manera habitual y, de éstos, el 5% tienen un consumo de riesgo. Este consumo depende del género y de la edad. La prevalencia del consumo es mayor en hombres y en jóvenes entre 16 y 45 años, con una tendencia descendente a medida que aumenta la edad, descenso que se hace significativo a partir de los 50 años.

También, en los últimos años se han producido unos cambios significativos en el patrón de consumo de los españoles. Entre éstos podemos destacar los siguientes:

- Tendencia a consumir más los fines de semana y en momentos de ocio.
- Reducción del consumo de vino y, aumento del de cerveza.
- Desaparición de las diferencias entre hombres y mujeres. En jóvenes ya no existen diferencias.
- Aumento de la frecuencia de intoxicaciones agudas (embriaguez).

### RIEGOS DEL ALCOHOL

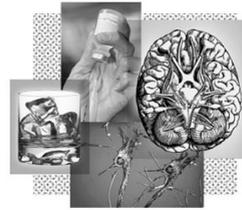
El riesgo más importante que conlleva el consumo de bebidas alcohólicas es el **síndrome de dependencia del alcohol** que es el resultado de una compleja interacción de factores *constitucionales y personales* (vulnerabilidad genética y personalidad), *ambientales* (aprendizaje infantil, actitud familiar) y *socioculturales* (disponibilidad, tolerancia al consumo, asociaciones de actos familiares y sociales con el alcohol, etc). El com-



ponente determinante de este síndrome es el alcohol (etanol) que es una de las sustancias psicoactivas con mayor potencial adictivo físico y psíquico.

El espectro de los trastornos y problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas es muy amplio e incluye el ámbito sanitario, socio-familiar, laboral y legal. Su descripción exhaustiva rebasa los propósitos de esta monografía por lo que enumeraremos los más frecuentes y relevantes para los objetivos de esta intervención de EPS.

*Complicaciones orgánicas* producidas por el alcohol: Hígado (Cirrosis, esteatosis y hepatitis), Esófago (Reflujo, pirosis y carcinoma), Estómago (Gastritis aguda o crónica), Intestino (diarreas y malabsorción), Páncreas (Pancreatitis agudas y crónica), Cardiovascular (Miocarditis, Arritmias, y Hipertensión arterial), Hematopoyesis (Anemias, Leucopenia y Trombocitopenia), Músculo estriado (Miopatía alcohólica aguda y crónica), Sistema Nervioso (Polineuropatía, Neuritis óptica, Encefalopatía de Wernicke, Psicosis de Korsakov, Degeneración prontocerebelosa, Atrofia cerebelosa, Epilepsia alcohólica, Hematoma subdural) y Otros procesos (Alteraciones inmunológicas y Trastornos óseos).



*Síndrome alcohólico-fetal* que se da en España con una frecuencia entre el 1-2% de los recién nacidos vivos. El alcohol es actualmente, en los países desarrollados, la causa teratógena conocida más frecuente. Este se caracteriza por disminución del crecimiento intrauterino y postnatal, retraso mental y otras anomalías del SNC como irritabilidad, disfunción motora e hipotonía, anomalías craneofaciales y otros trastornos en las manos, defectos cardiacos, malformaciones genitourinarias, hemangiomas y hernias.



*Trastornos psiquiátricos:* Intoxicación alcohólica, Síndrome de abstinencia, Delirium, Alucinosis, Demencia y Trastorno amnésico alcohólico.

Problemas familiares, laborales, accidentes de tráfico, de trabajo, y domésticos, aislamiento social y suicidio.

## BENEFICIOS DEL CONSUMO

Tradicionalmente en países con gran tolerancia al consumo de bebidas alcohólicas, como el nuestro, se ha introducido la costumbre de beber en las comidas y forma parte incluso del mobiliario y de la estructura orgánica

y funcional de las viviendas (muebles bar y bodegas). El alcohol supone un aporte de calorías vacías, dado que no aporta nutrientes y la cantidad de alcohol depende de la bebida ingerida. De menor a mayor, sería: cerveza, sidra, cava, vino, vermut, licores, ron, coñac, whisky, anís, ginebra y aguardiente. Recientes investigaciones sostienen que un vaso de vino en las comidas es beneficioso al reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular; pero los resultados de ningún estudio científico permiten recomendar el consumo de alcohol a los no bebedores, dado que los riesgos tóxicos superan con crece a los beneficios.

### CONSEJO: NO BEBER BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El alcohol es un tóxico multiorgánico que no posee ningún efecto terapéutico ni tiene ningún efecto beneficioso para la Salud. Además, no sirve para calentarse, no estimula el apetito, no alivia la depresión, no mejora el estrés ni la ansiedad y, no mejora las habilidades sociales ni las relaciones interpersonales.

Es un tóxico incuestionable, dado que en función de la dosis y la susceptibilidad individual siempre provoca daño. Posee gran capacidad adictiva, tanto física como psíquica, por lo que aunque sea un elemento y componente de nuestro estilo de vida y de nuestra sociedad, es una droga. Además, bajo los efectos del consumo habitual existe un alto riesgo de accidentes de todo tipo y, fundamentalmente, de tráfico y de trabajo. A medio y largo plazo, se convierte en un tóxico para la Vida y el Bienestar, dado que el que lo consume en exceso va a terminar sin recursos, sin familia y en la calle.



My Doctor said "Only 1 glass of alcohol a day". I can live with that.

## FACTOR DE RIESGO: OBESIDAD

J.A. Mirón

La **obesidad** es un problema de Salud Pública de primer orden, su importancia radica en su frecuencia y en su asociación a un aumento de morbilidad y mortalidad. En definitiva, porque la expectativa de vida y la calidad de vida relacionada con la Salud de los obesos está reducida.

### MAGNITUD DEL PROBLEMA

En las sociedades occidentales, la prevalencia de la obesidad es elevada y, además, se está incrementando en todos los grupos etéreos y sociales. Estudios europeos y americanos establecen que entre el 25% y 30% de las personas adultas tienen un índice de masa corporal (IMC) superior al óptimo ( $> 27 \text{ Kg/m}^2$ ). La prevalencia de obesidad en España, según la última Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2006, es del 15 % para población de más de 18 años con un IMC  $> 30$ . En relación con el sobrepeso, existen diferencias de género, siendo del 45% en hombres y del 30% en mujeres. En la tabla siguiente se presenta el IMC y sus valores para indicar sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida.



TABLA DEL IMC

### Índice de Masa Corporal o Quetelet

IMC*	Resultado**
Menor de 20	Escasez peso
De 20 a 25	Normal
De 25-29,9	Sobrepeso
30 a 39,9	Obeso
Más de 40	Muy obeso (O.Morb)

\* IMC= peso (Kg)/((talla (m<sup>2</sup>))<sup>2</sup>)

\*\* S.Esp,Estudio Obesidad

## RIEGOS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad se comportan como un factor riesgo importante para la Salud. Las patologías más frecuentemente asociadas son diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, cáncer, enfermedad osteoarticular degenerativa, enfermedades digestivas y tromboembólicas.

## BENEFICIOS DEL CONTROL DE SOBREPESO

La pérdida de peso se recomienda para bajar la tensión arterial, bajar las concentraciones elevadas de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos y para aumentar los valores de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad. También se recomienda para bajar los niveles de glucemia.

## CONSEJOS

La reducción de las probabilidades de tener sobrepeso y obesidad debe basarse en dos pilares básicos como son la reducción de la ingesta calórica y realizar ejercicio físico. Es decir, comer menos y moverse más. Con estas dos medidas, que conllevan un cambio en el estilo de vida, se puede controlar dicho riesgo para la Salud. Sólo en casos excepcionales será necesario medidas conductuales y tratamiento psicoterapéutico e intervenciones quirúrgicas. Podemos controlar nuestro peso y, en consecuencia, nuestros riesgos y bienestar.

# FACTOR DE RIESGO: ESTRÉS Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD

*C.L. Fernández*

Psicóloga Clínica (SACYL) y  
Profesora asociada de la Universidad de Salamanca

## INTRODUCCIÓN

La relación entre los tres componentes de la triada salud-enfermedad-estrés ha sido motivo de innumerables estudios en los últimos veinte años. Entendemos la Salud como la OMS (Estado de bienestar físico, psíquico y social) y no podemos evitar pensar que la salud pasa por resolver de forma eficaz situaciones de estrés que se nos plantean en la vida cotidiana. Por otro lado, numerosos estudios refieren la influencia del estrés en determinadas enfermedades, las llamadas psicosomáticas entre otras, valorándose en algunos casos su relación como causa, coadyuvante o consecuencia en la aparición de dichas enfermedades.

Este capítulo tiene como objetivo conocer el estrés, cómo se expresa en el individuo, sus fuentes, los niveles o intensidad de los estresores y las respuestas de afrontamiento al mismo. En la segunda parte indagaremos en la influencia del estrés como causante de la aparición de numerosas enfermedades físicas para finalmente pararnos a analizar la enfermedad física como un estresor en sí misma, con la finalidad última de encontrar modos de prevenir el estrés, minimizando o neutralizando si es posible su efecto sobre el individuo.

## CONCEPTO DE ESTRÉS

Procede de las ciencias biológicas y puede ser definido como “la presión que se ejerce sobre un cuerpo” (Cannon, 1929). Este autor proporciona una descripción de cómo reacciona el cuerpo ante una situación de peligro: con una respuesta de lucha o de huida. Durante la misma, el S. Nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino para que excreten epinefrina, que tiene la función de activar el organismo. Esta activación puede tener consecuencias positivas o negativas: si se activa proporciona una respuesta adaptativa del organismo frente al peligro, facilitando el enfrentamiento o la huida, pero si el nivel de activación es alto o se prolonga en el tiempo se produce una sobrecarga que genera malestar.

Selye (1956,1976,1985) redefine el concepto como "Una respuesta del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante". Posteriormente, incluye en su definición un elemento modelador que es la "valoración cognitiva" y ese concepto se extiende hasta nuestros días: "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". Lazarus y Folkman (1986) hablan, dentro del estrés, de la evaluación cognitiva, como proceso mental mediante el cual evaluamos dos factores: si las exigencias de la situación amenazan nuestro bienestar y, por otra parte, si tenemos recursos para satisfacer tales demandas; de no darse este hecho, se produciría el estrés.

## RESPUESTA AL ESTRÉS

Las respuestas que de forma automática da el organismo frente a una situación estresante son de cuatro tipos: fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales.

**La activación fisiológica** incluye (Selye, Valdés y Flore, 1985) un aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y el pulso, la conductividad de la piel aumenta y también se acelera la respiración. Se produce una disminución de la actividad intestinal vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular.

La **respuesta cognitiva** incluye: Incapacidad de concentración, valoración cognitiva del acontecimiento como amenazante, trastorno en la ejecución de las tareas de memoria y atención. Se dan, además de las anteriores, **reacciones emocionales** como miedo, angustia, excitación o ira y repuestas **comportamentales** de aproximación (o lucha), de evitación (huida) y a veces de inmovilización (paralización). Pero la persona puede elaborar intencionalmente respuestas para enfrentar el estrés. Llamamos **afrentamiento** al conjunto de respuestas voluntarias que una persona desarrolla frente al estrés para recuperar el equilibrio biopsicosocial. En algunos casos se ha hablado de *estrategias de afrontamiento*, poniendo el énfasis en las acciones concretas para modificar las condiciones del estresor (Confirmar la enfermedad con otros, buscar información sobre ella, etc) y en otras ocasiones se habla de un *estilo de afrontamiento personal*, siendo estos recursos personales con los que cuenta el individuo particulares y específicos de cada uno.

Los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en que se basan las personas cuando tiene que hacer frente a situaciones de estrés. Algunos de estos recursos individuales son el locus de control in-

terno, percepción de control la autoeficacia, la autoestima o el sentido del optimismo.

## PERSONALIDAD RESISTENTE AL ESTRÉS

Durante los últimos años se ha desarrollado el concepto “**personalidad resistente al estrés**” (**Hardiness**), que aunque no ha tenido muchos seguidores nos parece interesante desarrollar aquí. Para poder hablar de ella hemos de conocer el concepto “**resiliencia**”: Es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad (Masten 2001).

Personas resilientes, enfrentadas a un suceso traumático, no experimentan síntomas disfuncionales ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resistentes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los autores que desarrollan el concepto, a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia.

**En general, se considera que es un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto. El concepto de personalidad resistente está íntimamente ligado al existencialismo.**

## FUENTES DE ESTRÉS

La procedencia de los estresores es variada: puede tener su origen en el propio individuo, es la llamada **fente personal** de estrés. Son las situaciones de conflicto interno del individuo. Este conflicto se da cuando acontecen en el mismo período de tiempo dos respuestas que necesariamente son incompatibles entre sí. Puede darse en tres situaciones: Tener que elegir entre dos alternativas que son igualmente indeseables o tratar de alcanzar un objetivo que provoque a la vez miedo, o el tercer supuesto cuando el logro de una objetivo implica a la vez la pérdida de otro.

En estas tres situaciones el ser humano entra en un conflicto que no tiene posibilidades de resolver, lo que se convierte en una situación estresante que resuelve con sufrimiento importante o evita aumentando dicho malestar.

Otras fuentes de estrés derivan **de la familia** y la fase del ciclo vital por la que tiene ésta atraviesa: alguno de los ciclos familiares incluyen además acontecimientos críticos "positivos" o "negativos" que desencadenan situaciones temporales de estrés. Son estresantes eventos como el nacimiento de un hijo, malos resultados escolares, un divorcio, etc. Esto puede ser mediado positivamente o negativamente, ser agravado en función de que la comunicación entre la familia sea buena o mala.

Otras fuentes son las denominadas **fuentes sociales** que proceden del trabajo (puede ser estresante un cambio de trabajo, la pérdida de empleo o la jubilación) y del ambiente físico: son estresantes las situaciones mantenidas de ruidos en el medio ambiente en que uno vive y vibraciones. Un tipo especial de estrés es el llamado Burnout que sufren los individuos cuyo trabajo tiene lugar en permanente contacto con otras personas y que es objeto de numerosos estudios pero en el que no nos detendremos aquí .

## NIVELES DE ESTRÉS

Hay diferentes niveles intensidad en los estresores; así por ejemplo no tienen la misma intensidad los *acontecimientos vitales* importantes como la muerte de un cónyuge o un ataque al corazón que aparece de forma imprevista y exige un importante ajuste en el estilo de vida, que las *tensiones vitales persistentes* como dificultades en las relaciones de trabajo, que persisten y no se resuelven fácilmente.

Otro grupo de estresores son los que se producen por los *problemas cotidianos*, que se presentan, se resuelven y son reemplazados por otros. Estos, sin causar un nivel de tensión muy alto son muy persistentes y no se resuelven fácil ni rápidamente.

No todos los acontecimientos son valorados de igual manera por las distintas personas, pero ¿qué es lo que hace que valoremos un acontecimiento de la vida diaria como estresante? Y ¿por qué unas personas valoran un mismo acontecimiento como más estresante que otras? La respuesta es que efectivamente se trata de una evaluación subjetiva propia de la idiosincrasia de cada persona, que se halla mediatizada por sus valores, sus esquemas cognitivos, sus ideales, etc. Se ha tratado de categorizar las variables que nos hacen evaluar un hecho como estresante y los resultados se refieren factores personales y factores situacionales

En cuanto a los **Factores personales**, son específicos de cada individuo, de sus creencias, sus valores o sus motivaciones o incluso los compromisos que la persona tiene consigo misma o con los demás. Entre este grupo se halla la "**percepción de locus de control interno**" que posibilita una mayor autoeficacia y una menor indefensión aprendida (ambos conceptos se hallan en la base de numerosos problemas de ansiedad y depresión (Lazarus y Wolpe 1971, 1973)). Un segundo factor es la "**percepción de estabilidad**": si un individuo percibe un acontecimiento negativo como algo estable y no como algo pasajero o circunstancial, aumentan las posibilidades de percibirlo como inmodificable y por tanto imposible de ser cambiado. El tercer factor es la "**percepción de globalidad**": las personas que tienden a ver problemas concretos y no globales perciben más posibilidades de resolución de los mismos.

Hay otro tipo de factores que se refieren a las **dimensiones objetivas** de la situación misma (Factores situacionales): así, por ejemplo, los acontecimientos negativos producen más estrés que los positivos (muerte de un familiar / premio de lotería), los incontrolables más que los controlables (terremotos / accidentes), los ambiguos más que los claramente definidos y los inmutable más que aquellos que se pueden cambiar.

## ESTRÉS Y ENFERMEDAD

### A. ESTRÉS COMO AGENTE CAUSAL O COADYUVANTE EN LA ETIOLOGÍA Y DESARROLLO DE DETERMINADAS ENFERMEDADES FÍSICAS

#### A.1. Mecanismos de acción directa:

Actualmente, se piensa que existen mecanismos que puedan estar asociados con enfermedad física durante una situación estresante. El estrés produciría cambios biológicos que afectan a la salud. Así, la liberación de hormonas que se producen durante la situación de estrés mantenido, como

catecolaminas o corticoesteroides conducen a la formación de placas de ateroma en las arterias, lo que puede conducir a enfermedades cardiovasculares como cardiopatías, anginas de pecho o infartos, siempre que exista una vulnerabilidad biológica previa.

Por otro lado, la liberación de sustancias producidas por el estrés pueden afectar al sistema inmunológico, viéndose comprometidas las células NK, macrófagos o Linfocitos T, así como las linfocinas (interferon e interleucinas) y dando lugar a enfermedades autoinmunitarias como alergias (Valdés y Flores, 1985), o formación de neoplasias (Bayés, 1981).

#### *A.2. Mecanismos de acción indirecta:*

Otro mecanismo estudiado es mediante la acción indirecta. El estrés afecta a la conducta de la persona, provocando cambios en ella que perturban su salud. Así, por ejemplo, si un joven sufre una ruptura de pareja, consume alcohol para sobrellevar la situación, aumenta el consumo de tabaco por la ansiedad y realiza otras conductas de riesgo, el efecto indirecto del estrés que produce la pérdida contribuye a aumentar los hábitos nocivos para la salud alterando el bienestar físico además del psicológico.

#### *B. LA ENFERMEDAD: ACONTECIMIENTO ESTRESANTE*

El enfermar es de por sí una situación potencialmente estresante y en esa situación pueden darse ciertas condiciones que son comunes con los denominados estresores. Algunas de ellas son las siguientes: La enfermedad crónica es un evento que rompe en la vida del individuo sin posibilidad de ser anticipada, iniciándose de manera brusca, rompiendo las pautas habituales de vivir, y haciendo que el individuo tenga que buscar rápidos mecanismos de reajuste psíquico. Por otro lado, la enfermedad no siempre tiene el mismo significado en los individuos, o su significado no es siempre claro, y tiene que ser interpretado de acuerdo con su autobiografía, su historia personal y el modo de enfrentar otras enfermedades en su vida.

En muchos casos, frente a una enfermedad grave al individuo enfermo y a su familia le toca tomar decisiones importantes de forma muy rápida y con poco o ningún conocimiento sobre ella. Todo ello hace que los mecanismos habituales empleados en la resolución de problemas diarios no sirvan, que aumente la tensión y la ansiedad y que tenga que disponer de nuevos mecanismos para recuperar el equilibrio biospsicosocial.

Numerosos estudios nos indican la relación, todavía en muchos casos en estudio, entre una enfermedad física y un importante correlato de malestar psíquico. En la Tabla 1 vemos algunos de estos estudios

**Tabla 1.** Enfermedad- complicaciones psicológicas

<ul style="list-style-type: none"><li>• Infecciones virales (Hepatitis)- seguidas de depresión (Lipowski, 1967)</li><li>• Colitis ulcerosa, asma, neurodermatitis, anemias asociadas a Depresión (Tedescu, 1961)</li><li>• Depresión: reacción más común en fallo renal (Neary, 1976).</li><li>• 1/3 de uremias crónicas producen ansiedad e irritabilidad (Neary, 1976).</li><li>• 31% de mujeres mastectomizadas estaban deprimidas /ansiedad (Maguire 1979).</li><li>• Colectomizados ( Wirsching et al. 1975) conllevaban cuadros de ansiedad.</li><li>• Altos niveles de estrés en pacientes con problemas coronarios (Mayou et al. 1978)</li></ul>
--

### *La enfermedad crónica y su valor estresante*

La enfermedad crónica ocasiona estrés no sólo al que la padece, sino también en menor o mayor, cuantía a los familiares del enfermo, ya que implica un cambio en los roles que habitualmente desempeña cada uno. Conlleva (Nichols, 1989) una experiencia de amenaza que está relacionada con el dolor y la inmovilización y una pérdida de control de los acontecimientos que afectan a nuestra vida.

Algunos aspectos que han sido estudiados como estresantes en la enfermedad física por Cohen y Lazarus (1979) son los siguientes:

1. Se produce una amenaza a la vida y aparece el miedo a la muerte.
2. Amenaza a la integridad personal y al bienestar.
3. Amenazas al autoconcepto y los planes de futuro.
4. También se ve afectado el equilibrio emocional habitual, produciéndose desajustes.
5. Se ve en peligro el cumplimiento de roles y actividades habituales y la pérdida de placer derivada de ellas.

Y finalmente, aparece la necesidad de adaptarse a nuevo entorno físico y social si el paciente tiene que ser hospitalizado.

En la adaptación al estrés que produce una enfermedad física, aparte de las características asociadas a la interacción entre la persona y la situación social que rodea al enfermar, se han sugerido dos mecanismos: el afrontamiento y el apoyo social. Ambos están estrechamente relacionados entre sí: ambos median los efectos de los estresores sobre la respuesta (Pearlin, 1989).

En las enfermedades crónicas el afrontamiento no es un proceso evolutivo continuo, sino que se trata más bien de una adaptación dinámica: una negociación permanente entre la propia persona y su entorno que lleva consigo períodos de adaptación y períodos de regresión. No es por tanto algo general, que se realiza uniformemente por todas las personas por igual, sino que influye la idiosincracia individual (su capacidad perceptiva de lo positivo, su esquema de valores, su historia de afrontamiento de situaciones críticas con anterioridad).

Las **tareas de afrontamiento** frente a una enfermedad física crónica han sido descritas por Moos (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Tareas de afrontamiento en las enfermedades crónicas (Moos, 1977)

1. Reconocer síntomas, controlarlos y prevenir crisis.
2. Tomar decisiones de aceptar o no el tratamiento.
3. Mantener relaciones adecuadas con personal sanitario.
4. Conservar la autoimagen y sentido de control y competencia satisfactorios.
5. Conservar relaciones con la familia y amigos.
6. Prepararse para un futuro incierto.
7. Aprender a vivir con la incertidumbre.

El siguiente paso en la convivencia con una enfermedad crónica será la adaptación a ella. La **adaptación** fue definida por Moos como una "situación en que la persona ha renunciado a falsas esperanzas, ha suprimido la desesperanza destructiva y ha reestructurado su circunstancia para desenvolverse en ella con la mayor eficacia posible".

No todas las personas se adaptan con igual facilidad o dificultad, depende de **factores** como los siguientes:

1. De la forma en que dicha enfermedad aparece (predictibilidad), del curso que sigue y el tipo de tratamiento (más o menos agresivo) que precisa.

2. De la naturaleza y extensión de las limitaciones que implica (sordera, ceguera, movilidad, habla,...) y de la importancia psicológica que dichas tareas han tenido previamente en la vida del individuo.
3. Del tipo y extensión de los cambios en la apariencia física y funciones corporales que la enfermedad produce.
4. Del significado de dicha enfermedad en el contexto en que se mueve el paciente y cómo les afecta a ellos (si van a tener que dejar de cumplir sus propios roles o no para cuidar del enfermo).
5. Y del propio contexto social y cultural, así como económico de la persona que padece dicha enfermedad (valores, normas y recursos socioeconómicos).

En la TABLA 3 exponemos algunas de las respuestas de afrontamiento más frecuentes frente a una enfermedad crónica.

**Tabla 3.** Respuestas de afrontamiento en enfermedad crónica

<ul style="list-style-type: none"><li>• Negación o minimización.</li><li>• Respuestas de evitación o escape.</li><li>• Búsqueda de información.</li><li>• Esfuerzos activos en buscar soluciones a problemas concretos.</li><li>• Mantenimiento de rutinas y tareas.</li><li>• Solicitud de apoyo emocional.</li><li>• Mantener sentimiento de control vital.</li><li>• Comparación social positiva.</li><li>• Resignación.</li></ul>
---

De todas ellas las que se han mostrado más eficaces en su función de adaptación son las siguientes:

1. El uso de estrategias de afrontamiento activas, no evitativas.
2. El control personal en el manejo de la enfermedad.
3. La verbalización y expresión de emociones, con el consiguiente apoyo social y familiar.

## PREVENCIÓN DEL ESTRÉS

La posibilidad de intervenir sobre los acontecimientos que nos rodean nos da control sobre los mismos y ésta es una de las características que se han estudiado como mediadoras personales para minimizar el estrés.

Además de la percepción positiva y la percepción de autoeficacia para el abordaje de situaciones nuevas, existe también un *lifestyle* o estilo de vida que contribuye a prevenir en la medida de lo posible las tensiones vitales que a todo ser humano le toca vivir. En la Tabla 4 aparecen algunas pautas para la prevención del estrés.

**Tabla 4.** Prevención de estrés

<p>Averigüe por qué le duele ...</p> <p>Coma sano.</p> <p>Duerma suficiente y en habitación ventilada.</p> <p>Aprenda técnicas de relajación.</p> <p>Enfrente (no evite) sus dificultades.</p> <p>Ocuparse de una sola tarea cada vez.</p> <p>Dedicarse cada día un rato a uno mismo.</p> <p>Hacer ejercicio.</p> <p>Ser consciente de los pensamientos negativos.</p>
--

De todo ello priorizaremos el incremento de la propia flexibilidad ante los eventos de la vida diaria, aumentando la capacidad de ver puntos de vista diferentes del propio, la propia flexibilidad cognitiva. Cuidar las relaciones sociales y dotarse de un amplio apoyo social, evitando el aislamiento y manteniendo activo el cuerpo y la mente.

## FACTOR DE RIESGO: MEDIOAMBIENTE

*H. Iglesias y J.A. Mirón*

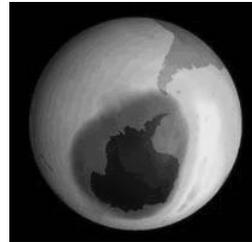
Las evidencias científicas provenientes de estudios epidemiológicos e investigaciones científicas ponen de manifiesto la relación entre la calidad del medioambiente y la Salud. El binomio Salud-Enfermedad de los individuos y las poblaciones es un equilibrio dinámico proveniente de la interacción entre el hombre y su medioambiente.

La contaminación se define como la introducción de forma directa o indirecta en el medio ambiente, introducida por el hombre, de cualquier sustancia que resulte nociva para la Salud humana, dañe sus recursos y ecosistemas.

### MAGNITUD DEL PROBLEMA

Existe actualmente, una cada vez mayor preocupación de los Gobiernos, científicos, profesionales y de la población en general por los efectos de la contaminación medioambiental. La importancia es tal, que ha supuesto la toma de conciencia de que los riesgos medioambientales y que obligarán a cambios de sociales, sanitarios y económicos en las próximas décadas.

Los diferentes estudios epidemiológicos y científicos han puesto de manifiesto que la alteración cuantitativa y cualitativa del medioambiente producen un aumento de la mortalidad general de las poblaciones, las muertes por enfermedades respiratorias y cardíacas y aumentan las demandas de los servicios de urgencia y las hospitalizaciones. Una de las sustancias más perjudiciales utilizadas durante el siglo XX y que más impacto causó en la opinión pública, fue el DDT, insecticida que persistía en el medioambiente durante años y, que por el proceso de cadenas tróficas, tenía efectos perjudiciales en distintos ecosistemas, incluido el humano. Ello provocó la prohibición de este insecticida a partir de los años 70 en EEUU y Europa.



## RIEGOS DEL MEDIOAMBIENTE

**Contaminación atmosférica:** Su causa son las fuentes antropogénicas (actividades humanas) como utilización del automóvil, calefacciones, centrales térmicas e industriales que tienen en común la utilización de combustibles fósiles como la gasolina, el petróleo, el carbón o el gas. Sus contaminantes se encuentran en forma de gas y son los óxidos de azufre, nitrógeno, carbono e hidrocarburos aromáticos no policíclicos. Como consecuencia de su acumulación se producen efectos como la **Lluvia Ácida** (acidificación de los ecosistemas de agua dulce, bosques, ambiente y otros). **Efecto Invernadero** es un fenómeno natural por el que determinados gases evitan que una parte del calor recibido por la Tierra desde el Sol deje la atmósfera y vuelva al espacio. La formación de una capa de altas concentraciones de gas (> 10 ppm), con predominio del dióxido de carbono, actúa a manera de un plástico, que no deja pasar las radiaciones infrarrojas producidas por el Sol y, que son reflejadas por la corteza terrestre y, como consecuencia de la acumulación de gas en la atmósfera, quedan atrapadas provocando un calentamiento de la Tierra. Este calentamiento cambia las condiciones medioambientales y, tiene como resultado, cambios en los patrones y distribución de enfermedades, aparecen enfermedades infecciosas en latitudes que no eran frecuentes, como consecuencia de aumento de la supervivencia de mosquitos y/o agente microbiológicos.

**Radioactividad:** También existen sustancias radioactivas en el medio, radioactividad natural. A ésta se une, la artificial, producida por la utilización de isótopos radiactivos (yodo, cesio, estroncio, etc) como medios diagnósticos en Medicina que se asocian a enfermedades graves como el cáncer.

**Contaminación Acústica:** El ruido excesivo de las sociedades actuales ha provocado una epidemia silenciosa de individuos con hipoacusia (sordera). El ruido, sensación molesta del sonido, provoca malestar a partir de 45 dBa y, a 65dBa, la comunicación verbal se hace difícil. Por encima de 75 dBa es dañina y, dolorosa, a los 120 dBa. De forma general, se estima que el límite saludable se sitúa alrededor de 65 dBa. Las consecuencias de la contaminación acústica sobre la Salud son diversas e importantes: sordera, cefaleas, irritabilidad, disminución del rendimiento intelectual y laboral, estrés, fatiga y problemas digestivos y metabólicos.

## BENEFICIOS DE SU CONTROL

El medioambiente es principalmente una fuente de Salud, Bienestar y Calidad de Vida. Y actualmente, debido a las múltiples agresiones al mis-

mo por parte de las actividades humanas, se ha tomado conciencia de la necesidad de preservar su naturaleza y calidad. La vida sobre la tierra se desarrolla de forma equilibrada por la aportación de la energía del sol, el proceso de fotosíntesis de las plantas, la generación de oxígeno, agua y otros nutrientes. La perturbación de estos procesos y ciclos naturales ponen en peligro la Salud humana. Se estima que un gran número de enfermedades derivan directa o indirectamente de la contaminación ambiental.

Los individuos más beneficiados de su control y prevención son los niños, los ancianos y las embarazadas. También, las personas que tienen problemas y enfermedades previas respiratorias y/o cardíacas.

## CONSEJOS

Contribuir al control de la contaminación ambiental, mediante la utilización racional y juiciosa de la energía, el agua y los recursos naturales. Es decir, utilizar en base a necesidad y, siempre, con una cultura de ahorro. Para ello, en relación con el medioambiente hay que *Pensar globalmente (tierra como organismo vivo) y actuar localmente, cada uno en su contexto individual, familiar y social.*

En personas con alta susceptibilidad, más probabilidad de problemas asociados a la contaminación ambiental, deben tomarse medidas protectoras específicas en función de su patología previa.



PROBLEMAS DE SALUD Y/O ENFERMEDADES



## DISCAPACIDAD

J.A. Mirón, C. Cieza y J. S. de Lima

Todos somos conscientes de los grandes avances sociales que se han conseguido a través del progreso en el sistema de protección social –Educa-ción, Sanidad y Seguridad Social– en las últimas décadas. Como conse-cuencia de este desarrollo, la mayor parte de la población tiene cubiertas las necesidades básicas y una gran parte, la mayoría, las necesidades sociales –seguridad, integración, autonomía, reconocimiento–. Pero estas necesida-des no están cubiertas por igual para el conjunto de los grupos sociales. Uno de estos grupos, injustamente tratado, todavía en el Siglo XXI, lo constituye el grupo poblacional de personas con discapacidad.

Además, las personas que sufren una discapacidad, sea del tipo que sea, están en desventaja frente al conjunto de la población. Actualmente y, a pesar de los grandes avances sa-nitarios, educativos y sociales, siguen constituyendo un grupo poblacional deficientemente atendido.



*Discapacidad* es toda restricción o ausencia de la capacidad para rea-lizar una actividad en la forma normal, o dentro del margen considerado normal para el ser humano, como consecuencia de padecer una deficiencia orgánica o funcional o debida al entorno (no puede acceder a una bibliote-ca porque no existe ascensor).

### MAGNITUD DEL PROBLEMA

La mayor parte de las encuestas y estudios realizados para conocer la frecuencia de la discapacidad en España establecen una prevalencia entre el 9 y el 10%. Lo que indica que de cada 100 habitantes que viven en nuestro país, 10 sufren algún tipo de discapacidad. Los tipos más frecuentes son, de mayor a menor, discapacidad física, sensorial y psíquica. Según datos del ser-vicio de información de la discapacidad, en las nueve provincias de Castilla y León, existen aproximadamente 160.000 personas con discapacidad. En España, según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), las personas que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8,5% de la población.

## FACTORES DE RIESGO

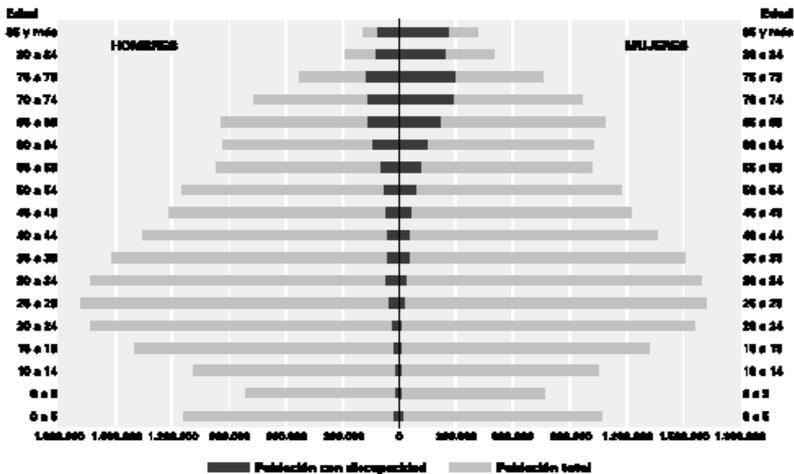
Cuando se valora una pirámide de población general y una específica de personas con discapacidad se observa que la discapacidad como fenómeno social se asocia a la edad, sobre todo, en el vértice de la pirámide de los países desarrollados (Ver gráfico 1). Esta observación indica que la *edad* se comporta como *marcador de riesgo* (factor no controlable, no podemos cambiar la edad de una persona). Es decir, a mayor edad existen más probabilidades de padecer una discapacidad, sobre todo, debida a deficiencias por enfermedades crónicas o por déficits sensoriales.

Las causas que dan lugar a discapacidad son genéticas (5-10%) y adquiridas (90-95%).

Los factores de riesgo, es decir, aquellos que sí podemos controlar y evitar en relación con la discapacidad son los siguientes:

- Consumo de alcohol para evitar el síndrome alcohólico fetal que cursa con discapacidad intelectual debido al retraso psicomotor.
- Accidentes domésticos, tráfico y laborales.
- Enfermedades degenerativas y crónicas.
- Medicamentos.
- Enfermedades maternas durante el embarazo.

**Gráfico 1. Pirámide de población con discapacidad superpuesta a la pirámide de población general**



## CONSEJOS PREVENTIVOS PRIMARIOS

*Consejo genético:* Realizar una valoración de las probabilidades o riesgo de tener un recién nacido con una malformación congénita y, en base a la misma, tomar decisiones adecuadas, responsables y personales.

*Alimentación saludable, prudente y equilibrada.* Específicamente se deben comer frutas y verduras, alimentos naturales y de temporada y asegurar la ingesta de 400 mgr de ácido fólico durante el embarazo para evitar los defectos del tubo neural y, que así, el recién nacido no padezca espina bífida, anencefalia u otras anomalías. Esto se consigue con verduras verdes y con comprimidos.

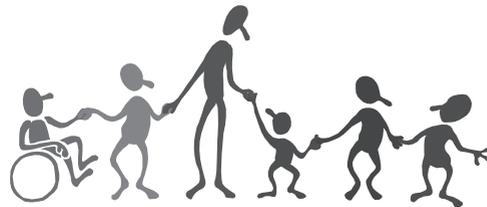
*Evitar el consumo de alcohol y medicamentos* durante el embarazo y, sobre todo, durante el primer trimestre, período de organogénesis, es decir, de formación de los órganos y aparatos del organismo humano.

*Control y Seguimiento del Embarazo:* Medidas preventivas para que el estilo de vida relacionado con la Salud de la embarazada no suponga un riesgo para el que va a nacer.

*Educación Vial* para reducir las conductas de riesgo al volante y evitar los accidentes de tráfico.

*Seguridad Laboral* para reducir los factores de riesgo en el medio laboral, cumplir la legislación laboral en materia de seguridad y mejorar la conducta de los trabajadores en relación con la Salud laboral u ocupacional.

*Vacunas:* Recomendar las vacunas en general para evitar las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles y, específicamente, la polio que produce discapacidad física o motórica y la rubéola que provoca discapacidad sensorial (cataratas) y discapacidad intelectual (retraso mental).



## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

J.A. Mirón

Las infecciones del tracto respiratorio superior constituyen la patología aguda más frecuente a lo largo de la vida. La mayoría de las personas, niños, jóvenes y adultos las padecen. La mayoría de las personas están familiarizadas con los síntomas de estos procesos dado que lo sufren cada año varias veces, sobre todo, el catarro común y la faringitis; pero bastante gente lo confunde con un proceso gripal.

### MAGNITUD DEL PROBLEMA

Estas enfermedades son el motivo principal de consulta de la Atención Primaria, es decir, del primer nivel asistencial de nuestro país, y tienen gran repercusión desde el punto de vista socioeconómico por el absentismo laboral y escolar que provocan. Además, son causa fundamental de automedicación y abuso en el consumo de antibióticos. También, en el caso de la gripe son causa de mortalidad debida a las neumonías postgripales primarias víricas y secundarias, bacterianas. Éste es el motivo por lo que los mayores y ancianos deben vacunarse cada año. Cuando de manera cíclica aparecen pandemias se convierte en una prioridad desde el punto de vista de la Salud Pública.

### RINITIS VIRAL AGUDA O CATARRO COMÚN

El catarro común es de causa viral. Existen unos 200 virus diferentes que pueden ser los causantes de la infección y de la enfermedad. Todos ellos pertenecen a unas 6 familias: *orthomyxovirus*, *paramyxovirus*, *picornavirus*, *coronavirus*, *adenovirus* y *herpesvirus*. Los coronavirus son los causantes de la mayoría de los catarros de las personas adultas. En la gente joven, una proporción importante es producida por el *respiratorio sinticial*, *parainfluenza*, *adenovirus* y *coronavirus*.

El catarro común ocurre en todas las partes del mundo. Su incidencia en zonas de clima templado es mayor en invierno que en verano; pero no existen evidencias de que la permanencia en un ambiente frío disminuya las resistencias del sujeto expuesto a los virus.

El catarro es un proceso clínico autolimitado y, habitualmente, cursa sin fiebre. Su período de incubación es de 2 a 5 días. El síndrome se caracteriza por rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, molestias en la garganta, malestar y cefalea ligera. En una pequeña proporción de adultos aparece fiebre ligera (38- 38,5°C) de pocas horas de duración. La duración media del proceso es de 7 días, con la mayor sintomatología entre el segundo y tercer día. Después la secreción nasal, que era blanca y fluida, se hace más espesa y muchas veces purulenta (verde). Por este motivo aparece tos, generalmente seca, no productiva. En los casos que se prolonga la sintomatología y, se empeora, se debe pensar en una infección bacteriana sobreañadida, motivo por el que está indicado ir al Médico de Familia para instaurar tratamiento antimicrobiano específico. Las complicaciones más frecuentes de este proceso son las otitis media aguda y sinusitis.



El tratamiento viral no es eficaz y, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos son autolimitados, no deben utilizarse antibióticos de manera innecesaria. Por este motivo, se dice: *Que dura 7 días con tratamiento y, una semana, sin tratamiento.*

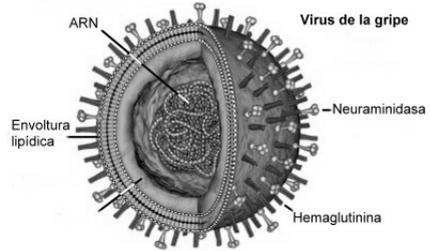
En consecuencia, se debe instaurar un tratamiento sintomático dirigido a paliar los síntomas basado en analgésicos, paracetamol o ácido acetil salicílico, para aliviar la cefalea, dolores musculares y el malestar. También inhalaciones de vapor de agua, sprays nasales o medicamentos para aliviar la obstrucción y secreción nasal. Si la tos existe y es muy molesta, se debe humedecer el ambiente y tomar un calmante de la tos, sobre todo, antes de ir a dormir.

## GRIPE

La gripe es un proceso específico causado por la infección de un ortomyxovirus o *virus de la gripe* (en inglés: *influenza virus*) que puede ser de tipo A o B. Es una enfermedad transmisible, que se transmite de persona a persona, por contacto directo a través de gotitas o aerosoles y mediante las manos, cuando tiene gran capacidad de transmisibilidad. La infección por otros virus produce un cuadro similar; pero sin provocar gran número de casos, es decir, epidemias. Estos virus y sus variantes nos visitan cada invierno, por este motivo, se habla de gripe estacional. En España, aumenta significativamente el número de casos entre octubre y diciembre. Cuando la enfermedad afecta a todos los grupos de edad y a la población de diferentes partes del mundo se denomina Pandemia. Esto es lo que a ocurrido con la

Gripe A. Generalmente, éstas se producen por cambios estructurales mayores en la configuración orgánica y funcional del virus de la gripe, la última epidemia ha sido producida por el tipo A. Las ondas epidémicas en una comunidad duran entre 5 y 6 semanas y los factores por los que empieza y termina se desconocen. Si se sabe que un factor fundamental es el grado de inmunidad (protección inmunológica) de las personas.

De forma característica el comienzo de la gripe es brusco, tras un período de 1 o 2 días de sentirse incomodo, aparecen los síntomas generales que incluyen: fiebre, escalofríos y ocasionalmente tiritona, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, malestar general, pérdida de apetito y astenia (*sin ganas de hacer nada*). Habitualmente las cefaleas y los dolores musculares son los más llamativo. También existe rinorrea y tos seca a veces desde el principio; pero no constituyen lo más importante ni llamativo (diferencia con el catarro).



El cuadro suele durar entre 7 y 10 días, aunque el malestar general, la tos y la astenia duran hasta dos y tres semanas, tras la desaparición de los demás síntomas.

El tratamiento debe ser sintomático, similar al descrito para el catarro común. En la gripe no complicada no deben utilizarse antibióticos dado que no son eficaces y, además, modifican la flora del tracto respiratorio superior provocando sobreinfecciones. En niños no se debe utilizar *ácido acetil salicílico* (aspirina) porque se ha observado que en la infección por virus de la gripe B puede provocar una encefalopatía hepática (*Síndrome de Reye*), que tiene una alta mortalidad.

## CONSEJOS PREVENTIVOS

La principal medida preventiva para disminuir la incidencia de Gripe y evitar su enfermedad es la vacunación antigripal. Se recomienda su prescripción e inoculación todos los otoños, empezando en el mes de octubre de cada año antes de que se produzca la onda epidémica. Generalmente, del 1 de octubre a 30 de noviembre. Es una vacuna que cambia su composición antigénica en función de los serotipos antigénicos detectados por los sistemas de vigilancia de la Organización Mundial de la Salud. Debido a la circulación probable de varios subtipos de virus, la vacuna utilizada actualmente en la prevención de gripe estacional o epidémica es trivalente. Se tra-

ta de una vacuna segura y efectiva que protege frente a las cepas incluidas en su composición. Generalmente, sólo causa efectos adversos locales, dolor en el sitio de inoculación, enrojecimiento y febrícula en las primeras 24h. Todos estos signos y síntomas locales ceden con paracetamol. Solamente está contraindicada en los pacientes que son alérgicos a los huevos, debido a que su producción se realiza en embriones de pollo (huevo) y, la vacuna puede contener restos de las proteínas del huevo.



Las personas que deben vacunarse son:

- Personas de 60 años o mayores (Ver calendario vacunal en adultos).
- Personas internadas en instituciones como residencias, centros de enfermos crónicos u otros en los que existan posibilidades alta de transmisión y contagio.
- Adultos o niños que sufran enfermedades pulmonares o cardiovasculares crónicas, incluida el asma.
- Adultos y niños que tengan enfermedades metabólicas crónicas (diabetes), insuficiencia renal, situaciones de inmunosupresión, síndrome de Down, etc.
- Personal sanitario que atiende a personas en centros hospitalarios o extrahospitalarios.
- Trabajadores de residencias y centros de atención sociosanitaria a personas de alto riesgo.
- Personal que atiende a personas dependientes en centros de acogida, asociaciones o en su domicilio.

Vacuna	Grupo de Edad			
	13-14 años	15-46 años	50-64 años	≥65 años
Tétanos Difteria Tosferina	dTpa (1 sola dosis)	Td (1 dosis cada 10 años)	Td (1 dosis cada 10 años)	Td (1 dosis cada 10 años)
Gripe			VAI (1 dosis anual)*	VAI (1 dosis anual)*
Vacuna antihepatitis B	3 dosis (0, 1-2, 4-6 meses)#			
Vacuna antihepatitis A	2 dosis (0, 6-12 meses)#			
Varicela	2 dosis (0,1-2 meses) (no vacunados y con historia de varicela negativa)	2 dosis (0, 1-2 meses) (seronegativos)		
Vacuna neumocócica polisacárida 23-valente				(1 sola dosis)**
Sarampión *** Rubéola Parotiditis	1 ó 2 dosis	1 ó 2 dosis		

\* Incorporar progresivamente la vacuna antigripal inactivada al grupo de de edad de 50 a 64 años, comenzado por el de 60-64 años.

\*\* Revacunar con una sola dosis a los que hayan recibido la primera dosis antes de los 65 años (intervalo mínimo de 5 años).

\*\*\* Adolescentes y adultos nacidos después de 1966 sin antecedentes fiables de vacunación o de padecimiento de la enfermedad. El año de corte p variar en alguna Comunidad Autónoma en función de la política de vacunación seguida.

# Considerar sólo en adolescentes no vacunados en la infancia.

Calendario vacunal recomendado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2005

## ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

M. Alonso y J.A. Mirón

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de enfermedades que constituyen, globalmente, la primera causa de muerte en nuestro país. En el año 2006, ocasionaron 120.760 muertes que representan el 32,5% (Ver tabla). Son específicamente, la primera causa a partir de los 70 años. La enfermedad isquémica del corazón (Angina de Pecho o *angor pectoris* y el infarto agudo de miocardio) y la enfermedad cerebrovascular son las dos ECV que provocan mayor número de muertes cardiovasculares, la tercera es la insuficiencia cardiaca.

El riesgo de morir por causas cardiovasculares está disminuyendo en España desde la década de los 70, sobre todo, debido al descenso de mortalidad por accidentes cerebrovasculares o ictus. Sin embargo, debido a la expectativa de vida y a los factores de riesgos en jóvenes, el nº de muertes por cardiopatía isquémica ha aumentado.

TABLA DE CAUSAS DE MUERTE

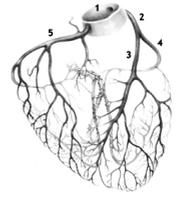
### Causas de muerte en España\*

• Enf. Ap. Circulatorio	120.760	(32,5%)
• Tumores	101.683	(27,4%)
• Enf. Ap. Respiratorio	39.510	(10,6%)
• Enf. Sist. Digestivo	19.351	(5,2%)
• Causas Externas	16.139	(4,3%)
• SNC y Órganos Sent.	15.721	(4,2%)
• Tras Mentales	12.107	(3,3%)
• Enf. Endo, Nut y Met	11.523	(3,1%)

\* Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones, 2006. TMG 8,57 por mil.

## ECV: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

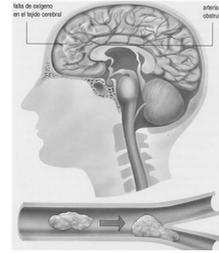
La falta de oxígeno en el miocardio se manifiesta por dolor típico denominado angina de pecho o *angor pectoris*. Es un dolor opresivo o malestar que se inicia y se manifiesta en el pecho y puede irradiarse a brazos, con mayor frecuencia al izquierdo; pero también a codos, cuello, espalda o mandíbula. Se debe a una falta de riego por parte de las arterias coronarias a una parte de corazón y, se manifiesta, cuando se somete al corazón a un ejercicio intenso que provoca un desequilibrio entre el oxígeno que llega y lo que se necesita. La causa generalmente es debido a placas de ateroma producidas por *arterioesclerosis* de las coronarias (son dos, la coronaria derecha y la izquierda, ésta se divide a su vez en dos, circunfleja y descendente anterior) recorren el corazón a manera de una diadema o corona de la que salen ramificaciones para irrigar todo el miocardio.



La diferencia entre Cardiopatía Isquémica e Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es que en este se produce necrosis miocárdica (muerte celular) y, en consecuencia, el dolor dura más, generalmente más 30 minutos y se acompaña de otros signos y síntomas como dificultad para respirar, náuseas, mareos, angustia, sudor frío y otros, que hacen sospechar la presencia de IAM en pacientes con enfermedad coronaria.

La segunda ECV que provoca una alta mortalidad es el accidente cerebrovascular (ACV), término que se emplea para designar a un conjunto de enfermedades cuya característica común es la alteración en el riego sanguíneo cerebral y de otras estructuras del sistema nervioso central como cerebelo o tronco encefálico. Para denominar al ACV se utiliza el término *ictus* que quiere decir golpe. Otros términos para denominarlo son derrame, embolia o trombosis cerebral. Los síntomas de un ictus se presentan generalmente de golpe, es decir, bruscamente y se caracterizan por pérdida brusca de fuerza en una parte del cuerpo, lo más habitual es la parálisis de una parte de la cara y del brazo del mismo lado. Otros signos frecuentes son la alteración del lenguaje (afasia o disartria, el paciente articula las palabras con dificultad). También puede haber alteración en la visión, lo más frecuente es la pérdida brusca de la visión en un lado del campo visual (hemianopsia). Otro signo es la alteración brusca en el equilibrio que le impide caminar (ataxia). Todo este complejo de signos que se observan en el paciente dependen del territorio cerebral afectado por la falta de riego y las causas pueden ser una trombosis, una embolia o un hemorragia cerebral. La duración de los signos y síntomas es variable y, si éstos se recuperan en 24h, se habla de ictus transitorio.

Las arterias cerebrales pueden obstruirse por diversas causas, la más frecuente es la *arterioesclerosis* y la hipertensión arterial que puede dar lugar a rotura vascular (hemorragia). También hay causas cardiacas, como la fibrilación auricular, que pueden ser causa de ACV por trombos que mandan al territorio cerebral. El riesgo de sufrir un infarto cerebral en los días siguientes al ictus es variable y puede llegar al 25%.



## FACTORES DE RIESGO DE ECV

Factor de riesgo es toda variable epidemiológica o característica biológica, o conducta del individuo que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad. A partir de las evidencias aportadas por el estudio epidemiológico de cohortes realizado en Framingham (EEUU) conocemos los principales factores de riesgo causales de ECV. Los factores de riesgo más importantes conocidos actualmente son los siguientes:

- *Consumo de tabaco*: consumir cigarrillos constituye el riesgo más importante de padecer enfermedad cardiovascular. Afecta a todos los vasos.
- *Presión arterial elevada* es factor de riesgo cardiovascular y, sobre todo, es el factor causante más importante en la producción de *ictus*.
- *Colesterol sérico*, en sangre, total y *LDL* elevados es un factor de riesgo cardiovascular.
- *Diabetes Mellitus*, es decir, hiperglucemia es un factor de riesgo mayor de enfermedad cardiovascular.

Estos cuatro factores son los considerados mayores, es decir, la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular se multiplica entre 2 y 4 veces. Además, la prevalencia de estos factores de riesgo en la población general es alta, por encima del 20% a excepción de la Diabetes Mellitus tipo II que ronda el 10%.

Otros factores de riesgo cardiovascular son: *Obesidad, inactividad física o sedentarismo, dieta y estrés*. Estos factores se comportan básicamente como condicionantes y, establecen entre ellos y con los factores de riesgo mayores, una serie de redes causales sinérgicas, potenciándose unos a otros.

## BENEFICIOS DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

El principal beneficio por controlar los factores de riesgo cardiovascular es disminuir la probabilidad, es decir, el riesgo de padecer y morir por una enfermedad cardiovascular. El evitar o posponer el padecimiento de una enfermedad cardiovascular mejora la expectativa de vida y el bienestar y la calidad de vida relacionada con la Salud.

## CONSEJOS PREVENTIVOS

Al objeto de disminuir la incidencia de enfermedad cardiovascular se debe seguir fundamentalmente una estrategia poblacional (individuos jóvenes y adultos). Es decir, dar información, consejos y recomendaciones que basadas en evidencias científicas, reduzcan la probabilidad, el riesgo, de padecer una enfermedad cardiovascular. La estrategia oportunista se llevará a cabo en individuos con antecedentes de enfermedad cardiovascular y en edad avanzada.

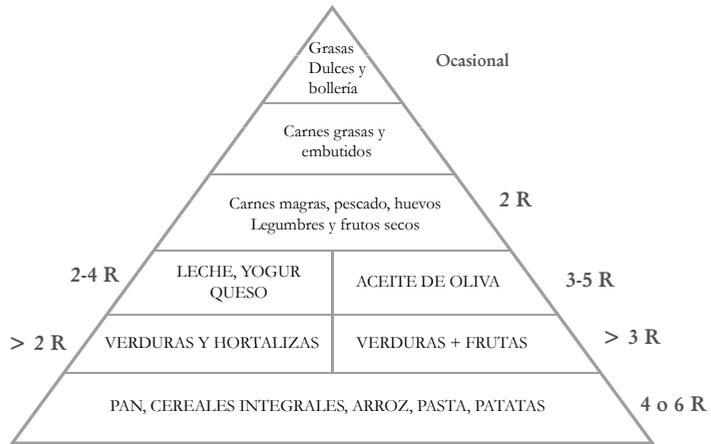
Las recomendaciones y consejos son los siguientes:

- No fumar: reducir y abandonar el consumo de tabaco por propia voluntad y/o con apoyo y ayuda profesional. Evitar la exposición pasiva al humo del tabaco. Abandonar el hábito, neutraliza el riesgo cardiovascular a los cinco años.
- Control y seguimiento de la tensión arterial con dieta y ejercicio físico y, con tratamiento farmacológico, si es necesario.
- Control y seguimiento de los niveles de colesterol total y LDL por parte de los médicos de familia. Se debe intentar controlar los niveles adecuados mediante dieta saludable, equilibrada y prudente y con ejercicio físico, moderado diario (pasear a paso ligero durante 60 minutos al día).
- Control y seguimiento de la glucemia sanguínea para diagnosticar y realizar el seguimiento de la Diabetes Mellitus.

En resumen, lo principal para disminuir el riesgo de una enfermedad cardiovascular, cardíaca o cerebral, es llevar una dieta saludable, equilibrada y prudente basada en el esquema propuesto en la figura siguiente y realizar ejercicio físico moderado todos los días. Con ello se reduce el riesgo y la aparición de los otros factores de riesgo que se comportan como condicionantes (obesidad, sedentarismo y estrés).

PIRÁMIDE DE ALIMENTACIÓN

**Dieta saludable**



**Pirámide de alimentación saludable de SENC, 2001**

## MITOS Y REALIDADES EN TORNO AL CÁNCER

J.A. Mirón

Este grupo de enfermedades constituye la mayor preocupación individual, familiar y social relacionada con la dinámica Salud-Enfermedad. Es desde el punto de vista profesional, una prioridad preventiva; pero también una preocupación de Salud Pública y de investigación.

Se habla de ella, sin nombrarla, de manera concreta y específica, en bares y cafeterías, peluquerías, púlpitos y, más frecuentemente, en velatorios. Y ésta, no es una manera racional de enfrentarnos a un problema. La situación, dadas las condiciones sanitarias, científicas y socioeconómicas que tenemos en nuestro país y en concreto en el Sistema Sanitario Español, no es ni la más adecuada ni la más oportuna. Sin lugar a dudas y, según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos y agencias, nuestro país tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo mundial.

La falta de información en general o los múltiples intereses para que la población esté desinformada han creado un entorno social ineficaz para luchar y responder de manera saludable y lógica, contra esta enfermedad. Y se puede realizar mucho, por parte de todos, desde la diversidad y desde la individualidad, y sin excesivos esfuerzos; pero la falta de instrucción o educación sanitaria es actualmente tan dañina y nociva, en mi opinión, como la propia enfermedad.

Esta enfermedad afecta a todos los estratos sociales y grupos de edad, a niños, adultos y ancianos. En torno a ella, existen muchos miedos, incertidumbres, realidades y, mitos, que no hacen más que entorpecer y dificultar la efectividad de todo un sistema sanitario, que dedica muchos recursos y esfuerzos a su control y resolución; pero que se muestra ineficaz globalmente, por la falta de una conducta adecuada y responsable de la mayoría.

Un *mito*, para el diccionario de la Real Academia de la Lengua, es una historia ficticia; pero también una creencia o noción considerada cierta y valiosa por una comunidad humana determinada que la conserva y la transmite. Hasta el siglo XIX, representaba lo contrario de la realidad, posteriormente, se han revitalizado como el relato de una historia verdadera acontecida en los orígenes de los tiempos.

He elegido los *mitos* como elemento central de esta reflexión por varias razones: a) porque los mitos, tienden a conservar ideas, conceptos y teorías

equivocadas; b) porque los mitos, producen daño y efectos nocivos al perturbar las respuestas y las conductas racionales y c) porque este proceso de analizar los mitos existentes en relación a esta enfermedad, nos permite confrontarlos con la realidad objetiva y con las evidencias científicas existentes actualmente dándonos una oportunidad para la reflexión, el aprendizaje y el cambio.

A continuación, examinaremos diez de los mitos más frecuentes en relación con esta enfermedad al objeto de reflexionar y procesar nuestra conducta y estilo de vida, es decir, la forma en que nos enfrentamos a los retos de nuestra vida en relación con esta enfermedad.

**Mito 1.** *Es una enfermedad incurable, el hecho de que a un individuo se le diagnostique, indica que se va a morir de ella y por ella. Por eso, es mejor no nombrar al diablo.*

**Realidad.** En realidad es un conjunto de cánceres y es la única enfermedad crónica curable en más del 50% de los casos. Salvo en tres localizaciones, en que la supervivencia a los 5 años, actualmente es menor del 10%. En el resto es curable en la mayor parte de los casos. Todo depende del diagnóstico de extensión (enfermedad en fase local o en fase generalizada). Es decir, de la demora diagnóstica y terapéutica y, ésta depende de cada uno de nosotros –por mirar para otro lado– y del sistema –falta de recursos o ineficiencia del mismo–.

**Mito 2.** *Es una enfermedad sobre la que no existe prevención, poco podemos hacer, somos individuos indefensos ante este problema de Salud.*

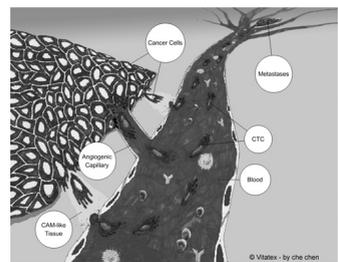
**Realidad.** La prevención es una herramienta a tener presente en el control de esta enfermedad, como en la mayoría de las enfermedades; pero hace falta esfuerzo personal y hábitos diarios adecuados y efectivos. Por ejemplo, han demostrado una gran efectividad los programas de diagnóstico precoz de diversos tumores (mama, cuello de útero y colon-recto). También, algunas vacunas (hepatitis B y papilomavirus). Sólo me referiré a un argumento en favor de la Medicina Preventiva: el humanitario «*Más vale un hombre sano que un hombre enfermo*». No se necesita nada más para justificar la importancia de la misma. Lo lamentable es que actualmente, todo el Sistema Sanitario y Todos, sólo buscamos curación y no prevención. Estamos esperando que la prevención se consiga con un comprimido, modelo biomédico, y hoy, el modelo para enfrentar la Vida y el binomio Salud-Enfermedad es el modelo biopsicosocial, basado en varios componentes o factores, biológicos, psíquicos y sociales.

**Mito 3.** *El hecho de tener antecedentes familiares indica que se va a padecer y, que tarde o temprano, nos caerá la espada de Damocles en forma de enfermedad.*

**Realidad.** Existen diferentes factores de riesgo, la predisposición genética y/o factores endógenos están presentes en algunos individuos; pero los más importantes son los adquiridos y dependen fundamentalmente de los estilos de vida relacionado con la Salud, es decir, de los comportamientos que realicemos en relación con nuestro cuerpo y nuestra Salud. Como son: la dieta, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la exposición solar y, otros, fundamentalmente, ocupacionales y laborales. Hay individuos fumadores que viven 90 años, claro, su probabilidad de adquirir la enfermedad depende de su *susceptibilidad* o *vulnerabilidad individual*, y ésta depende de múltiples factores, endógenos y/o exógenos. Aumentar por nuestro comportamiento los factores exógenos es aumentar el riesgo, la probabilidad o dicho llanamente, comprar más números de lotería, en este caso, lotería cancerígena.

**Mito 4.** *La localización y la extensión no intervienen en la supervivencia y en el pronóstico de la enfermedad.*

**Realidad.** El hecho de tener diferentes localizaciones, implica que se hable de un grupo de enfermedades con un elemento común histológico –proliferación y multiplicación celular sin control–. Por otra parte, la propagación celular tiene lugar por invasión o extensión del tumoral local y, a distancia, por metástasis (implantación en un lugar distante del tumor primario, en el mismo o en un órgano distinto). La propagación implica generalización de la enfermedad y, por tanto, peor pronóstico (menor probabilidad de curación). Por este motivo es fundamental el diagnóstico precoz. Éste es pilar fundamental para la curación o la herramienta actual más efectiva frente a esta enfermedad. Actualmente, el elemento clave; pero no el único, para la prevención y/o curación del cáncer. Por tanto, no es razonable ni adecuado cuando se sospecha, *mirar para otro lado ni esconder la cabeza bajo el ala*.



**Mito 5.** *El hecho de tener dinero o fama o ambas está relacionado con una mayor curación y supervivencia. En consecuencia, ir a los hospitales de los Estados Unidos de América implica una mayor curación.*

**Realidad.** En los hospitales españoles, salvo excepcionales terapias en fases de investigación anteriores a la comercialización del quimiotera-

pico, se prescriben y prestan los mismos tratamientos que en el país más avanzado del mundo, incluido los Estados Unidos de América. El Sistema Nacional de la Salud, que tenemos desde 1986, es uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo y, junto al mandato Constitucional (Derecho a la protección de la Salud) que implica que todos tenemos los mismos Derechos, *equidad del sistema*, los profesionales sanitarios son delegados de la efectividad de los mismos. Es decir, que desde su competencia, profesionalidad y ética, deben preservar y garantizar la Salud de sus pacientes.

**Mito 6.** *Es una enfermedad actual, de nuestra civilización por su gran frecuencia en el último siglo.*

**Realidad.** Es una enfermedad que no sabe de clases sociales y que ha afectado a sobresalientes y conocidos personajes de la Historia de la Humanidad como la Reina Isabel la Católica, Santa Teresa de Jesús, Marie Curie, Sigmund Freud, el rey Husein de Jordania, F. Mitterand, por citar algunos. Se diagnóstica más porque hay más medios diagnósticos y, también, porque se vive más. Una gran parte de las neoplasias se deben a la alta expectativa de vida que disfrutamos. Sí, habéis leído bien, disfrutamos de muchos años de vida, por este motivo se padecen más enfermedades crónicas y, el cáncer es una de ellas.

**Mito 7.** *El hecho de padecer esta enfermedad implica pasarlo muy mal, dolor y sufrimiento, en todas las fases de la enfermedad.*

**Realidad.** Sólo duelen en fase precoz una minoría de los tumores. En fases de generalización o extensión (fase de metástasis), el dolor producido por diversos mecanismos (obstrucción, compresión y otros) es controlable, mediante fármacos y otros procedimientos médicos y quirúrgicos, en la mayoría de los casos. Se dispone, actualmente, de suficiente arsenal terapéutico para que el dolor sea llevadero y compatible con la dignidad y con la *humanidad*.

**Mito 8.** *Frente a este tipo de enfermedad no podemos hacer nada, resignación, brazos cruzados, rezar y rogar a Dios y a Todos los Santos que sean misericordiosos.*

**Realidad.** Es una enfermedad evitable en un gran número de casos. Existen muchas formas y maneras de controlar el riesgo de padecerlo (menor probabilidad). Las medidas preventivas primarias, que reducen la incidencia de esta enfermedad, existen y han demostrado su eficacia y efectividad. Lo adecuado es llevar conductas que basadas en las evidencias científicas y en los conocimientos actuales reducen el riesgo de

contraerla. Creer y tener esperanza también ayuda, por supuesto; pero lo que más ayuda es promocionar y practicar la prevención, las medidas e intervenciones que reducen las posibilidades de padecerlo, y que las Administraciones Autonómicas y Estatales cambien la orientación del sistema sanitario, aumenten la financiación del mismo para posibilitar una mayor y mejor atención.

**Mito 9.** *Para esta enfermedad no es eficaz la prevención, es decir, los comportamientos de los individuos poco pueden hacer para prevenirla.*

**Realidad.** Existen diferentes medidas preventivas que reducen la probabilidad de padecerla y que, además, están al alcance de la mayoría, sólo hace falta concienciación, racionalidad y voluntad de llevar a cabo. Eso sí, no existen para esto fórmulas magistrales farmacéuticas que nos resuelvan el problema. Es necesario un pequeño esfuerzo diario e incorporar al día a día, hábitos saludables basados en las evidencias científicas que hoy conocemos. En resumen, llevar una vida saludable (básicamente: alimentación equilibrada y prudente, ejercicio físico moderado de forma habitual y evitar hábitos tóxicos y contaminantes ambientales y ocupacionales).

**Mito 10.** *El hecho de que los individuos tengan más información sobre esta enfermedad no cambia los hechos, no está en nuestras manos. Está en manos de los azares de la vida, del Fatum (destino).*

**Realidad.** El acceso a la información es el factor más importante para lograr una mayor equidad en el binomio de la Salud-Enfermedad. Conocer para transformar. Se ha demostrado que la información e instrucción de los individuos es uno de los determinantes más importantes en el cambio y en la transformación de los fenómenos sociales y, esta enfermedad, es, ante todo, un fenómeno biopsicosocial. Los pacientes informados de manera adecuada se comportan mejor, actúan más responsablemente y son más consecuentes. Como refiere la Ley General de Sanidad, la información es el elemento esencial para la mejora de la Salud individual y colectiva (Art 19 de la Ley General de Sanidad, 1986).

## ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA: EPOC

*J.A. Mirón*

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte en nuestro país y ocasionan enfermedad crónica, discapacidad y un gran número de hospitalizaciones y urgencias hospitalarias. La mayor parte de ellas ocasionadas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Enfermedad de alta prevalencia, en nuestro país un 10% de la población adulta la padece. Ésta es una enfermedad que afecta a los bronquios, estrechándolos, y también a los pulmones, destruyendo los alvéolos que lo forman.

Existen otras enfermedades respiratorias como al asma, bronquitis y neumonías. La primera se produce por una hipersensibilidad bronquial a diversos alérgenos y sustancias y, las dos últimas, de causa infecciosa.

### FACTOR DE RIESGO

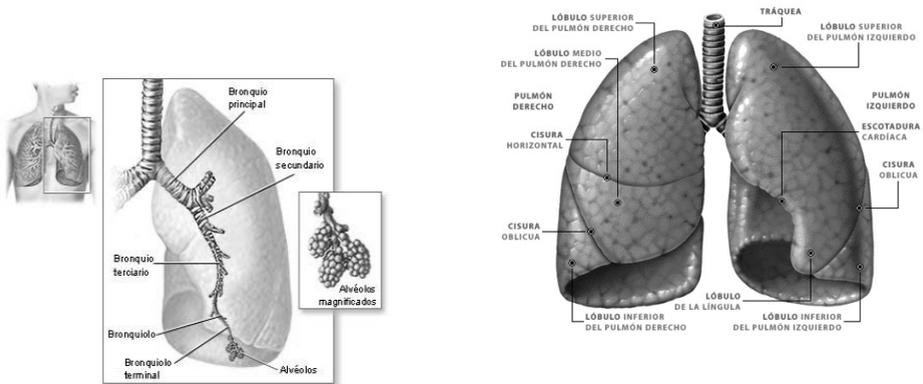
En nuestro entorno la EPOC se produce básicamente por fumar, fundamentalmente cigarrillos. El humo de tabaco contiene aproximadamente unas 5.000 sustancias que con cada inhalación entran en contacto con los bronquios, alvéolos pulmonares y la sangre. Algunos de estos componentes son muy tóxicos como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, alquitranes, nicotina, etc. Estas sustancias, además, se transforman en sustancias ácidas que al entrar en contacto con la mucosa bronquial provocan inflamación. Debido a esta inflamación la pared bronquial sufre un engrosamiento y produce mayor cantidad de mucosidad. Las partículas y sustancias de menor tamaño tienen capacidad para llegar a los alvéolos y los destruyen. Como consecuencia, el pulmón pierde estos espacios aéreos o sacos y se produce una pérdida de la capacidad respiratoria y formándose espacios aéreos huecos en el pulmón lo que se denomina enfisema. Todos estos fenómenos fisiopatológicos, que son bilaterales y afectan a ambos pulmones, favorecen la obstrucción de la luz bronquial y el crecimiento de gérmenes, ocasionando mayor incidencia de infecciones y dificultad respiratoria que empieza manifestándose con falta de aire a los grandes esfuerzos (subir varios pisos) para terminar produciéndose a pequeños esfuerzos.

Todos estas lesiones y fenómenos se producen en todos los fumadores; pero sólo en uno de cada tres, estas lesiones son lo suficientemente impor-

tantes como para provocar un cuadro respiratorio que produzca síntomas y signos significativos desde el punto de vista clínico.

## CONSEJOS PREVENTIVOS

Se puede prevenir la EPOC no empezando a fumar y haciendo efectiva la legislación vigente sobre las restricciones del consumo de tabaco en lugares públicos y privados de trabajo o de ocio para que éstos se conviertan en lugares sin humo. Y si ya se es fumador, dejando el hábito tóxico cuanto antes. Para ello, sólo hace falta voluntad de querer dejarlo y, si se necesita apoyo y/o ayudas profesionales, solicitándolas a través de los Equipos de Atención Primaria de su zona geográfica.



## DEMENCIAS Y ENFERMOS DE ALZHEIMER

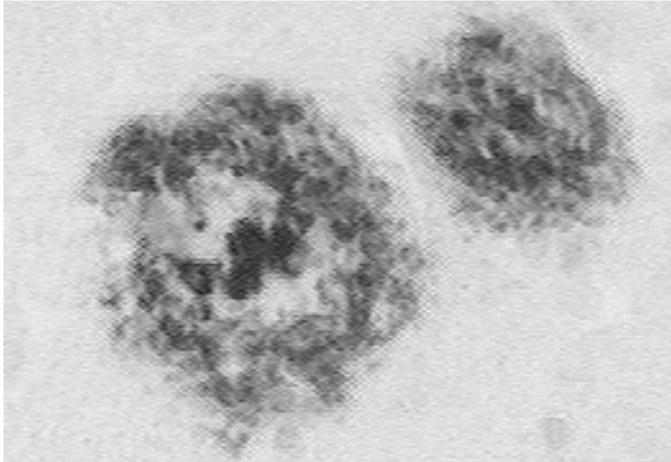
*R. Rodríguez Pérez*

Médico de Familia experto en Demencias  
Director Médico Centros AFA Salamanca

- Conjunto de enfermedades de un órgano que es el cerebro, después de haber nacido y que progresan o hacia la curación (el 10% que se suelen deber a otras enfermedades) o hacia el deterioro (Alzheimer, Vascular, Lewy, Frontotemporal, Parkinson, etc...), estando bien despierto (nivel de conciencia).
- La mayoría aparecen después de los 65 años.
- La más frecuente es el Alzheimer (50-60%)

### MECANISMOS PRODUCTORES DE DEMENCIA

1. Neurodegeneración por la edad: oxidación y depósito de productos de desecho.
2. Genética: Mutaciones en los genes que codifican el amiloide (cromosoma 21), la presenilina 1 (cromosoma 14), la presenilina 2 (cromosoma 1) y los recientemente descubiertos CR1 y Clu (que tienen relación con la inflamación) y el PICALM. Por otro lado, aparecen polimorfismos de la APOE (cromosoma 19).
3. Alteraciones vasculares: debida y relacionada con la hipertensión arterial, los accidentes cerebrovasculares o infartos cerebrales, varones, la diabetes mellitus, la fibrilación auricular, la elevación del colesterol, la obesidad, etc.
4. Enfermedades que "pueden producir" demencia o demencias secundarias: Esclerosis Múltiple, Parkinson, Déficit de vitamina B12, Síndrome de Cushing, Tiroideas altas o bajas, Tumores, Anemia, Sida, etc.



**Figura 1.** Placas de proteína Beta-amiloide.

**Síntomas:** pérdida de memoria a corto plazo, lenguaje, secuencias de movimientos, reconocimiento, cálculo, orientación espacial y temporal, de razonamiento, etc. Depresión, irritabilidad, ansiedad, insomnio, epilepsia, parkinsonismo (temblor, rigidez, lentitud movimientos y pensamientos, etc).

Tipos de alteraciones de memoria desde la normalidad a la demencia:

- Olvido benigno (despistes).
- Alteración de memoria parcial transitoria.
- Alteración de memoria global transitoria.
- Alteración de memoria permanente (> 6 meses) que afecta a su vida social, laboral o familiar: episódica, semántica, etc. Ésta es la que cumple las características del diagnóstico de demencia.

## PREVENCIÓN DE LAS DEMENCIAS

- Latín, praevenire
- Pre = antes, vención = de que venga
- **Prevención Primaria:** medidas encaminadas a evitar la aparición de la enfermedad (vacuna, campaña antitabaco, etc ...).
- **Prevención Secundaria:** medidas encaminadas al diagnóstico precoz de la enfermedad (presintomático: citología cervical, mamografía, etc...).
- **Prevención Terciaria:** intenta limitar la discapacidad mediante la rehabilitación (ejercicio físico precoz en IAM).

Recomendaciones:

1. Mantenerse activo intelectualmente (NEJM, 2003; 471 en 21a: > conexiones neuronales) reduce el riesgo de demencia en mayores de 75 años (juegos de mesa, lectura, tocar música, baile, crucigramas, puzzles, etc.) potenciando la "reserva cognitiva".

Máximo rendimiento: INVENTAR

2. Realizar ejercicio físico moderado y continuo, disminuye la pérdida de "volumen" cerebral por regeneración neuronal (demostrado en ratones) de las células madre. No sabemos estimularlas desde fuera.
3. Consumir fruta y verdura (no en exclusiva, sí más de 2 piezas al día) reduce en un 76% el riesgo de Alzheimer (polifenoles en el año 2006 Dr Qi Dai, en la Universidad de Vanderbilt, 2000 japoneses en 10 años). Suplementados: evolución más lenta y benigna del Alzheimer.

La dieta mediterránea fue estudiada en 2.000 estadounidenses, con una media de edad de 76 años, en los que se redujo un 24% el riesgo de Enfermedad de Alzheimer.

Consumir alimentos ricos en grasas insaturadas como los omega-3 (pescado) o el ácido alfa-linoleico (nueces), sacian más, se queman mejor y no se absorben por completo, lo que "evita" el depósito de colesterol "malo".

El ginkgo biloba es un antiamiloidogénico y con control de la expresión genética. Recientemente se ha demostrado que no es útil en la prevención de la demencia.

## CONSIDERACIONES

1. Existe controversia recientemente respecto a que el envejecimiento cerebral (en lo que se refiere a la finalización o reducción importante del proceso de creación de redes de conexiones entre neuronas o sinapsis) se inicia en torno a la tercera década de la vida y que no existe regeneración neuronal. Es posible que haya una cierta plasticidad neuronal en edades posteriores, basada en un recambio neuronal por maduración de neuronas inmaduras "latentes".
2. El trazador radiactivo Pittsburg (PIB) en el PET, se relaciona en los estudios con las zonas de depósito de proteína Beta-amiloide. Se está intentado crear mapas de depósito de esta proteína en diferentes edades (desde los 20 hasta más de 90 años) y su posible relación con el desarrollo posterior de demencia tipo Alzheimer o la tasa de

sujetos que aún teniendo esos depósitos, no la padecen ni la padece-  
rán en el futuro. El estudio genético de estos individuos, puede  
aportar mucha luz al mecanismo "multicausal" de las demencias.

Así pues, se cree que la edad a la que se deben empezar estas  
recomendaciones preventivas de la aparición, progresión o rehabi-  
litación de las demencias, es precisamente en esa década (21-29  
años), lo que podría estar avalado por la hipótesis de la reserva  
cognitiva cuya base son los estudios reglados durante años.

El inicio más tardío de estos estilos de vida (ejercicio físico, ejercicio  
mental y nutrición correcta) podría retrasar también la velocidad  
de progresión en los enfermos que ya han desarrollado algunos  
síntomas o signos de la enfermedad, por lo que siempre habrá un  
rendimiento con la realización de programas de estimulación físico-  
cognitivo-nutricional.

3. Las alteraciones de capacidades mentales y físicas son progresivas,  
de tal manera que el enfermo pasa de trastornos leves a moderados  
y a graves.

Esas limitaciones, generan unas necesidades que pueden ser cubier-  
tas por diferentes servicios especializados de atención, en concreto  
en España para unos 500.000 enfermos.

4. La Salud Pública precisamente tiene entre sus objetivos evitar la en-  
fermedad promoviendo estilos de vida saludables, por lo que es la  
especialidad médica que nos llama la atención sobre el futuro de las  
demencias; los sujetos en riesgo de desarrollarla.

Si utilizamos la escala de deterioro global en la demencia (GDS), po-  
dremos hacer una sencilla clasificación:

- a) Los estadios 1, 2 y 3 son el futuro (en riesgo), los sujetos con algún  
deterioro cognitivo.
- b) Los estadios 4, 5 y 6 son el presente, los enfermos a los que atende-  
mos.

Así pues, sería recomendable que los gestores sanitarios y las admi-  
nistraciones, decidan invertir en la prevención una cantidad suficiente para  
que las predicciones para los próximos años (se estima que se multiplicará  
la prevalencia por dos), se reduzcan a la mitad (por cada 5 años de edad  
media poblacional de retraso en el inicio de la demencia, se reduciría un  
50% el número de enfermos).

Esto es factible en el marco legal español con la Ley para la Promoción  
de la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia, siendo (en el

campo de las demencias) un modelo de correlación aceptable según mi experiencia el siguiente:

ESTADIOS DE DEMENCIA: GDS, NECESIDADES DE ATENCIÓN Y LEY DE DEPENDENCIA

• ATENCIÓN DOMICILIARIA ESPECIALIZADA AFA	
Estadio 1:	Deterioro cognitivo Indetectable, Enlentecimiento. PROM. AUT PERS
Estadio 2:	Quejas del PACIENTE sobre olvidos PROM. AUT PERS
Estadio 3:	Quejas de la FAMILIA sobre olvidos, Depresión Deterioro cogmit leve
Estadio 4:	Disminución funcional, Ansiedad, Deterio cog moderado. G1N1, G1N2
• ATENCION CENTRO DE DIA ESPECIALIZADO AFA	
Estadio 5:	Pérdida parcial de AVD, Alteraciones del comportamiento .Deterioro cognitivo de Moderado a Severo. Demencia inicial. G2N1, G2N2
Estadio 6:	Pérdida completa algunas AVD, Incontinencia Deterioro cognitivo severo. Demencia moderada G2N2, G3N1
CENTRO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO AFA	
Estadio 7:	Instintos. Deterioro Cognitivo severo. Demencia Severa G3N1, G3N2

**Figura 2.** Mapa conceptual para toma de decisiones técnicas en demencias:

**Sanitarias:** estadio clínico y servicio asistencial (talleres para la promoción de la autonomía personal, en domicilio: atención básica higiénico-nutricional, control medicación, entrenamiento cognitivo, etc.; centros de estancia diurnas para fase leve-moderada o centro para fase moderada-grave; centro residencial especializado para fase grave-muy grave).

**Sociales:** estadio clínico y baremo de dependencia [grado (G), nivel (N)].



## RECURSOS PARA LA SALUD



## SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

J.A. Mirón y H. Iglesias

Desde el 1986, año en que promulga la Ley General de Sanidad, los españoles disfrutamos de una Sistema Nacional de la Salud, sistema sanitario que ha sufrido una evolución histórica desde la aparición del seguro de enfermedad en 1942. Este seguro, pasó a formar parte del conjunto de seguros sociales que conforman lo que en los países desarrollados denominamos Seguridad Social. Es decir, nuestro país en el sector sanitario ha evolucionado desde un *modelo mixto* o mal denominado de seguridad social a un modelo *Nacional de Salud*. Este modelo ha contribuido a fortalecer y asegurar el sistema de Binestar Social que disfrutamos los españoles en este momento; pero ha llegado el momento de introducir cambios si queremos que nuestro sistema sanitario siga siendo uno de los mejores del mundo.



La Ley General de Sanidad establece la *equidad* como principio general del sistema sanitario, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones y servicios sanitarios se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y, con la finalidad de dar una atención integral de calidad. Es decir, las prestaciones, actividades y servicios se orientarán a la Promoción de la Salud, la Prevención de la enfermedad, la Curación y la Rehabilitación de los pacientes.

El Sistema Sanitario Español esta formado por los servicios regionales de salud de las Comunidades Autónomas y por servicios estatales desarrollados por el Ministerio de Sanidad, que se ocupa básicamente de la coordinación general, la sanidad exterior y los acuerdos internacionales en materia de Salud, política de medicamentos y Alta inspección. Sus características básicas son las siguientes:

- *Cobertura Universal*, todos lo españoles y extranjeros con residencia legal en España tienen derecho a utilizar sus recursos y a recibir sus prestaciones.

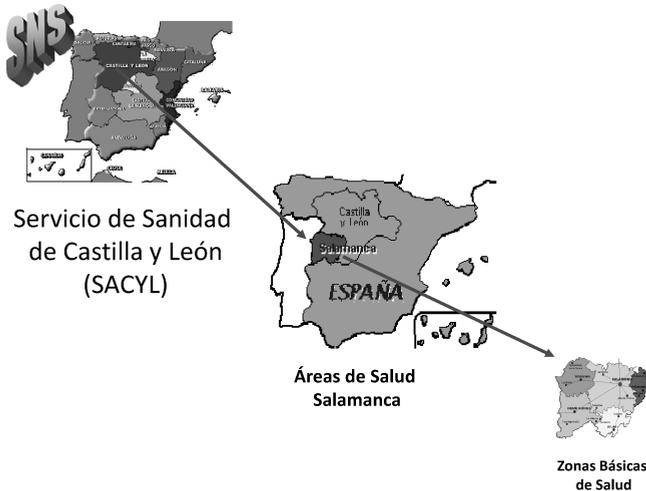
- *Equidad* en el acceso a las prestaciones y *solidaridad* en el mantenimiento del sistema.
- *Financiación es básicamente pública*, a través de los presupuestos para asegurar el Derecho a la Salud (Art 43 de la Constitución española del 78).
- *Alto nivel de calidad y de seguridad*.
- *Gestión sanitaria descentralizada*, en las Comunidades Autónomas.
- Sometido a *Planificación y Programación Sanitaria* por parte del Consejo Interterritorial de la Salud. Éste tiene la misión de garantizar la cooperación y coordinación entre todas las Comunidades Autónomas.
- Coordinación e integración de los recursos públicos del sector sanitario en un dispositivo único para asegurar cohesión, efectividad y eficiencia.

El **objetivo** del sistema sanitario es asegurar y hacer efectivo el Derecho a la Salud de los españoles a través de la atención integral. Es decir, mediante la Promoción de la Salud, la Prevención de la Enfermedad, la Curación o Recuperación de la Salud y la Rehabilitación para procurar el Bienestar y la Calidad de Vida.

## ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La **Organización** está basada en los servicios regionales de Salud de las Comunidades Autónomas que distribuyen los recursos sanitarios en base a la unidad geográfica-sanitaria que conforman las **Áreas de Salud**. Éstas deben garantizar la atención clínica completa, es decir, la atención médica y quirúrgica completa basada en los conocimientos y evidencias científicas existentes en cada momento. En consecuencia, en las mismas deben existir Hospitales. Las Áreas se dividen a su vez en Zonas Básicas de Salud, delimitación geográfica sanitaria donde se garantiza la Atención Primaria a través de los equipos de Atención Primaria (conjunto de profesionales sanitarios que se ocupan de los problemas de Salud del conjunto de la población a la que atienden). Esta organización, se basa en la atención progresiva, atención según problemas y necesidades, por lo que existen distintos niveles de atención o asistenciales, en nuestro Sistema, dos niveles asistenciales: Atención Primaria, puerta de entrada al sistema que atiende a sanos y a enfermos y que realiza la función de filtro, es decir, los médicos de familia deciden que pacientes deben ir al segundo nivel asistencial, a la Atención Hospitalaria. Por tanto, existen dos niveles asistenciales escalonados, el primer escalón es

la Atención Primaria (Equipos de Atención Primaria que actúan en las Zonas Básicas de Salud) y el segundo, la Atención Hospitalaria (Hospitales que están formados por conjunto de equipos de profesionales que actúan en los respectivos servicios y unidades hospitalarios).

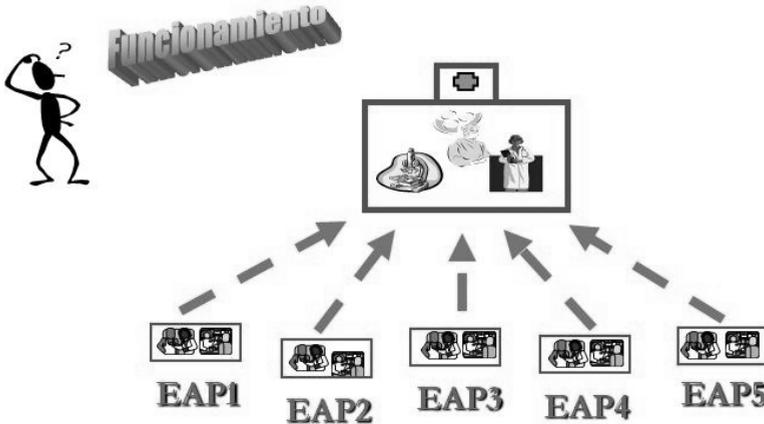


El funcionamiento se basa en la oferta de una serie de servicios y prestaciones que forman la cartera de servicios y que se dan de manera gratuita a excepción de la prestación farmacéutica y algunas otras en las que existe una colaboración económica por parte del paciente, lo que se denomina *copago*. Este funcionamiento basado en la demanda y en la gratuidad del sistema conlleva un inconveniente, la excesiva demanda, en gran parte inadecuada e innecesaria. Aspecto, que provoca un aumento de los costes y que se invierta en recursos, prestaciones y servicios que no son necesarios clínicamente. Lo que ocasiona no disponer de presupuestos para recursos nuevos que si aportan efectividad clínica al sistema y a sus pacientes.

Para evitar estos inconvenientes al sistema, se deberían utilizar los niveles asistenciales de manera adecuada. Es decir, básicamente el primer nivel asistencial (Atención Primaria) y, sólo, la Atención Hospitalaria (Hospitales) en caso de urgencia vital o por necesidades diagnósticas o terapéuticas no resueltas en la Atención Primaria por falta de medios diagnósticos.

Un símil válido, sería utilizar el sistema sanitario como se utiliza el sistema financiero, para resolver los problemas económicos habituales se utilizan los cajeros o las sucursales bancarias y, para hacer una gran operación económica (compra de un coche o un piso) se va a ver al director de la entidad y se realizan una serie de procesos previos. Igual debería ser con el sistema sanitario, resolver la mayor parte de los problemas de Salud en la Atención

Primaria y, sólo ir a los hospitales en caso un problema grave o complejo o en caso de urgencia vital. Así, se contribuye a la efectividad y eficiencia del sistema, se cumplen mejor los objetivos del mismo y se disminuyen los costes y se mejora la calidad y la seguridad de los pacientes.



## SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Los indicadores utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar el nivel de Salud y la calidad asistencial de un país, sitúan al Sistema Nacional de la Salud español en los primeros lugares, entre los diez primeros del mundo. Siendo conscientes del alto nivel sanitario y asistencial alcanzado, se debe seguir mejorando, desde la valoración objetiva de las deficiencias, los recursos sanitarios, los procesos asistenciales y los resultados en términos de satisfacción y niveles de Salud. Es decir, mejorar la Calidad Asistencial, la Seguridad del Paciente para procurar mayores grados de Salud, Bienestar y Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Entre los aspectos y/o componente que es conveniente mejorar figuran: la gestión, las listas de espera, la actividad preventiva primaria y secundaria y la rehabilitación y la dotación en recursos y nuevos avances tecnológicos y diagnósticos, así como, la incorporación de nuevos profesionales sanitarios a los distintos niveles asistenciales como odontólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos clínicos. En consecuencia, y dado el proceso de descapitalización sufrido en los últimos años por aumento de la demanda (inmigración y población extranjera y turismo sanitario), envejecimiento de la población (cada vez mayor dependencia y necesidad de servicios y prestaciones) y aumento del gasto farmacéutico, se debe aumentar el porcentaje del PIB que se dedica actualmente al sector sanitario. Uno de

los retos planteados es el envejecimiento, la cronicidad, la comorbilidad y la dependencia. Para ello, es necesario dotar al SNS y a sus profesores de una visión integral e integradora de los servicios sanitarios y/o sociales.

## CONSEJOS PARA MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL Y SU CALIDAD

Ser conscientes que la responsabilidad del buen hacer y sus resultados depende de Todos.

Realizar demanda de servicios y/o prestaciones sanitarias cuando sea estrictamente necesario y al nivel asistencial adecuado.

Se debe utilizar básicamente la Atención Primaria, ésta debe ser la puerta de entrada al sistema sanitario. Al hospital se debe ir ante urgencia vital (por gravedad o por riesgo importante) y cuando lo envíen desde la Atención Primaria.

Los pacientes deben participar y colaborar en el proceso asistencial, comprendiendo su problema y corresponsabilizándose del mismo. En este aspecto es fundamental la confianza del paciente en el sistema y en sus profesionales sanitarios. Pensar que los profesionales tienen que cumplir el viejo aforismo hipocrático <<*Primum Non Nocere*>>, *ante todo no provocar daño*.

## VIDA SALUDABLE EN EL SIGLO XXI

J.A. Mirón

La Salud supone básicamente, de aquí su trascendencia social, un recurso para la Vida de los hombres. Su pérdida supone la mayor preocupación que tiene la población y, sobre todo, algunos grupos poblacionales más vulnerables. El que disfruta de Salud tiene capacidad de funcionamiento vital, individual, familiar y social. Además, superado el modelo biomédico imperante en el Siglo XX, sabemos que la misma depende de varios componentes o factores, éstos son: los componentes físico, psíquico y social.

La Salud como cualquier evento o fenómeno depende de múltiples factores condicionantes, determinantes o de riesgo (*modelo multicausal*). Es además, un elemento de consumo y comercio en la Sociedad actual. Todo producto o servicio saludable se vende y se compra mejor.

La disponibilidad de evidencias científicas a partir de estudios epidemiológicos supuso la introducción de intervenciones preventivas en la práctica clínica habitual con el objetivo de evitar nuevos casos de enfermedad; pero también para mejorar el pronóstico, la supervivencia y la calidad de vida relacionada con la Salud.

La asistencia sanitaria tiene más ventajas que inconvenientes, lo que justifica su realización y su crédito y aprecio social. La asistencia sanitaria que se ofrece, aun con lagunas y errores, es un servicio de calidad y goza de muy buena valoración por parte de la población. Actualmente, es el servicio social mejor valorado. Y los servicios y actividades que se ofrecen, sino son mejores, se debe a la falta de financiación y a una inadecuada e ineficiente gestión.

El objetivo básico y fundamental debe ser incorporar las evidencias científicas (conocimientos, comportamientos y actitudes) que nos permitan una mayor probabilidad de obtener Salud y menos probabilidades de enfermar. Es decir, incorporar aquello que ha sido probado y se muestra eficaz y efectivo a la vida cotidiana del Siglo XXI.

Para conseguir este objetivo, hay que tener en cuenta las Bases Científicas de la Promoción de la Salud y la Medicina Preventiva y, posteriormente, en base a las evidencias científicas existentes, realizar una serie de recomendaciones y consejos para llevar una *vida saludable*.

## BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN

La principal barrera que tiene actualmente la MP es el principio de la Sociedad actual como es la *satisfacción inmediata* de los deseos de las persona, se quieren tener satisfacciones y conseguir objetivos saludables sin esfuerzos, aunque sean pequeños en el día a día. Existen otras, como, la falta de accesibilidad del sistema sanitario, fundamental en procesos y actividades preventivas, la orientación actual de los servicios y recursos sanitarios, básica y fundamentalmente, orientados a la curación y los estereotipos y prejuicios biomédicos. También la falta de tiempo y el déficit de habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. El conjunto de los recursos del sistema sanitario español (Sistema Nacional de la Salud, 1986) está básicamente orientado a la curación. La prevención de la enfermedad y las medidas preventivas se incluyen en el sistema de prestaciones y servicios sanitarios fundamentalmente a través de una estrategia oportunista o de alto riesgo. Es decir, sobre aquellos individuos más vulnerables o susceptibles. Esta conducta comporta asumir unos riesgos e inconvenientes para el resto de la población, todos los demás, los supuestamente sanos.

El **objetivo** es dar a conocer recomendaciones y consejos preventivos y de Promoción de la Salud para llevar a conseguir una vida saludable en la circunstancias y vicisitudes en la Sociedad actual del Siglo XXI.

La hipótesis en que me baso es la siguiente: Una persona, paciente o no, informada adecuadamente en base a evidencias científicas, tiene mayor probabilidad de ser y comportarse como una persona consecuente y responsable frente al binomio Salud-Enfermedad.

## CONTEXTO SOCIOSANITARIO ACTUAL

Por parte del sistema sanitario, la asistencia sanitaria es cada vez más efectiva; pero a su vez cada vez más compleja. El viejo aforismo médico «*No existen enfermedades, sino enfermos*», es una realidad a la que se ha añadido, pacientes con mayor supervivencia y mayor comorbilidad, asistencia por equipos multiprofesionales, servicios y prestaciones con múltiples recursos tecnológicos y/o pruebas, procesos complejos y situaciones de riesgo y vulnerabilidad.

Por parte de la Sociedad, han aumentado las expectativas y las exigencias, lo que ocasiona que los procesos asistenciales sean cada vez más complejos y más estresantes. A su vez, se percibe en el horizonte una menor confianza y mayor riesgo juego de intereses diversos.

## PRINCIPIOS ÉTICOS Y MEDICINA PREVENTIVA

La Medicina trata con personas y por este motivo tiene que cumplir con unos principios y requisitos éticos que son esenciales y relevantes en el momento actual que vivimos, donde todo vale y existe un *totum revolutum* mediático y social.

Existen distintos principios que podemos encuadrar en dos niveles éticos: Nivel de mínimos y nivel de máximos.

- Nivel de mínimos: Principio de no maleficencia, es decir, podemos hacer lo que hagamos; pero al menos no producir daño. Se cumple así el principio de Corpus Hipocraticum «*Primum Non Nocere*», Ante todo No provocar daño. Principio de Equidad, a todos debe dárseles aquello que necesitan en función de sus problemas de Salud. El médico se comporta aquí como un delegado o intermediario que la Sociedad valida con su formación profesional y universitaria para que administre los recursos que necesitan las personas, los pacientes.
- Nivel de máximos: Principio de Beneficiencia, es decir, los profesionales tratan desde su competencia profesional aplicar aquello que ha demostrado eficacia, efectividad y eficiencia en la promoción, prevención, cuidado y rehabilitación de los pacientes. Principio de Autonomía, es decir, deben aplicar aquellas medidas y actividades tecnológicas y científicas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras con el consentimiento informado del paciente.

## CONSEJOS Y RECOMENDACIONES

- No fume, el tabaco daña su Salud y la de las personas que le rodean. Si es Vd. fumador deje de fumar y si no puede sólo, pida ayuda a un profesional para abandonar el hábito.
- Aliméntese de forma saludable, prudente y equilibrada. Incorpore a su alimentación diaria frutas y verduras, sobre todo de temporada. Coma de todo; pero evite comer en exceso.
- Realice al menos media hora diaria de actividad física de intensidad moderada (una hora los jóvenes y niños). Los jóvenes pueden y deben realizar deporte. Para los adultos mejor nadar y pasear. Nadar es bueno para realizar ejercicio y perder peso y para las enfermedades y problemas osteomusculares. Pasear es bueno para las enfermedades cardiovasculares y para la osteoporosis.

- Si es mayor de 65 años o pertenece a algún grupo de riesgo, vacúnese de la gripe en otoño todos los años.
- Alcohol, cuanto menos mejor. El alcohol es una droga muy adictiva. Nunca administre alcohol a menores de 18 años, ni lo tome durante el embarazo. Los riesgos tóxicos superan significativamente los beneficios, por tanto, no recomendable.
- Evite el consumo de cualquier tipo de drogas. Los riesgos son infinitamente mayores que los beneficios. Las drogas cambian la Vida, el Bienestar y la Calidad de Vida siempre a peor. Si es Vd. consumidor pida ayuda a un profesional para deshabituarse.
- Protéjase de los rayos del sol, tome el sol con moderación, nunca de 12 a 16h. Proteja especialmente a los niños de la radiación solar.
- Si tiene relaciones sexuales, practique sexo seguro y saludable.
- Realice las pruebas de detección precoz de cáncer (mama, colon-recto y cuello de útero) y de otras enfermedades que se le recomienden, según su edad y sexo.
- Tanto si es Vd. conductor, acompañante como peatón cumpla estrictamente las normas de circulación en la vía pública.
- La prevención de los accidentes en el ámbito laboral depende sobre todo del cumplimiento de las normas de seguridad, debe Vd. procurar exigir las conocerlas y cumplirlas.
- Si tiene dudas consulte con un profesional de la Salud. No se autome-dique y, utilice adecuadamente los servicios y prestaciones sanitarias. Tenga confianza en su médico, en los profesionales sanitarios y en el Sistema Nacional de la Salud.

*Para terminar, les propongo leer este cuento de los Hermanos Grim sobre las Edades del Hombre adaptado para esta Monografía por J.A. Mirón*

## EDADES DEL HOMBRE Y LA SALUD-ENFERMEDAD

*Cuando Dios creó el mundo y quiso determinar la expectativa de vida de todas las criaturas, llegó el asno y preguntó:*

*Señor ¿cuánto tiempo voy a vivir?*

*Treinta y cinco años –contestó Dios– ¿Estás de acuerdo?*

*Ay Señor –contestó el asno– eso es mucho tiempo. Piensa en mi trabajosa existencia: cargar pesos de la mañana a la noche, llevar sacos de harina para que otros coman pan, animado sólo a palos y patadas. ¡Perdonadme una parte de ese tiempo tan largo!*

*Dios se apiadó y le concedió veinte años. El asno se fue consolado y apareció el perro.*

*¿Cuánto tiempo quieres vivir? ¿Tú estarás contento con treinta y cinco años? ¿Es ésta tu voluntad? Piensa lo que tengo que correr, y que eso no lo aguantan mis pies; y ya sin dientes para comer y sin voz para ladrar ¿qué me quedaría?*

*Dios vio que tenía razón y le concedió quince años. A continuación vino el mono.*

*¿Tú querrás vivir treinta y cinco años, no? –le dijo el Señor– Tú no necesitas trabajar como el asno y el perro y estás siempre de buen humor.*

*¡Ay, Señor! –contestó– Eso es lo que parece, pero la realidad es otra. Cuando hay puré, no tengo cuchara; tengo que hacer siempre travesuras y muecas para que la gente se ría, y si me dan una manzana y la muerdo, está ácida. ¡Cuántas veces tras la travesura se esconde la tristeza! ¡Yo no soporto treinta y cinco años así!*

*Dios fue compasivo y le concedió trece años.*

*Finalmente apareció el hombre, estaba alegre, sano y animado y le pidió a Dios que le determinara sus años.*

*Vivirás 35 años –dijo el Señor– ¿Te bastan?*

*¡Qué tiempo más corto! –gritó el hombre– Cuando haya construido mi casa, cuando haya plantado árboles y éstos florezcan y tengan frutos y cuando piense en pasar mi vida alegremente, entonces tendré que morir. ¡Por favor, Señor, alargad mis años!*

Te daré los 20 del asno –dijo Dios–  
 Eso no es suficiente –respondió el hombre–  
 Tendrás también los 15 del perro.  
 De todas maneras es poco.

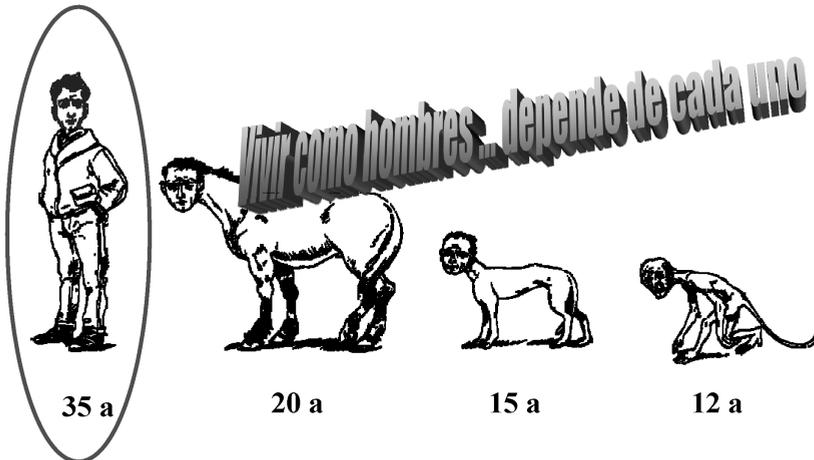
Bien –dijo Dios– Te daré los 12 años del mono; pero no más.  
 El hombre se fue; pero descontento.

Así pues, el hombre vive 82 años. Los primeros 35 son los años humanos y pasan muy rápidamente: está sano, alegre, trabaja a gusto, está satisfecho y se alegra de su existencia.

A éstos le siguen los 20 del asno, durante los cuales soporta carga tras carga y palos y patadas recibe como pago por sus servicios (dolores de espalda, cefaleas, hernias, gastritis, úlceras, tos, estrés, cólicos, etc). Luego le siguen los 15 años del perro, está por las esquinas, gruñe y no tiene dientes para morder (insomnio, artrosis, enf. cardiovasculares, DM II, EPOC, Cáncer, gripe, defectos sensoriales, etc.). Y cuando este tiempo ha pasado, cierran los 12 del mono. Entonces anda mal de la cabeza, un poco ido, hace cosas chistosas y se convierte en la burla de los niños (despistes, demencia, cataratas, sordera, insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal ...).

Así los años de la vida son ...los primeros 35, los vivimos como hombres y, el resto, no como animales sino como hombres racionales, prudentes, sensatos y consecuentes (Ver Figura).

## LOS AÑOS DE VIDA





## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Argimon Payas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (2ª ed). Barcelona: Harcourt, 1999.
2. Aranceta J, Pérez C, Serra LL, Ribas L, Quiles J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO 1997. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 441-445.
3. Aranceta J. Epidemiología de la obesidad en los países desarrollados. *Nutrición y Obesidad* 1998; 1: 12-22.
4. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-4.
5. Bayés R. *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
6. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007 369: 1220-31.
7. Benhamou D, Goupil F. Community-acquired respiratory infections in non-immunocompromised adults. *Rev Mal Respir*. 2007; 24:381-6.
8. Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA* 1999; 281: 103-183.
9. Campbell M, Malone RP. Mental retardation and psychiatric disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 4: 42.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended Adult Immunization Schedule United States, October 2004–September 2005. *MMWR* 2004; 53: Q1-Q4.
11. Comité de Vacunas de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Calendario de vacunaciones sistemáticas del adulto y recomendaciones de vacunación para los adultos que presentan determinadas condiciones médicas, exposiciones o conductas de riesgo. *Vacunas 2006* (supl. 1): 153-164
12. East L, Jackson D, O'Brien L, Peters K. Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: *J Adv Nurs*. 2007; 59:103-10.

13. Esteve Saltó, Mireia Jané, Hèlios Pardell, Josep Lluís Taberner, Ricard Tresserras y Lluís Salleras. Enfermedades respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000 *Med Clin (Barc)* 2003;121(Supl 1): 30-7.
14. Fortmann SP, Williams PT, Hulley SB et al. Effect of health education on dietary behaviour: the Stanford Three Community Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 2030-2038.
15. Goldhill DR, Imhoff M, McLean B, Waldmann C. Rotational bed therapy to prevent and treat respiratory complications: a review and meta-analysis. *Am J Crit Care*. 2007; 16:50-61.
16. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C. Prevalencia de la obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 10-13.
17. Horowitz M. Stress response syndromes: New York: Aronson, 1976.
18. Jiménez Buñuales MT, González Diego P, Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la Salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Púb* 2002; 76: 271-279.
19. Khoury MJ, Gwinn M, Bowen MS. Genomics and public health research. *JAMA*. 2007; 297: 2347.
20. Khoury MJ, Mensah GA. Genomics and the prevention and control of common chronic diseases: emerging priorities for public health action. *Prev Chronic Dis*. 2005; 2: A05
21. Klugman KP. Clinical impact of antibiotic resistance in respiratory tract infections. *Int J Antimicrob Agents*. 2007; 29 Suppl 1:S6-10.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Arteriosclerosis. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74: 215-53.
23. Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, De Godos N. Nivel sociosanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual. *MAPFRE Medicina* 2005; 16: 122-129.
24. Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, Sáenz González MC. Calidad de Vida relacionada con la Salud en personas con discapacidad intelectual. *Pan Am J Public Health* 2008; 24: 336-344.
25. Mirón Canelo JA. Inmunización activa en adultos: una propuesta de intervención. *Rev SEMERGEN* 1994; 21: 735-739.
26. Mirón Canelo JA, Sáenz González MC. Efectividad de un seminario informativo sobre Salud Laboral. *Aten Primaria* 1999; 23: 467-473.
27. Moss M, Burnham EL. Alcohol abuse in the critically ill patient. *Lancet*. 2006; 368:2231-42.

28. Palomo L, Aibar C, Ortún V, Benavides FG, Márquez- Calderón S. La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso. *Gac Sanit* 2006; 20 (supl 1): 209-21.
29. Passantino A. Ethical aspects for veterinarians regarding antimicrobial drug use in Italy. *Int J Antimicrob Agents*. 2007; 29:240-4.
30. Piédrola Gil et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública* (10<sup>o</sup> ed). Barcelona: Elsevier, 2009.
31. Rodríguez Marín J. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis, 1995.
32. Rose G. *La estrategia de la Medicina preventiva*. Barcelona: Masson, 1994.
33. Salleras L. La medicina clínica preventiva. El futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (supl. 1) 5-12.
34. Sandín, B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2003; 3: 141-157.
35. Selye H. *The stress of life*. New York: Mc Graw-Hill, 1956.
36. Spellberg B, Powers JH, Brass EP, Miller LG, Edwards JE Jr. Trends in antimicrobial drug development: implications for the future. *Clin Infect Dis*. 2004; 38:1279-86.
37. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). *Manual de prevención en Atención Primaria*. Barcelona: SEMFYC, 2003.
38. US Preventive Services Task Force. *Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones*. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
39. Van Schroyen Latman-de Valk H. Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice* 2000; 17: 405-407.
40. Villalbí JR, Ariza C. *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000.
41. Villalbí JR, Ariza C. *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000.
42. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Del Rey Calero J.. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). *Med Clin (Barc)*. 1998; 110: 321-7.
43. Wang G, Watts C. The role of genetics in the provision of essential public health services. *Am J Public Health*. 2007; 97: 620-5
44. World Health Organization. *Tobacco or health: a global status report*. Geneva: WHO, 1997.



## DIRECCIONES DE INTERNET

Agencia Internacional para la investigación del Cáncer. Disponible en: <http://www.iarc.fr>

Agencia de Protección Ambiental de los EEUU. Disponible en:  
<http://www.epa.gov/espanol>

Agencia Internacional para la investigación del Cáncer. Disponible en: <http://www.iarc.fr>

Asociación española de Vacunología. Disponible en: <http://www.vacunas.org>

Atención Primaria en la Red. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

Canadian Task Force on Preventive Health Care: Disponible en: <http://www.ctfphc.org>

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/spanis>

Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP). Disponible en:  
<http://www.cepid.cl>

Comisión Europea. Estilos de Vida Saludables. Disponible en:  
<http://ec.europa.eu/health>

Europrev: Disponible en: <http://www.europrev.org>

Fundación de Ayuda contra la Droga (FAD). Disponible en: <http://www.fad.es>

INE. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>

Medicina de Familia. Portal de información a pacientes y profesionales. Disponible en:  
<http://www.medicinadefamilia.net>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msc.es>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholismo (NIAAA). Disponible en:  
<http://www.niaaa.nih.gov>

Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>

Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Disponible en:  
<http://www.pnsd.msc.es>

Prevención con Dieta Mediterránea (PEDIMED). Disponible en: <http://www.predimed.org>

Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS). Disponible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/menu.htm>

Sociedad Científica Española sobre el Alcohol, alcoholismo y Otras drogas (SOCIDROGALCOHOL). Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org>

Sociedad española de especialistas en tabaquismo (SEDET). Disponible en: <http://www.sedet.es>

United States Preventive Services Task Force. Disponible en: <http://www.ahrg.gov/clinic/upstfix.htm>



