

La Revista del

T A S S

TÉCNICO EN ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

DICIEMBRE 2010

NÚM. 1

Ciclo Formativo de Grado Medio en Atención Sociosanitaria

I.E.S. Virgen del Castillo



I.E.S. Virgen del Castillo
Avda. Doctor José Viel, 1
C.P. 41740 Lebrija (Sevilla)

Sumario

| | |
|--------------------------------------------------|----|
| Editorial | 2 |
| Palabras de la Subdirectora | 2 |
| Día mundial de la lucha contra el SIDA | 3 |
| El Herpes Zóster | 4 |
| La opinión del TASS | 5 |
| La entrevista | 6 |
| ¿Qué es el síndrome de RETT? | 8 |
| Noticias de interés | 10 |
| Enfermedad mental y trastorno bipolar | 11 |
| Visita al asilo de San Andrés | 12 |
| Ocio y Tiempo Libre para personas discapacitadas | 14 |

Editorial

Si la ilusión nace, también crece y se va haciendo mayor. Este es el sentimiento, que, desde el Ciclo Formativo de Atención Sociosanitaria del Instituto, queremos compartir con todas aquellas personas que hoy leen nuestra revista.

Sacar a la luz una pequeña publicación donde exponer nuestros pensamientos, donde dar a conocer lo que somos capaz de hacer..., no es una tarea sencilla, pero sí motivante, y por supuesto, cargada de ilusión.

Fue esa ilusión lo que nos hizo dar un paso más y publicar el número 0 el pasado mes de noviembre. Ahora, en vuestras manos, tenéis el número uno de La Revista del TASS, una ilusión que nació, y que está creciendo, alimentada por todos aquellos que formamos parte de este Ciclo Formativo.

Con el deseo de que su lectura te haga disfrutar tanto como a nosotros y nosotras el realizar esta segunda edición, queremos también, desearos unas felices fiestas y que el 2011 suponga, para todos, un año cargado de buenos propósitos y la consecución de ser aún, mejores personas.

BUM

Palabras de la Vicedirectora

En octubre me comunican que profesoras y alumnos/as del Ciclo Formativo de Atención Sociosanitaria iban a editar una revista mensual y pensé "no saben a la tarea tan difícil que se han comprometido. A mí me lo van a decir que participo en la edición anual de la revista del Centro **Castillo de letras**, y ellos, tan osados una al mes".

Me quedé asombrada positivamente cuando llega a mis manos el 1^{er} n^o de **La revista del TASS**. ¡Qué calidad!: calidad de presentación, de formato, de artículos, de temas, de participación. Lo tiene todo, ni sobra ni falta nada.

Ahora me dan la oportunidad de manifestar lo que pienso en este 2^o número. Y entonces pienso: "Estos quieren seguir sorprendernos con un más difícil todavía como es la tarea de continuar una labor, pues la primera vez es todo ilusión pero a partir de ahí todo es constancia y esfuerzo". ADELANTE con esta actividad cultural que llena de vida al Centro.

Chana Caro

Día mundial de la lucha contra el SIDA

Anabel Molina
2º CFGM

Con motivo de la celebración de la lucha contra el SIDA, el pasado 1 de diciembre tuvieron lugar en Sevilla diversas actividades como la presentación de la escultura conmemorativa del día uno de diciembre del diseñador Prieto Valverde, a la vez que se apagaron las luces de edificios emblemáticos de la ciudad como el Ayuntamiento, la Torre del Oro o la Giralda.

Posteriormente, se leyó el manifiesto ONUSIDA, y en la plaza de San Francisco, diferentes asociaciones

Sevilla celebró este día con la organización de diversas actividades y el ofrecimiento de información para la prevención del VIH

permanecieron ininterrumpidamente durante toda la jornada ofreciendo información y material preventivo sobre el VIH.

LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN DEBEN CENTRARSE EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS

Cambio social y comportamental: cambios en los comportamientos que permiten la transmisión del VIH (hábitos sexuales, uso de preservativos...).

Educación: el sector educativo es crucial para prevenir el SIDA entre los más jóvenes.

Nuevas tecnologías: las vacunas preventivas para el SIDA y los microbicidas, ofrecen esperanza para un control sostenido de la epidemia.

Preservativos: el uso correcto del preservativo disminuye el riesgo de la transmisión del VIH de manera significativa.

Prevención en grupos de población clave: deben desarrollarse programas especializados dirigidos a las personas más expuestas a la infección.

Fuente: Asociación ADHARA, www.adharasevilla.org



"El SIDA, 20 años de historia"

Por Anabel Molina

prejuicios, en temas que rozan la sexualidad, la moralidad y las conductas privadas.

El SIDA ha matado a más de 25 millones de personas en todo el mundo desde 1981, cuando la enfermedad fue reconocida por primera vez. Solo el año pasado, cuando parece que la enfermedad ya está olvidada, cerca de 3 millones de personas

murieron de SIDA.

Los científicos llevan muchos años luchando para estudiar la manera de derrotar a esta enfermedad, nadie está a salvo.... Y pienso que la sociedad puede hacer mucho, casi tanto como el científico, para combatir, reducir y erradicar esta enfermedad que es "DE TODOS".

Hay aún tanto que hacer, tanto que educar socialmente... No es co-

mo tener otra enfermedad crónica como la diabetes, pues, todos sabemos que el SIDA excluye socialmente a la persona que la padece, le cambia por completo la vida profesional, familiar, social, etc., por eso es necesario que haya una CURA, no solo un tratamiento.

Desde aquí, ánimo a todos a propagar lo importante que es el apoyo social de todos/as, tomemos conciencia y no hagamos más difícil la existencia de estas personas, pensemos que mañana, te puede tocar a ti

El SIDA: una palabra prohibida, un símbolo de "conductas", una señal de "algo habrá hecho".

La historia del SIDA, una epidemia de veinte años de historia, tan rápida en su crecimiento..., y llena de

Juan López: primera persona en España en recibir un tratamiento nuevo para el Herpes Zóster

Jessica López

2º CFGM

¿Qué es el Herpes Zóster?

Es una enfermedad muy dolorosa causada por el mismo virus tipo herpes que causa la varicela (virus varicela zoster). Algunos la llaman "culebrilla". Al igual que otros virus tipo herpes, el virus varicela zoster tiene una fase de infección inicial (varicela) que es seguida por una fase durmiente. Luego, sin aviso previo, el virus se activa nuevamente.

Alrededor del 20% de las personas previamente infectadas con la varicela desarrollarán la culebrilla. Esta reactivación es más común en personas que tienen un sistema inmunológico debilitado. Esto incluye personas VIH+ y personas mayores de 50 años de edad.

El herpes zoster vive en el tejido nervioso. Los episodios de herpes zoster comienzan con comezón, adormecimiento, sensación de hormigueo o dolor severo y a la manera de un cinturón, en el pecho, la espalda o alrededor de la nariz y los ojos. En casos raros, el herpes puede infectar los nervios de la cara o del ojo. Esto puede causar erupciones alrededor de la boca, en la cara, cuello, cuero cabelludo, adentro o alrededor de las orejas o en la punta de la nariz.

Los episodios de culebrilla o herpes zoster generalmente ocurren de un solo lado del cuerpo.



Imagen del Herpes Zóster

Esta enfermedad es una enfermedad rara, es muy dolorosa, algunos la solemos llamar culebrina o culebrilla.

Me llamo Jessica y soy una alumna de 2º de ciclo de Atención Socio sanitaria y he decidido hablar de esta enfermedad porque tengo un familiar cercano que padece el herpes Zóster, llamado Juan López Zambrano, mi abuelo.

Mi abuelo era una persona muy activa hasta que se vio afectado por esta enfermedad. Apareció en su cuerpo cuando tenía 78 años. Ahora tiene 82, y el herpes permanece en su piel aún. Este herpes lo ha deteriorado mucho y ha envejecido muy rápido.

El herpes Zóster le ha dañado los nervios. Comenzó en la espalda pero posteriormente se fue agrandando hacia el costado hasta llegar al pecho.

Padece dolores insoportables, hasta tal punto de estar casi todos los días en urgencias para intentar calmarle el dolor tan terrible. Toda su familia estamos algo desesperados porque lo vemos sufrir y no podemos hacer nada, sabiendo, tal y como nos han dicho los médicos, que esos dolores los va a tener hasta que llegue su fin. Lo hemos llevado a distintos especialistas que le han mandado todo tipo de medicamentos, pero hasta ahora, ninguno le ha hecho efecto. Lo que actualmente toma, al día, es morfina. Con la morfina llevará unos tres años, y lo ha dejado sedado: casi todo el día lo pasa durmiendo, e incluso, hay veces que parece perder la cabeza.

Una vez entró en quirófano, porque le pusieron un aparato llamado electrodo para intentar mitigar el dolor, pero se lo tuvieron que quitar porque no sentía alivio.

El pasado mes de septiembre lo llamaron para ponerle unos parches experimentales, siendo la primera persona en España que va a recibir este nuevo tratamiento, que por fin, comenzó en noviembre y que parece que le está haciendo efecto porque nos dice que siente más alivio.

Estos parches tienen una duración de 3 a 4 meses, y en la próxima revisión, quieren hacer un reportaje televisivo sobre su enfermedad y el nuevo tratamiento.

La opinión del TASS

Nuestro ciclo

Somos dos alumnos de primer curso del Ciclo Formativo de Grado Medio de Atención Sociosanitaria, y queremos daros nuestra opinión sobre él:

En principio decidimos estudiar este ciclo porque tiene muchas salidas laborales. Aunque hemos ido cambiando de opinión durante lo que va de curso, ya que no sirve sólo para limpiar ancianos como piensa todo el mundo. Creemos que dedicarse a esto es muy importante porque cada día, existen más personas que necesitan este tipo de atención, compañía, ayudas básicas, etc..., para sus actividades diarias.

Este primer curso, está compuesto por seis módulos profesionales:

Uno de los más importantes, desde nuestro punto de vista, es el de Atención y Apoyo Psicosocial, porque en él nos enseñan las cualidades básicas desde un punto de vista más psicológico para poder atender a aquellas personas que lo necesitan. También nos imparten el módulo de Atención Sociosanitaria, en el cual, nos enseñan de una manera más práctica, cómo debemos tratar al usuario en los ámbitos de higiene personal, movilidad, etc.

Otro de ellos, es el de Apoyo domiciliario. Éste trata de enseñarnos a desenvolvemos en el domicilio de cualquier persona que sea dependiente, y que, por causa de la pérdida de autonomía personal, no pueden hacer por sí solas muchas de las tareas y actividades de la vida diaria.

Y los tres módulos que faltan son el de Alimentación y Nutrición familiar, donde aprendemos los alimentos y la manera de alimentar al usuario de la forma más saludable posible. El módulo de Necesidades físicas y psicosociales, que se centra un poco más en cada tipo de colectivo que tiene mermada su independencia y que, como TASS nos podemos encontrar, y donde vamos descubriendo cómo son las especificaciones de cada uno de ellos, y cómo nosotros podemos ayudar a cubrir sus necesidades básicas, ya sean discapacitados físicos, mentales, personas mayores, etc.

Y por último, también está el módulo de Servicios Sociocomunitarios en Andalucía, donde se nos habla de todos los servicios que se prestan en nuestra Comunidad a estas personas.

María Carrasco y Gabriel I. González
1º CFGM

Globalidad del Alzheimer

Inspirado por el caso de Pasqual Maragall

El Alzheimer ¿es solo una enfermedad del deterioro de las funciones cognitivas? Según Paqual Maragall, se puede sobrellevar y afrontar esta enfermedad como un hábito cotidiano, algo que te acompañará toda la vida pero sin llegar a hundirte.

Mi opinión es que a veces no somos conscientes o no queremos asimilar que cualquier enfermedad, por dura que sea, te puede tocar a ti. Simples cosas, como olvidarse de algún nombre o número de teléfono, puede ser el principio de un largo desarrollo, de una etapa de nuestro ciclo vital pero, ¿etapa negativa o positiva? Es como queramos afrontarlo.

Nuestra actitud, nuestra autoestima, nuestros apoyos familiares y sociales..., todo cuenta, todo sirve para ayudar, pero ¿realmente te dejarías ayudar o te hundirías? Pienso que la vida es un regalo. Algo que no se puede desperdiciar. Nacemos predestinados a morir. No os confundáis con mis palabras, ni las toméis de forma radical, simplemente pensad, reflexionad...

Es importante que para que esta enfermedad no te venza emocionalmente, hay que mantenerse activo en las cualidades que poseemos potenciándolas al máximo. Si, seamos realistas, algún día podríamos despertarnos sin ni siquiera saber como nos llamamos, pero ¿y hasta entonces? Hasta que avance la enfermedad, podríamos centrarnos en vivir, en soñar, en simplemente seguir viviendo hasta nuestro desenlace final, hacia nuestro fin... ¡Eso sí!, siempre nos podremos llevar en el alma nuestra experiencia, y si podemos y queremos, dejar algo o a alguien en recuerdo o memoria tuya.

Irene Romero. 1º CFGM

FIBROMIALGIA

Un millón y medio de personas padecen fibromialgia en España, más las que lo sufren sin saberlo. La medicina convencional y la OMS consideran que es incurable y que solo se puede aliviar los síntomas.

Natividad Quero Hidalgo tiene 62 años y padece la enfermedad de fibromialgia desde hace 10. Está casada, tiene cuatro hijos. Su vida es una prueba de superación real de la enfermedad tras la aceptación de una enfermedad en la que los pacientes en sus comienzos eran considerados como "locos" o que "estaban malos de los nervios". Charlamos con ella un rato de lo que ha supuesto en estos años esta enfermedad.

Natividad ¿desde cuando sufre esta enfermedad?

Pues comencé a sufrir los dolores hace 10 años. Los primeros síntomas fueron unos dolores de espalda terribles y una rigidez en todo el cuerpo. Me acuerdo que fue el día que falleció mi suegra, ni siquiera pude ir a su entierro. Mi cuerpo se quedó engarrotado de tal forma que no me podía mover del sillón y con todo el dolor de mi corazón no pude despedir a mi suegra a la que quería mucho.

Esta enfermedad, más allá de manifestar su presencia mediante los síntomas puntuales que describimos arriba, lleva al paciente a una verdadera frustración,

dado que ni las radiografías, ni los análisis dejan al descubierto verdaderos problemas orgánicos.

Lamentablemente no se cuenta con tratamientos efectivos, como se desconocen verdaderamente cuales son las causas reales que causan esta enfermedad, esto hace que se dificulten las soluciones terapéuticas, pero aún así y todo la fibromialgia es una enfermedad que con paciencia y voluntad por parte del enfermo se puede controlar.

*Lo principal es que el paciente acepte que padece un dolor crónico y **que no todos los tratamientos serán eficaces y de acción rápida para calmar esa molestia**, por lo tanto lo más recomendable es que el paciente tome conciencia de que esta enfermedad, puede provocarle dolor con el que deberá convivir durante el resto de su vida. La aceptación ayuda en buen parte al alivio de los síntomas.*

Para esta enfermedad no existe tratamiento ¿verdad?

Sí, no hay un tratamiento específico para esta enfermedad y no lo entiendo porque ya somos muchas las personas afectadas. La mayoría son mujeres. El 92% de pacientes son mujeres. Y no encuentran alivio en ningún lado, y encima las llaman neurasténicas, histéricas, exageradas... Desesperadas, muchas caen en depresión. Pero también cada vez muchos hombres están teniendo esta enfermedad. Y no solo afecta a las personas mayores, a jóvenes de 30 años también se les está diagnosticando e incluso a niños. No entiendo por qué los laboratorios no investigan sobre esta enfermedad tan dolorosa.

¿Qué hace la medicina ante este infierno?

Diagnostica la fibromialgia como dolencia crónica.

O sea, que no se cura.

Eso me dijeron a mí varios médicos. Y te recetan pastillas para aliviarte cada síntoma. Yo llegué a perder la cuenta de las pastillas que me tomaba al día.

Y entonces, ¿ qué medicamentos toma usted ahora?

Al principio tomaba bastantes pastillas pero ahora solo tomo triptizol que es un antidepresivo muy suave e ibuprofeno y paracetamol para los dolores. Pero lo más importante



La entrevista

“La enfermedad invisible”



es hacer algún tipo de ejercicio suave como la piscina. Yo he probado distintos tipos de ejercicios, andar e incluso el reiki y la piscina es lo mejor que me ha sentado, voy tres veces por semana y realizo ejercicios de rehabilitación.

Esta enfermedad tiene diferentes fases ¿no es así?

Sí, se divide en 3 etapas o crisis. La primera etapa es la más dolorosa, se pasa bastante mal. Es como si tuvieras una gripe, una especie de virus, yo tuve que guardar cama durante una semana. Cuando aparece la enfermedad y no sabes qué es lo que te está ocurriendo, eso es lo más angustiante. Vas de un médico a otro sin darte un diagnóstico y se pasa bastante mal. Hoy en día se conoce un poco más sobre el tema pero hace 10 años te decían que estabas loca o mala de los nervios y te mandaban al neurólogo o al psicólogo, que te dieras un paseo, cuanta ignorancia...

En la segunda etapa, las crisis se alargan más en el tiempo pero ya vas controlando un poco más la enfermedad y en la tercera etapa, que es en la que yo me encuentro, ya conoces la enfermedad, sus síntomas y la llevas mucho mejor. Y bueno las crisis no desaparecen, por ejemplo hace unos días se me hincharon las manos, pero me duró solo un día, tal como aparece desaparece.

Pero Nati a ti se te ve bastante bien, tienes un aspecto muy saludable ¿depende la actitud para superar esta enfermedad?

Totalmente. Cuando pasé de un médico a otro, de pastilla en pastilla llegó un día que dije ¡Basta! esta enfermedad no va a poder conmigo, y lo que hice fue aceptarla como algo natural. Puede parecer contradictorio pero fue así. Yo me levanto cada día tenga ganas o no, hago piscina y me dedico a pintar desde hace tres años. Es importante aceptar la enfermedad como

algo propio.

¿Entonces se siente usted mejor cada día?

Sí, cada día me siento mejor, es importante tener una actitud positiva, ser fuerte. Hay muchas compañeras de mi asociación que apenas se pueden levantar de la cama, pero yo me digo cada día que hay que hacer un esfuerzo y salir a la calle.

¿Y usted sola ha llevado la enfermedad?

Bueno el apoyo de la familia es clave, es este aspecto le tengo que agradecer mucho a mi marido, mi cuidador principal y a mi hija Beatriz que me ayuda en las labores del hogar.

Por último Nati ¿que recomendación le darías a las personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad?

Que salgan a al calle, que se distraigan mucho, que guarden reposo cuando tengan una crisis pero que al día siguiente se levanten del sillón y para arriba. Esta enfermedad ataca mucho a los nervios y si no te cuidas puedes coger una depresión de caballo. Es importante que no se derrumben y, está claro, lo que no se pueda hacer, no se hace. Si hay que fregar ya se hará más tarde, pero lo importante es tener siempre una sonrisa y tirar para adelante, como dice la canción que le gusta tanto a mi hija “jodida pero contenta”.



El Síndrome

El Síndrome de RETT es una enfermedad que se descubrió en 1966, sin embargo no fue hasta 1983 cuando se dio a conocer. Afecta principalmente al sexo femenino, a través de mutaciones en el cromosoma X. Su frecuencia es una de cada 10–15 mil niñas recién nacidas.

HISTORIA

El Síndrome de RETT fue descubierto en 1966 por el doctor Andreas Rett de Viena, Austria, quien describió el caso de 22 niñas en una publicación médica alemana. Sin embargo, esta publicación no recibió el reconocimiento esperado y la mayoría de los médicos no tuvieron conocimiento de la enfermedad a causa de la relativamente pequeña circulación de este artículo.

A finales de 1983, el Dr. Bengt Hagberg de Suecia, junto con otros colegas de Francia y Portugal, publicaron en inglés, en una revista de gran difusión, una revisión del síndrome de Rett que comprendía 35 casos. El año siguiente, en una conferencia que tuvo lugar en Viena, se aportaron documentos clínicos y nuevos datos bioquímicos, fisiológicos y genéticos. En enero de 1985, el Dr. Rett visitó el instituto J.F. Kennedy para niños minusválidos en Baltimore, Maryland, donde el Dr. Hugo Moser organizó la primera reunión mantenida en Estados Unidos sobre esta enfermedad. La Asociación Internacional del Síndrome de Rett, consiguió que el Dr. Rett examinara a 42 niñas que habían sido diagnosticadas como casos potenciales de este síndrome. La reunión llevó un aumento del conoci-



GINA. Niña diagnosticada con el Síndrome de RETT. Tiene 5 años.

miento de la enfermedad y sus formas de manifestarse en Estados Unidos. Fruto de la reunión, la mayor familiaridad con el síndrome, ha dado lugar a un mejor diagnóstico desde entonces.

Mientras que Rett fue el primero en descubrir el síndrome, la enfermedad fue detectada independientemente en otras partes del mundo. El interés por el síndrome y su conocimiento están creciendo a gran velocidad: la bibliografía médica contiene ahora informes de casos de muchos grupos étnicos por todo el mundo. Los estudios realizados hasta la fecha, mantienen que la fre-

cuencia del síndrome de Rett es de una por cada 10-15 mil niñas.

¿QUÉ CAUSA EL SÍNDROME DE RETT?

El síndrome de Rett es causado por mutaciones en el gen MECP2, que se encuentra en el cromosoma X. El defecto es la ausencia de la proteína que hace que otros genes se mantengan inactivos en las etapas adecuadas, lo que a largo plazo puede causar los problemas de desarrollo neurológico que son

de **RETT**

ESTADIOS EVOLUTIVOS CLÍNICOS

| 1ª ETAPA | 2ª ETAPA | 3ª ETAPA | 4ª ETAPA |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inicio: 6—18 meses | Inicio: de 1 a 3 años | Inicio: de 2 a 10 años | Inicio: después de los 10 años |
| Duración: meses | Duración: desde algunas semanas a meses | Duración: de meses a años | Duración: años, décadas |
| Ralentización del desarrollo psicomotor y del crecimiento cefálico | Etapa de regresión rápida, deterioro del comportamiento, con pérdida de la utilización voluntaria de las manos, y la aparición de estereotipias | Etapa de estabilización aparente, retraso mental severo, regresión de los rasgos autistas, con una mejoría del contacto. | Deterioro motor tardío, pérdida de la capacidad motora, escoliosis, atrofia muscular, rigidez. Síndrome piramidal y extrapiramidal marcados |
| Disminución del interés por el juego | Crisis convulsivas | Crisis convulsivas | Retardo en el crecimiento con ausencia de lenguaje |
| | Manifestaciones autistas y pérdida del lenguaje | Estereotipias manuales características: lavado de manos | Mejora del contacto visual, crisis convulsivas menos severas |
| | Comportamiento autoestimulante, insomnio y motricidad torpe | Espasticidad, ataxia, apraxia, disfunciones respiratorias. | Alteraciones tróficas |

característicos de este trastorno.

¿ES HEREDITARIO?

Aunque es un trastorno genético, en menos del 1% de los casos registrados se hereda o se transmite de una generación a la siguiente. La mayoría de los casos son esporádicos: la mutación ocurre al azar.

¿QUIÉN PADECE EL SÍNDROME DE RETT?

El síndrome de Rett afecta a una de cada 10—15 mil niñas recién nacidas. Ocurre en todos los grupos raciales y étnicos a nivel mundial.

Las niñas poseen dos cromosomas X, pero solamente uno está activo en cualquier célula. Esto significa que en una niña que padece este síndrome, aproximadamente la mitad de las células del sistema nervioso utilizará el gen defectuoso. El caso es diferente en los varones, ya que solo poseen un cromosoma X, careciendo de una copia de reserva que podría compensar el defectuoso. Los varones que poseen este defecto mueren poco antes o después del nacimiento.

TRATAMIENTO

Hasta ahora no existen fármacos

que hayan conseguido con éxito mejorar los síntomas, excepto la medicación para el control de las convulsiones.

Se recomienda una fisioterapia lo más precoz e intensa posible para prevenir escoliosis, rigidez, pie equino, etc., y favorecer la movilidad.

Es beneficioso el reducir las estereotipias manuales y aumentar la atención de la niña y la búsqueda de contacto visual, así como favorecer la marcha y todo movimiento voluntario, con el fin de limitar las deformaciones y mantener al máximo posible la independencia, facilitando potenciar todas sus posibilidades y el óptimo de calidad de vida.

La Revista del TASS

El alcohol, más dañino que la heroína y el crack

Daniel Salguero
2º CFGM

Hace unas semanas aparecía una noticia bastante interesante en la prensa, en concreto en ABC, que publicaba una información sobre un estudio difundido por la revista médica "The Lancet" que afirma que el alcohol es tres veces más nocivo que la cocaína y el tabaco. Imaginaos el daño combinado de alcohol, cocaína y crack: una bomba para el cuerpo, capaz de destruir el organismo de la persona que lo consume todo junto.

El estudio fue realizado por dos ex asesores británicos, cuya misión es confeccionar manejos estatales y efectivos para aminorar el impacto general de sustancias aditivas, entre las que se destaca también la del tabaco.

Un estudio previo, realizado en 2007 por D. Nutt, provocó una controversia al establecerse nueve

El alcohol ha obtenido una puntuación de 72 frente a los 55 y 54 puntos respectivos de la heroína y el crack.

criterios principales de daño, desde mal personal de las drogas al coste sanitario que crea.

Nueve de los criterios empleados en este estudio tuvieron que ver con el daño que una droga causa en el individuo y otros siete con los daños causados a otros, y todos ellos fueron divididos en cinco subgrupos referidos a los daños físicos, psicológicos y sociales.

Las nueve categorías de daño al individuo fueron: mortalidad a causa directa del consumo; mortalidad derivada del consumo; daño directo a causa del consumo; daño derivado del consumo; dependencia; discapacidad mental a causa del consumo, pérdida de capacidades de la percepción; daño a las

relaciones personales, y lesiones. Las siete categorías de perjuicios a los demás: crimen, conflicto familiar, daño al entorno cercano, daño al conjunto de la sociedad, coste económico y deterioro de la cohesión comunitaria.

Teniendo todas estas cuestiones en cuenta, el alcohol obtuvo una puntuación de 72, seguido de la heroína (55) y el crack (54).

Así, los autores del estudio han resaltado que el alcohol, además de ser la droga más nociva en términos generales, es casi tres veces más perjudicial que la cocaína y el tabaco, además de liderar la lista como una de las más perjudiciales para el entorno directo.

Las pastillas contra el olvido

Daniel Salguero
2º CFGM

Según una noticia publicada por diferentes medios de comunicación, unas 8.000 personas mueren cada día en el mundo por enfermedades que tienen solución en nuestra civilización, y no en la de ellos por falta de medicamentos. Estas muertes podrían ser evitadas en la mayoría de los casos, pero por falta de interés y voluntad, pasan desapercibidas por todo el mundo.

Enfermedades como kala azar, de Chagas, la enfermedad del sueño, tuberculosis, malaria o SIDA infantil, la mayoría de ellas en países pobres, podrían pre-

venirse y curarse. Estas son seis de las catorce enfermedades que la OMS cataloga como "olvidadas": entre todas, se cobran 14 millones de muertes al año, un 90% de ellas, en los países en desarrollo. Los equipos de Médicos sin Fronteras sobre el terreno, constatan el drama de estas muertes innecesarias.

A pesar de los avances médicos, los enfermos de muchos países carecen de acceso a ellos o incluso a tratamientos y diagnósticos existentes desde hace tiempo.

No sabemos cuál es el alcance de las enfermedades

mentales. Hay que conocer para poder actuar...

A continuación presentamos una descripción general sobre la enfermedad mental y un resaltado sobre el trastorno bipolar. **Fuente:** Instituto Nacional de Salud Mental.



La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos del desarrollo, considerada como anormal con respecto al grupo social de referencia del individuo. Se altera el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Hoy se considera más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental", en lugar de enfermedad. Así, es utilizado por la CIE, sistema de clasificación de enfermedades de la OMS.

Los trastornos mentales suelen degenerar en aislamiento social, inactividad, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos, en comportamientos violentos e intentos suicidas. Actualmente, el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales.

¿Qué es el trastorno bipolar?

¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar es una enfermedad mental severa. Las personas que la sufren experimentan cambios drásticos en su estado de ánimo; pueden pasar de estar muy enérgicos, eufóricos y/o irritables, a sentirse tristes, desesperanzados y luego comenzar el ciclo nuevamente. Frecuentemente tienen estados de ánimo normales entre uno y otro ciclo. A las sensaciones de euforia se les llama manías. A las de tristeza y desesperanza, se les llama depresión.

El trastorno bipolar puede provenir de una tendencia familiar. Suele empezar al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Si no se trata, este trastorno puede dar como resultado el deterioro de las relaciones interpersonales, bajo desempeño escolar o laboral, e incluso, el suicidio. Sin embargo, existen tratamientos eficaces: medicina y terapia de conversación. La combinación de ambas suele ser lo que mejor surte efecto.

En 1990, la Asociación Americana de Psiquiatría decidió eliminar la homosexualidad y la transexualidad de la lista de enfermedades mentales. Según esta Asociación un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Más aún, afirma que existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales.

1º de CFGM visita el Asilo de San Andrés



El primer curso del ciclo de Atención Sociosanitaria visitó el pasado 15 de diciembre el Asilo de San Andrés de Lebrija. La directora de este centro residencial para personas de la tercera edad nos acogió de forma entrañable y nos acompañó en el recorrido que hicimos por las instalaciones del mismo, explicándonos en cada momento, y con detalle, cada una de las salas y servicios que presta esta residencia.

“El cariño, la compañía, la paciencia, el consuelo..., hay que ofrecerlo en vida. Una vez que la persona muere, ya no necesita nada. Hay que dárselo todo antes.” Estas fueron algunas de las palabras de Sor Manuela, directora del asilo al grupo, en uno de los instantes de la visita.



Pudimos ver el comedor, las cocinas, las habitaciones, la sala de la enfermería, la lavandería, el botiquín, incluso la sala de duelos. En este centro viven 48 personas ancianas, con diferentes enfermedades y dolencias.

El grupo de primero de ciclo pudo conocer incluso diferentes tareas que, en un futuro no muy lejano, podrán desempeñar en centros similares como Técnicos de Atención Sociosanitaria.

Posteriormente, y con motivo de la cercanía de la Navidad, pasamos al salón donde interpretamos algunos villancicos para los ancianos presentes. Pudimos vivir momentos emotivos, ya que comprobamos cómo algunos de los usuarios de este asilo cantaban y tocaban las palmas con nosotros. Asimismo, y resultado del bienestar provocado en estos ancianos, una de las residentes quiso compartir con nosotros sus propias coplas y canciones, a la que aplaudimos entre todos.

Al finalizar, recibimos el calor de todos los presentes, y de nuevo, el agradecimiento de la directora y otras trabajadoras: “gracias por traernos alegría y vida”, nos repitieron en varias ocasiones.

Cuando abandonamos el asilo, teníamos el sentimiento de haber hecho sonreír a muchas personas.

Galería fotográfica de la visita



Actividad de Ocio y Tiempo Libre para discapacitados visuales

Isabel M^a Martínez
1º CFGM

Para las personas discapacitadas es tan importante el ocio y el tiempo libre como para el resto de personas, ya que esto también es una necesidad humana y un elemento de motivación para nuestros usuarios.

Como monitora de actividades físicas y deportivas, y futura TASS, debo apoyar a estas personas física, psíquica y socialmente, para que realicen actividades de ocio y tiempo libre, que repercuten en una mejora de su bienestar.

A continuación propongo una actividad muy emotiva: **“EQUITACIÓN PARA DISCAPACITADOS VISUALES”**

OBJETIVOS

- Aumentar la confianza
- Desarrollar habilidades básicas (táctiles y auditivas)
- Fomentar autonomía de desplazamiento en un medio desconocido

PARA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD...

1. Nombraremos las normas de seguridad
2. Describiremos el sistema de seguridad
3. Aprenderemos cómo dirigir el caballo
4. Nombraremos las indumentarias

NECESITARÁN NUESTRA AYUDA PARA...

- Conocer el material que vamos a utilizar
- Montarse y bajarse del caballo
- Dirigirlos con una falsa rienda hasta que se sientan seguros de poder hacerlo ellos mismos

ADAPTACIONES REFERENTES AL ESPACIO

1. El área estará delimitada
2. Los puntos conflictivos estarán acolchados y controlados
3. Las zonas de peligro estarán vigiladas
4. Realizaremos adaptaciones en los siguientes ámbitos:
 - A nivel sonoro: antes de la actividad daremos a conocer los sonidos propios de la misma.
 - A nivel táctil: antes de la actividad daremos a conocer los tactos propios de la misma.

ADAPTACIONES REFERENTES AL MATERIAL

Para el conocimiento del manejo y el conocimiento del material se utilizará el tacto y la voz

CONSEJOS PARA LA COMUNICACIÓN

1. Cuando lleguemos tenemos que hacer notar nuestra presencia, es decir, hablar para que ellos sepan que estamos ahí
2. No nos dirigiremos al acompañante sino a la persona discapacitada, dándole a él las instrucciones
3. No modificaremos nuestro modo de expresarnos
4. A la hora de ayudarlos, preguntaremos primero si necesitan nuestra ayuda





I.E.S. VIRGEN DEL CASTILLO

Revista realizada por los alumnos y las alumnas del Ciclo Formativo de Grado Medio de Técnico en Atención Sociosanitaria del I.E.S. Virgen del Castillo de Lebrija (Sevilla).

Dirección y maquetación: Prof. Beatriz Ubago Molina

