

SEGURIDAD y Medio Ambiente

Especial **Salud y Prevención** 2014

FUNDACIÓN **MAPFRE**



Daños a la salud • Accidentes domésticos, de ocio
y deportivos • Vida saludable • Adicción a las nuevas
tecnologías • Seguridad clínica

CuidadoSOS: EDUCACIÓN PARA PREVENIR ACCIDENTES INFANTILES

Dirigido a:

- **Escolares** de primaria, en un período en el que se asientan los fundamentos de aprendizaje y los hábitos de convivencia, trabajo y respeto a los demás.
- **Familias**, responsables de velar por la protección de los niños y de adoptar las medidas adecuadas para evitar accidentes en el hogar.
- **Profesionales** de la educación, como actores principales en la transmisión de estos conceptos y valores a los escolares.

Para más información:
www.cuidadosos.com

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org



Educación para la salud

Vivimos tiempos en los que el cambio y la capacidad de adaptación son fundamentales. Las prioridades y las necesidades de la sociedad pueden variar en periodos de tiempo relativamente cortos, dado el vertiginoso avance de las comunicaciones y una economía cada vez más globalizada, donde las fronteras son difusas.

Nuestra salud no es ajena a ello, y el modo de vida occidentalizado lleva consigo hábitos que repercuten de manera negativa en nuestra salud. La transición epidemiológica se aceleró a mediados del siglo pasado y se ha traducido en un cambio en la prevalencia mayoritaria de las enfermedades infecciosas al dominio de las enfermedades no transmisibles.

Los avances en salud pública han conseguido controlar las epidemias que todavía asolaban las ciudades a principios del siglo XX. Sin embargo, nos encontramos en plena vorágine frente a la nueva pandemia relacionada con las llamadas enfermedades de la abundancia.

Obesidad, diabetes, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedades respiratorias, todas son caras de una misma moneda. Y es que el estilo de vida occidental ha traído consigo hábitos que, en conjunción con factores individuales, pueden desembocar en una pérdida de salud. Ya sabemos mucho de las causas: alimentación inadecuada, sedentarismo, descanso deficiente, estrés o contaminación atmosférica, entre otros.

Sin embargo, a pesar de ello, la epidemia continúa su ascenso. Como ya hemos repetido en muchas ocasiones, el reto en salud es conseguir el cambio de hábitos. No basta con saber qué hacer, hay que saber cómo hacerlo, y conseguir incorporar actitudes que desemboquen en conductas saludables.

Por todo lo anterior, desde el Área de Salud y Prevención iniciamos una reflexión hace unos años. Nuestro objetivo general siempre ha sido la prevención de los daños a la salud, y hemos trabajado con mucho tesón en la educación de la sociedad para la preven-

ción de accidentes, campo en el que somos una referencia.

Queremos ahora, además, potenciar el trabajo en la promoción de hábitos de vida saludable, especialmente en materia de alimentación, ejercicio físico, descanso, así como en la prevención de las tecnoadicciones.

Para ello seguiremos prestando especial atención a la población general a través de actividades educativas, sin olvidar el avance en contacto con los profesionales, las empresas y organizaciones y las administraciones.

Este número pretende ser un reflejo de los temas en los que, en lo sucesivo, queremos centrar nuestra atención. Seguiremos trabajando con la misma ilusión que ha hecho posible que nos situemos como un referente en la prevención de accidentes. Tenemos un reto importante en la promoción de hábitos de vida saludable, a la que queremos dar impulso. Contamos contigo para trabajar juntos en este objetivo. ♦



SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE
Revista de FUNDACIÓN MAPFRE
Antigua revista MAPFRE SEGURIDAD

Dirección, redacción, publicidad y edición:
FUNDACIÓN MAPFRE
Área de Salud y Prevención
Paseo de Recoletos, 23.
28004 Madrid
Tel.: 915 812 603
www.seguridadymedioambiente.com

Director:
Antonio Guzmán Córdoba

Redacción:
AIAM CREATIVE LAB
Altea Font, Luis Marchal, Daniel Sánchez, Alejandro Fernández, José Guerra.

Coordinador:
Óscar Picazo Ruiz

Consejo de Redacción:
José Manuel Álvarez Zárate
Fernando Camarero Rodríguez
Antonio Cirujano González
Luz García Cajete
Eduardo García Mozos
Ignacio Juárez Pérez
Julián Labrador San Romualdo

Raquel Manjón Cembellín
Miguel Ángel Martín Sánchez
Beatriz Ramos Alonso
Marisol Revilla Guzmán
Juan Satrustegui Marcos
Pedro Soria García-Ramos

Diseño y realización:
Consultores de Comunicación
y Marketing del Siglo XXI S.L.
COMARK XXI
direccion@comarkxxi.com

Imprime: C.G.A.
Fotomecánica: Lumimar

Depósito legal: T0-0163-2008
ISSN: 1888-5438

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de ningún artículo, y el hecho de que patrocine su difusión no implica conformidad con los trabajos expuestos en estas páginas. Está autorizada la reproducción de artículos y noticias, previa notificación a FUNDACIÓN MAPFRE y citando su procedencia.

ESPECIAL Salud y



1. DAÑOS A LA SALUD

1.1 Enfermedades de sociedad

Las enfermedades de la civilización actual
(pág. 6)

1.2 Accidentes domésticos y de ocio

Los grandes desconocidos
(pág. 10)

1.3 Obesidad

Causas y evolución de un problema multifactorial
(pág. 13)

1.4 Promoción de la salud

Estrategias para la prevención
(pág. 15)

1.5 Entrevista

Rosa Gómez Redondo, catedrática de Ciencias Sociales de la UNED
(pág. 18)

2. ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO

2.1 Incidencia en la población española

Más de 2,5 millones de españoles son afectados por estas lesiones
(pág. 22)

2.2 Accidentes infantiles

Educación para prevenir la accidentalidad en los menores
(pág. 25)

2.3 Accidentes de las personas mayores

El impacto económico de las caídas de los mayores en el hogar
(pág. 29)

2.4 Prevención

La educación, clave para reducir la accidentalidad
(pág. 32)

2.5 Entrevista

Carlos Arnáiz, subdirector general de Coordinación y Calidad del Consumo del Ministerio de Sanidad
(pág. 34)

3. ACCIDENTES EN EL DEPORTE

3.1 Deportes en equipo

600.000 accidentes al año
(pág. 36)

3.2 Deportes acuáticos

Prevención de los ahogamientos
(pág. 39)

3.3 Prevención

Iniciativas para prevenir los accidentes deportivos
(pág. 42)

3.4 Medio natural

Práctica segura de los deportes de montaña y campo
(pág. 44)

Prevención



4. VIDA SALUDABLE

4.1 Hábitos de vida saludable

Principales factores de riesgo
(pág. 48)

4.2 Alimentación

Obesidad y sobrepeso, un problema de salud pública
(pág. 51)

4.3 Sedentarismo

Los riesgos de la inactividad física
(pág. 53)

4.4 Descanso

La relación entre desajustes del sueño y salud
(pág. 55)

4.4.1 Entrevista

Gonzalo Pin, jefe de la unidad del Sueño del Hospital Quirón de Valencia
(pág. 57)

4.5 Empresas saludables

Los entornos de trabajo saludable
(pág. 58)

4.6 Entrevista

Emilia Arrighi, investigadora del Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya
(pág. 61)

4.7 Entrevista

Elena Andradás, directora general de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad
(pág. 62)

4.8 Entrevista

Luis M. Jiménez, presidente de la Asociación para la Sostenibilidad y el Progreso de las Sociedades (ASYPS) (pág. 64)

5. ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

5.1 Tecnoadicción

Más de 700.000 adolescentes españoles son tecnoadictos
(pág. 66)

5.1.1 Perfiles

Cuatro tipos de usuarios
(pág. 70)

5.2 Comportamientos sociales

La frontera entre lo público, lo privado y lo íntimo en la Red
(pág. 71)

5.3 Prevención

Estrategias para prevenir la tecnoadicción
(pág. 75)

5.3.1 Consejos

Hacia una buena salud digital
(pág. 77)

5.4 Entrevista

Guillermo Cánovas, presidente de Protégeles
(pág. 78)

5.5 Consecuencias

El uso abusivo de las TIC entre los niños y adolescentes
(pág. 80)

6. SEGURIDAD CLÍNICA

6.1 Uso inadecuado de fármacos

La necesaria mejora en la gestión
(pág. 84)

6.2 Farmacovigilancia

Identificación de efectos adversos para el paciente
(pág. 88)

6.3 Seguridad del paciente

Iniciativas para limitar los efectos adversos en los hospitales
(pág. 91)

1.1 Enfermedades de sociedad

Dolencias crónicas o degenerativas y derivadas del estilo de vida actual, amenazas para la salud

LAS enfermedades DE LA CIVILIZACIÓN ACTUAL

En España se ha pasado en pocas décadas de sufrir enfermedades infecciosas a sufrir, en la mayoría de los casos, enfermedades crónicas y degenerativas tardías también conocidas como enfermedades no transmisibles, las derivadas de nuestros hábitos y estilo de vida. Las enfermedades cardiovasculares constituyen un freno al verdadero motor de la esperanza de vida. Y aunque el individuo tiene en su mano más instrumentos de los que emplea para mejorar su salud, las decisiones que se toman cada día influyen en ella. Aún queda camino para avanzar hacia una mayor longevidad y con una mayor calidad de vida en los últimos años de nuestra existencia.

España invierte en salud en torno al 9,5 por ciento de su PIB. Hace una década, rondaba el 7 por ciento. El crecimiento en gasto sanitario se está disparando en relación con el PIB. Esto ocurre porque nos hacemos cada vez más mayores, porque los pacientes piden mejor atención y por el aumento del precio de la tecnología. Cada vez hay más medios.

Ángel de Benito Cordon, director del Área de Gestión Médica de MAPFRE FAMILIAR, destaca que entre el 70 y el 80 por ciento del coste sanitario en nuestro país se produce por enfermedades crónicas. «Tenemos 36 millones de personas que tienen uno o más problemas crónicos. El 63 por ciento de las muertes se debe a este tipo de enfermedades. Es muy llamativo que el 30 por ciento de las muertes por cáncer se produce en relación a los hábitos de vida: la alimentación, la falta de actividad física, el taba-

quismo y el consumo de alcohol. Esto es muy llamativo», proclama.

A su juicio, «no somos conscientes de lo que está pasando. Confiamos mucho en el sistema sanitario, y creemos que las medicinas y los hospitales nos van a curar». Advierte, por ejemplo, que, dentro de 15 años, uno de cada tres pacientes será diabético, y la mitad de ellos lo será en asociación al sobrepeso. Además, un 16 por ciento de la población diabética declara que sigue las indicaciones que se le marcan. Es decir, hay un 84 por ciento de personas con diabetes que no toma conciencia de su enfermedad. Lo mismo sucede con otras enfermedades como la hipertensión o la hipercolesterolemia. Esto significa que no se siguen las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

Cambiar el foco

«Estamos depositando en el sistema sanitario la responsabilidad de que nos

cuiden. El foco hay que cambiarlo. Tenemos que pensar que somos nosotros los que tenemos que hacerlo. Si no nos cuidamos, iremos a peor. Los autocuidados son fundamentales. El paciente crónico tiene que entender lo que le pasa y tiene que trabajar activamente para no tener complicaciones. Y las personas sanas no pueden bajar la guardia, ya que hay enfermedades que cursan con un periodo de desarrollo silente, hasta que finalmente dan la cara. La alimentación es crítica, al igual que el ejercicio físico y el descanso adecuado. Debemos tener mejores habilidades y ser conscientes de cuál es el problema», asevera este experto. Precisamente, para la mejora de la salud, el primer frente de ataque desde FUNDACIÓN MAPFRE es la sensibilización.

Dentro del campo de la salud y del cambio de hábitos, la más importante transformación llega para la esperanza de vida a los 65 años y lo que nos queda por



Latinstock

**Estamos depositando
en el sistema sanitario
la responsabilidad de
que nos cuiden.
Debemos pensar que
somos nosotros los que
tenemos que hacerlo.**

vivir tras cumplirlos. «Ahí es donde hemos conseguido una gran revolución. Y esa revolución se acelera desde los años 70», indica Rosa Gómez Redondo, catedrática de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y directora del curso de Especialista universitario en prevención de riesgos y promoción de la salud, organizado por la UNED en colaboración con FUNDACIÓN MAPFRE.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1991 la esperanza de vida femenina era de 80 años y la masculina se situaba en 73 años. En 2001, la de las mujeres estaba en 83 años y la de los hombres en 76 años. En 2011, la femenina se situaba en 85 años y la masculina en 79 años. «No hay visos de un tope por ahora», afirma Gómez Redondo.

La combinación del desplazamiento de las muertes a edades más avanzadas y la concentración de las mismas hacia un pico de edad se produce actualmente en todas las sociedades desarrolladas. El logro de la humanidad es *empujar* a la muerte a edades cada vez más alejadas para poder disfrutar de la vida, del ocio y del trabajo sin sobresaltos, y sin que la vida se vea truncada de forma imprevisible. Esta es la tendencia.

En esta evolución, en España, al igual que ocurre en el mundo occidental, se ha pasado de sufrir enfermedades in-

fecciosas a sufrir sobre todo enfermedades crónicas y degenerativas tardías y enfermedades de sociedad, relacionadas con nuestros hábitos y nuestro estilo de vida.

Gómez Redondo dice que «no hay que bajar la guardia». Así, el SIDA y los accidentes de tráfico provocaron una elevada mortalidad entre los jóvenes en los años 80 y 90 del pasado siglo. El SIDA, una pandemia mundial, provocó en España un aumento de la mortalidad y un descenso en la esperanza de vida.

Pilares de la mortalidad

Esta catedrática de Ciencias Sociales de la UNED distingue «cinco pilares de la mortalidad»: enfermedades del aparato circulatorio, tumores, enfermedades del sistema respiratorio, enferme-

dades mentales y enfermedades del sistema nervioso. Las dos primeras son las más importantes.

La tendencia de la mortalidad y la esperanza de vida es plástica, está en continuo movimiento. Las enfermedades del aparato respiratorio están muy ligadas a hábitos como el tabaquismo. Las enfermedades mentales y las del sistema nervioso, entre las que se encuentra el Alzheimer, tienen un impacto emergente.

Las enfermedades cardiovasculares son el verdadero motor de la esperanza de vida. Por el abandono del tabaquismo, los hombres están reduciendo la mortalidad que producen los tumores, sobre todo el cáncer de pulmón. El comportamiento

del hombre ante el tabaco se ha feminizado, mientras que el de la mujer se ha masculinizado. Probablemente las mujeres pagarán estas deudas cuando se acumulen los errores de estos hábitos poco saludables. En definitiva, los hombres están copiando los hábitos preventivos de las mujeres: acuden más al médico, cuidan más su cuerpo y su dieta, etc.

Por otro lado, hay que tener en cuenta las enfermedades emergentes. Los trastornos mentales y del sistema nervioso han crecido exponencialmente en todas las edades. Producen incapacidad, dependencia y tienen un fuerte impacto en el contexto social y familiar.

De los cinco pilares de la mortalidad mencionados, en España disminuyen



Los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso han crecido exponencialmente en todas las edades



La calidad de vida de los ancianos podría empeorar si no estuvieran arropados por un Estado del bienestar y por una familia que pueda atenderles

todas las enfermedades excepto los trastornos mentales y del sistema nervioso. Ya antes de la actual crisis el consumo de antidepresivos ascendía espectacularmente. No solo hay que preocuparse por aumentar la longevidad, hay que preocuparse también por aumentar la calidad de la vida.

La tendencia demográfica apunta a que habrá menos población activa y, como vivimos más, un mayor número de ancianos. En clave de futuro, esto significa que la calidad de vida de los ancianos podría ser muy mala si no están arropados por un Estado del bienestar y por una familia que pueda atenderles.



Latinstock

El individuo tiene instrumentos para discernir entre la protección que puede aportar a la organización de su vida, dentro de las coordenadas sociales, y entre lo que puede demandar de ayuda a sus organizaciones, sus sociedades y a sus comunidades, para responder a sus necesidades.

Afortunadamente, el individuo tiene en su mano más instrumentos de los que realmente utiliza. La educación es clave. Nuestra socialización nos conduce a no cuidar de nosotros mismos, para que siempre dependamos de los otros: del médico, de la familia, de la empresa donde trabajamos, del abogado que nos defiende, etc. Para eso se nos ha formado. «Es normal que esto ocurriera en los que hoy son ancianos por falta de formación. Nosotros ahora ya somos generaciones, y sobre to-

do los jóvenes, muy preparadas. Las generaciones de adultos y de jóvenes en España tienen que cambiar el *chip*, tienen que hacerse responsables y líderes de su vida y de su entorno. Esto es muy fácil decirlo, pero luego hay que tener en cuenta lo que te permite el marco social, que impone limitaciones y condiciones de vida», declara Gómez Redondo.

A su parecer, queda todavía mucho margen y uno puede cuidar su salud, reducir el consumo de alcohol, mantener el peso adecuado, rehuir de la adicción a barbitúricos, tabaco o estimulantes, controlar la masa corporal, realizar actividad física y consumir una dieta equilibrada, entre otras. Las decisiones que se toman cada día, como poner azúcar al café o beber agua, afectan a nuestra salud.

Por otra parte, existen otra serie de factores externos que no siempre son controlables. El trabajo, tener una doble agenda de cabeza de familia y de cuidado de los padres ancianos, puede desembocar en una sobrecarga. Es algo inevitable, por mucho que se desee. Saber afrontar estas situaciones es clave.

La edad, la salud y la muerte tienen una estrecha relación biológica. Hasta ahora no tenemos evidencia empírica de haber alcanzado el máximo de la supervivencia. «Esto significa que, desde un punto científico, a medida que avanzan los logros sociales, el conocimiento y la calidad de vida de las poblaciones, nuestra supervivencia sigue aumentando», insiste Gómez Redondo.

Entonces, ¿puede la actual crisis económica afectar a la salud de las personas? No inmediatamente, pero sí a largo plazo. La salud no es algo que responda de hoy para mañana. Los efectos de una epidemia, si no se pone en prevención epidemiológica, evidentemente se advierten con rapidez. ♦



Latinstock

Ante el tabaco, los hombres han feminizado su comportamiento, reduciendo su consumo, y las mujeres lo han masculinizado, aumentándolo

1.2 Accidentes domésticos y de ocio

El hogar y el ocio concentran buena parte de los siniestros que se producen en España

Los grandes desconocidos

No son mediáticos, pero tienen una gran presencia. En nuestro país, por cada fallecido en un accidente de tráfico, dos personas mueren en un accidente doméstico o relacionado con el ocio. En el caso de los laborales, la proporción se amplía hasta tres a uno. Por su prevalencia, los accidentes de ocio y tiempo libre son un problema de salud pública.

Los accidentes domésticos y de ocio acabaron con la vida de cerca de 7.000 españoles en el año 2011, una cifra que supera a la suma de los accidentes laborales y de tráfico y supone la mitad de los fallecidos por causas externas, de acuerdo a los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística, recogidos en un informe publicado por el Instituto Nacional del Consumo sobre los accidentes domésticos y de ocio (el denominado informe DADO). El problema está ahí aunque no se hable mucho de él.

Tampoco se les da demasiada importancia. Las estadísticas del mencionado informe revelan que más de un tercio de los encuestados (35 por ciento) atribuyó



Latinstock



Latinstock

su incidente al azar, mientras que otro 26 por ciento admitió haber cometido una imprudencia o una temeridad y un 28 por ciento dijo haber incurrido en un descuido. Dicho de otro modo, más de la mitad de los accidentados (por imprudencia o descuido) no estaba mentalizado de que la actividad que estaba realizando era potencialmente peligrosa.

Por prevalencia, los accidentes son un problema de salud pública. Unos 2,5 millones de españoles sufrieron alguno, de diferente gravedad, en 2011. Es casi el 5 por ciento de la población, o lo que es lo mismo, uno de cada 20 habitantes, según el informe DADO.

No somos realmente conscientes de los riesgos que podemos correr dentro del propio hogar. Aparatos o instala-

ciones eléctricas o de gas, escaleras, objetos en el suelo, productos químicos o de limpieza, ventanas, cuchillos o medicamentos, entre otros, son potenciales factores de riesgo. Las caídas, los aplastamientos, los cortes y los desgarros suelen ser los accidentes más comunes en el hogar. Los más vulnerables a sufrir uno de ellos son los niños menores de cinco años y las personas mayores de 65 años.

La mayoría, en casa

En los hogares españoles tienen lugar casi uno de cada tres accidentes, un 28,5 por ciento en concreto, de acuerdo con el INE. La Unión de Consumidores y Usuarios (UCE), según cita el informe DADO, calcula que se producen unos 5.000 accidentes domésticos diarios, una cifra superior a la del Ministerio de Sanidad (son 1,8 millones de accidentes al año). Dentro del hogar, la cocina, el comedor y el dormitorio acaparan casi la mitad de los incidentes.

Unos 2,5 millones de españoles, casi el 5 por ciento de la población, sufrieron algún accidente, de diferente gravedad, en 2011

Los incendios también son una fuente notable de lesiones a lo largo del año. Las estadísticas facilitadas por la Asociación Internacional de Incendios (CTIF) y la Federación Internacional de Seguridad de Usuarios de Electricidad (FISUEL) ponen de relieve que cada 12 meses se registran en España 7.300 incendios por causas eléctricas y 4.850 accidentes por descargas de corriente. El impacto en la salud que producen se contabiliza en más de 1.500 heridos graves.

Tras el hogar, el deporte y el ocio son el segundo gran ámbito en el que suceden más accidentes en España. En 2011 se registraron alrededor de 600.000 incidentes deportivos o relacionados con

Más de la mitad de los accidentes se producen por temeridad, imprudencia o descuido



Latinstock

alguna actividad de ocio, según el informe DADO.

Accidentes en el deporte

En el caso del deporte, los reyes de los incidentes son los juegos de equipo con pelota (concentran casi la mitad de los accidentes deportivos registrados, un 46,9 por ciento), los deportes de ruedas sin motor (un 15,9 por ciento del total), el atletismo y la gimnasia (aproximadamente un 9 por ciento en cada caso).

Los accidentes durante el tiempo de ocio son más imprevisibles si se atiende al lugar en el que ocurrieron. En el campo o en la montaña sucede uno de cada dos accidentes en áreas al aire libre, aunque solo son un 3 por ciento del total. Los jardines públicos son el espacio recreativo con mayor número de incidentes registrados, un 2,7 por ciento del total.

Por colectivos, el informe DADO destaca «la especial relevancia que adquieren [los accidentes] en ciertos grupos de población tales como niños, los mayores (especialmente por encima de 75 años) y las mujeres». Un repaso a los datos muestra que en la edad infantil los accidentes domésticos son más frecuentes

en niños que en niñas, mientras que en edad adulta su frecuencia es más elevada en las mujeres que en los hombres. La prevalencia de accidentes domésticos en los hombres aumenta ligeramente a partir de los 75 años.

El informe DADO señala que, «desde una concepción integral de la salud, destaca como una de las características más relevantes de los accidentes domésticos su potencial prevención». Ello condiciona «la necesidad de abordar estrategias amplias de acción para conseguir prevenir su aparición y, de ese modo,

En 2011 se registraron 600.000 accidentes deportivos o relacionados con alguna actividad de ocio, según el informe DADO de Sanidad

disminuir la prevalencia de accidentes con la consiguiente reducción de daños en la salud de las personas».

En un estudio publicado en 2009 por la revista médica británica *The Lancet*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalaba que los principales factores de mortalidad infantil en Europa eran la contaminación del aire interior y exterior, el consumo de agua contaminada, las intoxicaciones por plomo y las lesiones, en su mayoría producidas por accidentes. Según este artículo, si en los hogares europeos se reemplazasen los combustibles sólidos por combustibles líquidos o gaseosos, «se podrían llegar a salvar las vidas de más de 9.000 niños al año». Del mismo modo, concluía que los menores son más vulnerables que los adultos ante las amenazas ambientales. ♦

Accidentes según lugar

	(%)
Área de transporte	13,2
Interior del hogar	54,5
Área de producción y taller	0,6
Área comercial	2,3
Colegio, área institucional	3,4
Área deportiva	9,5
Área recreativa	6,8
Área al aire libre	6,0
Mar, lago y río	1,3
Otros lugares	2,4

Fuente: Informe DADO (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio) 2011.

1.3 Obesidad

Este problema, muy generalizado, guarda relación directa con las enfermedades cardiovasculares

La obesidad: PANDEMIA DEL SIGLO XXI

La obesidad, como problema multifactorial que es, exige una respuesta coordinada de todos los agentes implicados. Gregorio Varela Moreiras, presidente de la Fundación Española de Nutrición, explica que en el ámbito de la nutrición no hay que olvidarse de que coexisten dos mundos opuestos: uno, el de la obesidad y el sedentarismo; y otro, el de la escasez y la marginalidad.



Hoy en día, la obesidad afecta ya a 1.200 millones de personas, mientras que la desnutrición y el hambre inciden en 1.000 millones de personas. Hay más personas en el mundo con obesidad, con riesgo incrementado por enfermedades asociadas, que personas que se puedan morir por hambre. La obesidad es la epidemia del siglo XXI, tal y como la declaró la OMS hace unos años. Es la primera vez que una condición no infecciosa, no de contagio, se declara como epidemia. Del mismo modo, ya existe una con-

troversia sobre si se debe declarar como pandemia al sedentarismo.

El problema del sedentarismo no está bien definido. No es solo la ausencia de actividad física. Es igual de importante el número de horas que se está sentado. «No solo conocemos hoy los beneficios de la actividad física, sino que sabemos los inconvenientes sobre la salud de la inactividad física y el sedentarismo. Tenemos que movernos», argumenta Varela.

Hay numerosos factores relacionados con la nutrición y con la actividad

física que afectan directamente a la morbilidad: baja ingesta de fruta y verdura, concentraciones elevadas de glucosa en sangre, colesterol elevado, presión arterial... «Todos ellos son modificables, por lo que hay mucho que hacer a nivel individual y colectivo», certifica Varela.

Según indica este profesor, más de uno de cada dos adultos padece de obesidad y uno de cada tres niños entre 2 y 17 años padece sobrepeso y obesidad. La preocupación es qué pasará con estos niños cuando sean mayores. A mayor canti-

Sobrepeso (%)

	TOTAL	Varones	Mujeres
Adultos	36	45	28
Niños	18	19	17

Fuente: Informe DADO 2011, Ministerio de Sanidad.

dad de ocio pasivo en la habitación, mayor obesidad.

Permanecer delante de una pantalla, ya sea de televisión o de otro tipo, provoca un menor gasto energético del cuerpo. El niño que come delante de una pantalla tendrá una dieta peor y probablemente tomará menos fruta. Igualmente, es posible que se distraiga de hacer otras cosas como, por ejemplo, ejercicio físico.

Clotilde Vázquez Martínez, jefe de sección del Servicio de Endocrinología del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, advierte que «la obesidad y el sedentarismo llevan a un aumento de la enfermedad cardiovascular», que «está afectando a los niños», y recalca que «las enfermedades no infecciosas tienen el doble de importancia en las muertes por debajo de los 65 años». Además, disminuye la calidad de vida. Tenemos que prevenir estas causas de muerte a través de una dieta prudente y sana como es la mediterránea.

Crece el nivel de obesidad

De acuerdo con una encuesta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), difundida en mayo de 2014, los niveles de obesidad han aumentado en la mayoría de los países durante los últimos cinco años, siendo la crisis económica el factor que probablemente más haya contribuido a ello. Esa encuesta destaca el crecimiento de la epidemia en países como Australia, Canadá, Francia, México, España y Suiza.

«La crisis económica puede haber contribuido a un mayor crecimiento de la obesidad, por eso la mayoría de los Go-

La obesidad y el sedentarismo llevan a un aumento de la enfermedad cardiovascular que está afectando a los niños

biernos necesitan hacer más para detener esta marea creciente», apunta al respecto Michel Cecchini, experto en Salud de la OCDE y uno de los autores del estudio. El informe muestra que la falta de recursos económicos ha reducido el gasto familiar en alimentos sanos como frutas y verduras. En los hogares más pobres se ha modificado la dieta hacia la comida basura, con alto contenido calórico y bajo valor nutricional. Esta encuesta observa que la mayoría de las personas en los países de la OCDE tiene sobrepeso.

Los datos de la OCDE indican que, de media, el 18 por ciento de la población adulta es obesa. Mientras, uno de cada cinco niños tiene sobrepeso, aunque esta tasa puede ser más alta en países como Grecia, Italia, Eslovenia y EE.UU., donde afecta a uno de cada tres.

En otra encuesta reciente, de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), se ha detectado que el 81 por ciento de los españoles fracasa al hacer una dieta. Según sus datos, las prin-

cipales motivaciones para adelgazar son sentirse sano (82,8 por ciento), la imagen (85,65 por ciento) y equilibrar el estado emocional (78,8 por ciento).

Ingesta de azúcar

Por otra parte, debido a la creciente preocupación por el consumo de azúcar en la población, la OMS ha reducido la cantidad recomendada en la ingesta diaria. Anteriormente recomendaba que una persona no consumiera más del 10 por ciento de sus calorías totales en azúcares, y ahora ha bajado el porcentaje al 5 por ciento. Para un adulto, con un índice de masa corporal normal, eso equivale a 25 gramos o seis cucharitas de azúcar diarias.

La finalidad es reducir los problemas de salud pública asociados con el consumo excesivo de azúcar, causado en alto grado por las bebidas azucaradas y los alimentos procesados. La nueva recomendación se basa en estudios científicos que analizan el efecto del consumo de azúcares con ciertas enfermedades. ♦



Latinstock

La OMS fomenta las políticas de promoción de la salud para reducir la mortalidad

PONIENDO EL ACENTO EN LA prevención



Evitar –dentro de los posible– accidentes y lesiones, tener buenas prácticas alimentarias, descansar bien, realizar actividad física regularmente... la buena salud de la población es un concepto transversal que no se limita a un único campo. Y aunque en buena medida seguir estas buenas prácticas al final depende de cada uno, las Administraciones fomentan que se lleven a cabo.

Un problema con el que tienen que lidiar las Administraciones en las últimas décadas es la aparición de nuevas enfermedades asociadas al estilo de vida. A la vez que desaparecen unas amenazas aparecen otras. En las sociedades occidentales, hábitos como la inactividad física, la falta de descanso y la mala alimentación han provocado un aumento de la obesidad, trastornos del sueño y otras enfermedades.

Además, cada colectivo presenta sus particularidades. En España, casi uno de cada cinco niños sufrió algún tipo de lesión por un accidente en 2011, según el informe DADO del Instituto Nacional de Consumo. Para los mayores, las caídas son el siniestro más frecuente. Las mujeres de mediana edad con pocos estu-

dios tienen altas probabilidades de ser obesas.

Por todo esto, las políticas de promoción de la salud y prevención de accidentes son en estos tiempos una prioridad para las Administraciones. Cerca de 2,5 millones de españoles sufrieron un accidente en 2011, y 7.000 de ellos fallecieron, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) recogidos en el informe DADO. A escala global, se calcula que un 60 por ciento de las muertes se deben a enfermedades crónicas, «que tienen por causa factores de riesgo comunes que explican la gran mayoría de las muertes, entre los que destacan una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco», según explica la Organización Mundial de la Salud. Vivir, al menos tal como lo hacemos, mata.

El organismo internacional admite que «los rápidos cambios que amenazan a la salud mundial exigen una respuesta igualmente rápida». En su visión del futuro, «no es probable que las grandes epidemias de mañana se asemejen a las que hasta ahora han asolado al mundo. Si bien el riesgo de brotes, por ejemplo de una nueva pandemia de gripe, exigirá una vigilancia constante, la epidemia invisible de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer y otras enfermedades crónicas será la que se cobrará el mayor tributo en forma de defunciones y discapacidad».

Por eso el organismo insiste en la prevención y la promoción de la salud como factores clave. Su objetivo es lograr una reducción anual adicional del 2 por ciento de las tasas mundiales de mortalidad por enfermedades crónicas durante los próximos 10 años, para evitar 36 millones de muertes prematuras hasta 2015. De las muertes así evitadas, unos 17 millones corresponderán a personas de menos de 70 años. «Esas defunciones evitadas redundarían también en

beneficio del crecimiento económico de los países. El hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad que pone en peligro innecesariamente a las generaciones futuras», señala. «No hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitar esas defunciones», añade. La agenda prevista es amplia, pero el camino a seguir está trazado, sostiene. Y cierra con un llamamiento a la acción, destinado a

cualquier lector. «Conocemos las causas. El camino a seguir está claro. Actuar está ahora en tus manos».

El disfrute de la salud

La OMS ha ido plasmando a lo largo de los años sus estrategias en varios documentos. El último, con orientaciones generales para los países, se elaboró tras la reunión de Bangkok en 2005. En él declara que «el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano», y establece que la «promoción de la salud se basa en este derecho humano fundamental y ofrece un concepto positivo e incluyente de la salud como un determinante de la calidad de vida».



Latinstock

Políticas adecuadas de prevención y promoción de la salud evitarían 36 millones de muertes hasta el año 2015

Según la OMS, entre los factores críticos que ahora influyen en la salud se incluyen «el aumento de las desigualdades dentro y entre países», «los nuevos patrones de consumo y la comunicación, la comercialización, el cambio del medio ambiente mundial y la urbanización».

Para gestionar estos desafíos de la globalización, «la política debe ser coherente en todo: los niveles de los Gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones, incluido el sector privado». Además, continúa la organización, «el progreso hacia un mundo más sano requiere una fuerte acción política y una gran y sostenida promoción de la salud».

La OMS insiste en la necesidad de realizar un trabajo conjunto y en situar el problema en el centro de la agenda política, pero también en la de la sociedad civil y las empresas. A nivel mundial, pero también regional y local. Y en su documento señala cuatro ámbitos de actuación.

En primer lugar, el organismo destaca que son necesarios acuerdos intergubernamentales y «mecanismos eficaces de gobernanza mundial en salud para hacer frente a los efectos nocivos del comercio, los productos, servicios y las estrategias de marketing».

El segundo frente atañe a los Gobiernos de puertas adentro. La OMS asegura que la salud «es determinante en el desarrollo socioeconómico y político», por lo que insta a las Administraciones a «dar prioridad a las inversiones en salud, dentro y fuera del sector de la salud, y proporcionar financiación sostenible para la promoción de la salud».

La Organización Mundial de la Salud sitúa a las comunidades y a la sociedad civil como tercer ámbito de actuación. La OMS explica que en ocasiones son estas quienes empujan a las Administraciones para que trabajen en pos de la salud. Y remarca el rol que juegan, con gran responsabilidad. «Unas comunidades bien organizadas y tenidas en cuenta son capaces de hacer responsables a Gobiernos e instituciones privadas de las consecuencias de sus políticas», indica. La sociedad civil en conjunto «debe ejercitar su poder en el mercado dando preferencia a los bienes y servicios producidos por empresas ejemplares con Responsabilidad Social Corporativa», añade.

Ámbito empresarial

El último aspecto destacado por la OMS es el ámbito empresarial. La organización asegura que las compañías tienen «un impacto directo» en la salud de las personas a través de su influencia en «los ajustes locales, las culturas nacionales, los entornos y la distribución de la riqueza». El sector privado «tiene la responsabilidad de garantizar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, y promover la salud y el bienestar de sus empleados, familias y comunidades», concluye. En un marco más amplio, la OMS recuerda que las empresas también pueden «contribuir a la disminución de los impactos más amplios de la salud a nivel mundial, como los relacionados con el cambio climático, mediante el cumplimiento de las normas y acuerdos de promoción y protección de la salud nacionales e internacionales».

La OMS concluye recordando que «un importante número de resoluciones a nivel nacional y mundial se han firmado en apoyo de la promoción de la salud, pero estas no siempre se han continuado con una acción», por lo que solicita

a los Estados miembros que «cierren esta brecha de implementación y pasen a políticas y alianzas para la acción».

No hay que olvidar que la definición de la OMS de un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y el personal superior colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo. Se ha pasado de poner el acento casi exclusivamente en el entorno de trabajo físico a incluir factores psicosociales y prácticas personales de salud.

La promoción de la salud en el trabajo o, lo que es lo mismo, una buena gestión de la salud de los trabajadores desde un enfoque integrado e integral, más allá de la prevención de riesgos laborales, es sin lugar a dudas una inversión de futuro. Desde 1996, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) apuesta por la promoción de la salud en el trabajo y ha ido recogiendo modelos de buenas prácticas entre las empresas españolas.

Recientemente, el INSHT ha puesto en marcha el proyecto Empresas Saludables con el objetivo de reconocer el trabajo de las empresas en el ámbito de la mejora de la salud y bienestar de sus trabajadores, así como de promover la cultura de la salud y el intercambio de experiencias empresariales. En concreto, dentro del marco de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Consejo Superior de Deportes y las comunidades autónomas, el INSHT impulsa una Red de Empresas Saludables que tiene como punto de partida la adhesión a la Declaración de Luxemburgo, ya integrada por 51 empresas. Su objetivo es conseguir la mejor salud posible en la población trabajadora y por extensión en la población en general. ♦

1.5 Entrevista

ROSA GÓMEZ REDONDO. Catedrática de Ciencias Sociales de la UNED



«Son los hombres los que se acercan a los comportamientos femeninos de prevención»

España es uno de los países a la vanguardia en la esperanza de vida. Empezó muy tardíamente su transición demográfica y su aumento de esperanza de vida en comparación con otros países europeos, pero la hizo con una gran rapidez. Rosa Gómez Redondo, catedrática de Ciencias Sociales y directora del curso de Especialista universitario en prevención de riesgos y promoción de la salud, organizado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) en colaboración con FUNDACIÓN MAPFRE, señala que los hombres están copiando los hábitos preventivos de las mujeres. Hace hincapié en que «hay una retroalimentación constante entre el individuo, el grupo social y la comunidad en la que vive».

—¿Qué peso tienen el estilo de vida y el medio ambiente en el aumento de la esperanza de vida de los españoles?

Sabemos que es multifactorial. La evolución de la longevidad y la evolución de la salud que se tiene al avanzar la edad están estrechamente relacionadas. Cuando hablamos de promover la salud y de prevención de riesgos, lo primero que hay que hacer es situarnos en un contexto histórico, en una etapa social y demográfica. Yo no puedo hablar igual ahora que hace 50 años. Tampoco puedo hablar ahora de los países ricos como si estuviéramos hablando de países en pleno desarrollo, como pueden ser Cuba o República Dominicana, o de países totalmente pobres, como puede ser Nigeria.

—Centrándonos en España, la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres había crecido y ahora está otra vez menguando esa diferencia, ¿no es así?

La diferencia entre hombres y mujeres está disminuyendo un poco. Hasta

cierto punto, es esperable. La ventaja femenina frente a los hombres ha sido muy potente a lo largo del siglo XX. Tan grande ha sido el avance de la población femenina que se están dando ahora dos factores importantes. Primero, el que avanza muy deprisa llega un momento en que tiene que pasar por periodos de estabilización. Segundo, el que va detrás, en este caso la población masculina, sigue su evolución y alcanza al que va delante.

—¿Los hombres están copiando hábitos preventivos de las mujeres?

Exactamente. España empezó muy tarde su aumento de esperanza de vida con respecto a otros países europeos. Co-

menzó muy tarde, pero fue muy deprisa y terminó alcanzando, por ejemplo, a los países nórdicos. Pues igual pasa con las mujeres y los hombres. ¿Por qué las mujeres iban deprisa? Porque la vida de las mujeres tenía un valor social en el pasado menor que la de los hombres. Por lo tanto, en sociedades tradicionales, la mujer estaba discriminada en la salud, en la alimentación, hasta en la lactancia. Es normal que, al situarse cada vez más en igualdad de condiciones con los hombres, las mujeres evolucionen en este aspecto. Es decir, el desarrollo, de valores y económico, favorece la longevidad femenina.

Con los hombres, el problema es que tenían, en principio, una actividad social



Latinstock

«La evolución demográfica y la evolución en la salud son muy dinámicas, y conviene que vayamos previendo lo que se nos viene encima»

más arriesgada. Ahí entran las guerras y unas profesiones mucho más ligadas a accidentes, con costes de accidentes y de vidas mayores. Además, había factores de comportamiento ligados a patrones típicamente masculinos como el tabaquismo, el alcoholismo o una conducción de riesgo. A medida que los hombres han ido siendo permeables a los comportamientos femeninos, se han vuelto más preventivos ante el riesgo; abandonando el tabaco, como una pauta creciente en sus comportamientos, reduciendo el alcohol, haciendo más ejercicio para prevenir enfermedades coronarias y siendo más cautos a la hora de conducir y no arriesgar la vida al volante. A medida que eso ha ido bajando, y también bajando las actividades profesionales de mayor riesgo, han feminizado su comportamiento y su actividad. Con lo cual se están aproximando a las mujeres.

—¿No hay que olvidar el otro extremo?

El que mucho corre en algún momento tiene que estabilizarse, y el que va detrás le alcanza. Hasta el momento, lo que vemos en la salud y en la longevidad de la población española es que los hombres son los que se acercan a los comportamientos femeninos de prevención. Esto no quiere decir que dentro de 20 años no cambie lo que estamos viendo ahora y que no veamos los frutos de la masculinización de hábitos de las mujeres. La evolución demográfica y la evolución en la salud son muy dinámicas, y conviene que vayamos previendo lo que nos viene encima.

Las mujeres españolas son las que más fuman en Europa en las generaciones que están entre 45 y 65 años. Cuando estas poblaciones lleguen a envejecer, tendremos todos los daños acumulados, cáncer de pulmón, problemas coronarios, etcétera, de un hábito que tradicionalmente era masculino y que van a presentarlo las mujeres. Podríamos irnos preparando para que lo que hasta ahora ha sido una feminización de comportamientos de los hombres se junte con una masculinización de los comportamientos de las mujeres. El estilo de

vida que lleva la mujer va abocado a eso. Pero eso será a futuro. Por el momento no se ve.

—¿Qué condicionantes podemos tener para mejorar nuestra salud?

Una vez que hemos terminado con períodos de hambrunas, una vez que hemos vencido a las infecciones, llegamos a una etapa, la última que conocemos en la transición sanitaria, que es la de las enfermedades crónicas y degenerativas y las de comportamiento de la sociedad. En las condiciones de vida, el individuo no puede hacer nada. Se le da el contexto social. No culpemos únicamente al individuo de sus comportamientos. El individuo está ligado a una comunidad, a un grupo social, a una sociedad. Hay comportamientos que podemos mejorar en el individuo y otros que, aunque este quiera, no puede, porque sus condiciones de vida no se lo permiten. Hay un *feedback* constante entre el individuo, el grupo social y la comunidad en la que vive.

—¿El individuo tiene instrumentos de maniobra?

Por supuesto, pero esto se da en un contexto social. Hay un *feedback* entre la sociedad, el grupo social y el individuo permanente.

«Hay comportamientos que podemos mejorar en el individuo y otros que, aunque este quiera, no puede, porque sus condiciones de vida no se lo permiten»

«Las enfermedades que producen menos calidad de vida y más muertes están basadas en temas que pueden estar en nuestra mano»

—¿Cuáles son los instrumentos de mejora?

Aquí me tengo que referir al curso de Especialista universitario en prevención de riesgos y promoción de la salud, un título propio de la UNED dentro de un convenio de colaboración con FUNDACIÓN MAPFRE. El objetivo es tener en cuenta aquellos factores personales que deben difundirse y que están inscritos en esas relaciones instituciones, interpersonales y sociales del individuo en su contexto social.

Desde una perspectiva multidimensional y desde una visión multidisciplinaria, podemos impartir conocimientos a estos especialistas para que difundan en sus comunidades, en sus organizaciones, en sus empresas y en sus instituciones, qué instrumentos tiene el individuo. La Organización Mundial de la Salud, en un informe de 2009, nos dice que las enfermedades del aparato circulatorio son la principal causa de muerte en las sociedades ricas. La OMS señala que hay ocho factores de riesgo que son responsables del 75 por ciento de las cardiopatías coronarias.

—¿Cuáles son esos ocho factores?

El consumo del alcohol, la hiperglucemia [cantidad excesiva de glucosa o azúcar en la sangre], el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, un Índice de Masa Corporal elevado [la obesidad, una pandemia que está creciendo de forma exagerada], la hipercolesterolemia [colesterol elevado en la sangre], una baja ingesta en frutas y verduras y una falta de actividad física. Estos ocho facto-



Latinstock

res, que explican el 75 por ciento de los casos de enfermedades de cardiopatía coronaria, son casi los mismos que yo te podría decir para el cáncer, que es la segunda causa de muerte. Las enfermedades que producen menos calidad de vida y más muertes, las que frenan la calidad de vida en la vejez, están basadas en temas que pueden estar en nuestra mano. Sin embargo, la gente no sabe que son tan importantes.

Con todo, ¿de qué mueren los españoles?

Hay cinco pilares de la supervivencia: aparato circulatorio, tumores, sistema respiratorio, enfermedades mentales y enfermedades del sistema nervioso. El de enfermedades respiratorias es muy sensible a las condiciones de vida. El avance ha contribuido muchísimo al aumento en la esperanza de vida en el siglo XX. La neumonía liquidaba a gente con baja inmunidad, bien porque esta-

ba mal nutrida, bien porque tenía enfermedades respiratorias o bien porque era muy anciana. Moría gente por gripes mal curadas, por bronquitis, por neumonías, etcétera. Eso ha ido disminuyendo de una forma espectacular y ha contribuido a elevar nuestra esperanza de vida. Pero si tenemos una crisis en la que la gente empieza a no poder vivir en unas condiciones adecuadas, evidentemente volveremos a retroceder. No es terreno ganado. Esto es como el barbecho: ganas terreno, pero si lo cuidas; si no, las malas hierbas vuelven a frenar la salud.

Las enfermedades que dominan ahora son las crónicas. Hemos vencido a las infecciosas, pero siguen estando ahí. En esta etapa de la transición sanitaria caracterizada por las enfermedades crónicas tardías se llaman así porque las vemos en el presente cuando llegamos a viejos. El SIDA restó esperanza de vida por la muerte de jóvenes en los años 80 en España. Eso ha sido una enfermedad que no podíamos esperar. El sistema de salud tiene que ser muy potente y la investigación tiene que estar muy bien apoyada y financiada. Lo que hemos ganado ha sido porque la sociedad ha puesto los medios para que consigamos vencer a la muerte. ♦

«Lo que hemos ganado ha sido porque la sociedad ha puesto los medios para que consigamos vencer a la muerte»



CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

CON MAYOR CUIDADO tiene como objetivo la prevención de accidentes en el colectivo de los mayores con el fin de mantener su independencia y autonomía personal, promoviendo hábitos preventivos en su vida cotidiana que ayuden a evitar accidentes y le permitan conocer cómo actuar ante determinadas situaciones tras sufrir un accidente.

Si desea consultar la documentación de la campaña o precisa más información:
www.conmayorcuidado.com
+34 91 602 52 21



FUNDACIÓN **MAPFRE**

www.fundacionmapfre.org

2.1 Incidencia en la población española

Este tipo de lesiones afectan cada año a 2,5 millones de españoles

Ignorados, PERO FRECUENTES

Duplican en víctimas mortales a los muy mediáticos accidentes de tráfico y triplican a los laborales, pero son los grandes ignorados. Los accidentes domésticos y de ocio –en su concepción más amplia– acaban con la vida de unos 7.000 españoles al año. Entre ellos los más numerosos ocurren en el interior del hogar. Estos siniestros se ceban además con los colectivos más vulnerables: niños y ancianos.

Se pueden extraer algunas cifras para hacerse una idea de la magnitud del problema, que es considerado de salud pública. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2010 hubo en España un total de 14.066 defunciones por causas externas, de las cuales 10.056 (71,5 por ciento) se debieron a lesiones no intencionales. En esta categoría entran los fallecidos en accidentes de tráfico (2.336 muertos) o laborales (569) e incluso los suicidios (3.158). Descontados todos ellos, junto a alguna otra categoría minoritaria, se obtiene esa aproximación de 7.000 fallecidos en accidentes domésticos y de ocio. Los muertos exclusivamente en el ámbito del hogar rondan los 2.000, una cifra que incluye 103 fallecidos por un incendio en su domicilio, según datos aportados por aseguradoras y cuerpos de bomberos.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad cifra en unos 2,5 millones de españoles cada año (casi el 5 por ciento de la población) el número de personas que sufre en diferente escala una lesión fortuita. Entre todos los tipos

de accidentes que recoge la cifra anterior –y esta categoría incluye los de tráfico o laborales–, los domésticos son los más frecuentes, un 28,5 por ciento del total. La Unión de Consumidores y Usuarios (UCE) calcula en su *Informe sobre accidentes en el hogar*, de 2012, que se producen unos 5.000 accidentes domésticos diarios, una cifra superior a la ministerial (son 1,8 millones de accidentes al año).

Sin embargo, para ciertas estadísticas es complicado hallar una cifra específica, separada de los accidentes en el ámbito del ocio. Para otras categorías, en cambio, el detalle llega a desglosar los accidentes por hora del día y edad, por ejemplo. La mayor parte de la estadística ofrecida aquí procede del informe *Programa de prevención de lesiones: detección de accidentes domésticos y de ocio 2011* (en adelante, informe DADO), elaborado por el Instituto Nacional de Consumo del Ministerio de Sanidad.

Este tipo de accidente es la cuarta causa de muerte en la UE, tras las enfermedades del corazón, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares. Las lesiones,



según el departamento de Sanidad, son una importante causa de muerte y discapacidad en la población europea y representan una gran carga social, económica y de sufrimiento humano para nuestro entorno más inmediato. Se estima que el 75 por ciento de las muertes por esta causa podrían evitarse si se abordasen los determinantes medioambientales y socioeconómicos que las causan. Por cada fallecido por lesiones no intencionales, 30 ingresaron en un hospital y 344 precisaron atención médica.

El informe DADO destaca que «la importancia de los accidentes ocurridos en el hogar radica en que los grupos más afectados son los menores de 4 años (52

En el ámbito doméstico, los principales mecanismos que generan lesiones son las caídas (35,3%), los cortes (24,1%) y los daños por efectos térmicos (22,9%)

por ciento) y las personas mayores de 75 años (58 por ciento)». Si se consideran por separado todos los grupos de edad, estos accidentes suceden con mayor frecuencia en mujeres a partir de los 55 años.

Tipos de lesión

Por tipo de lesión, el mismo informe señala que, dentro del ámbito doméstico, los principales mecanismos que generan lesiones son las caídas (35,3 por ciento), los cortes (24,1 por ciento) y los

daños de origen térmico (22,9 por ciento). El informe destaca que las caídas «se producen en mayor medida mientras se realiza la compra del hogar y durante las tareas de limpieza y mantenimiento de la vivienda, mientras que los cortes y quemaduras ocurren principalmente durante el proceso de elaboración de la comida». En el bricolaje, el otro gran foco de accidentes en el hogar, los incidentes más típicos son los cortes, los aplastamientos y las caídas.

Los incendios también son una fuerte importante de lesiones en el hogar. Las estadísticas disponibles reflejan que cada año se registran unos 7.300 incendios por causas eléctricas y 4.850 accidentes por descargas de corriente, que dejan más de 1.500 heridos graves.

Los riesgos en el hogar

Un análisis más pormenorizado de la accidentalidad general permite observar cómo es su evolución. Mientras que en la infancia se produce más entre los niños que entre las niñas, en la edad adulta tienen una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres. En cuanto a las medidas adoptadas tras el accidente, el 50,9 por ciento de los mayores de 75 años y el 80,2 por ciento de los menores de 0 a 4 años que sufrieron uno en 2011 acudieron a un centro de urgencias.

Rampas, escaleras o suelos deslizantes, puertas de garaje, cuchillos, aparatos eléctricos, de cocina, utensilios de limpieza... la lista de elementos potencialmente peligrosos en el hogar es amplia.

Si se desmenuza la estadística, se observa que la actividad con más riesgo para la salud que se puede realizar en casa



Latinstock

Cada año se registran unos 7.300 incendios por causas eléctricas y 4.850 accidentes por descargas de corriente, con más de 1.500 heridos graves

es preparar la comida, circunstancia que causa el 40,7 por ciento de los accidentes domésticos. Las cifras confirman en este caso el cliché: las mujeres los sufren el doble que los hombres. La limpieza del hogar y otras actividades sin especificar son las siguientes causas de accidente según su incidencia.

Por estancias, la cocina (un 24 por ciento de los incidentes), el comedor y el dormitorio (18 por ciento entre los dos) son los lugares del hogar en los que más accidentes se sufren. Esta estadística correlaciona de alguna manera con la accidentalidad estacional: según el informe DADO, abril con la Semana Santa, agosto y las vacaciones de verano, y diciembre, cuando se celebra la Navidad, son los tres meses con un mayor número de accidentes dentro del hogar, coincidentes con las vacaciones de la mayoría de los trabajadores. Este patrón temporal se repite para todas las actividades. En cuanto al momento del día, mañana y tarde acaparan (rondando el 85 por ciento entre ambas) los momentos en los que ocurren los accidentes.

Siempre hay que tener en cuenta, a la hora de analizar las estadísticas, que las mujeres sufren más accidentes caseros (62 por ciento) que los hombres (42,9 por ciento), cuya gran fuente de lesiones son las actividades deportivas o de ocio.

El análisis de la accidentalidad por género ofrece resultados interesantes. En muchos sentidos las cifras confirman los estereotipos. Las mujeres se lesionan mucho más cuando se atiende a las actividades domésticas (sufren un 76 por



Latinstock

ciento de los accidentes frente a un 24 por ciento los hombres), mientras que los varones se accidentan en el transcurso de alguna reparación o actividad relacionada con el bricolaje, en la que los porcentajes se invierten.

Los datos también permiten un análisis pormenorizado según el producto causante de las lesiones en el hogar. El mobiliario (29,8 por ciento), las partes de los edificios, especialmente el suelo (20,3 por ciento), y los aparatos de uso doméstico (22,4 por ciento) se sitúan en la cabeza de esta lista. También representan un número importante de lesiones las comidas y las bebidas, en concreto las quemaduras por grasas y aceites (13,9 por ciento). En cuanto a la prácti-

ca del bricolaje casero, el suelo como parte estacionaria del edificio también provoca el mayor número de lesiones. Maquinaria y herramienta industrial son otros ámbitos a los que prestar atención.

Otro aspecto interesante del informe es la visión del siniestro que ofrece el accidentado. El Instituto Nacional de Consumo revela que más de un tercio de los encuestados (35 por ciento) atribuyó su incidente al azar, mientras que otro 26 por ciento admitió haber cometido una imprudencia o una temeridad y un 28 por ciento un descuido. De esta percepción podría deducirse que más de la mitad de los accidentes son evitables, toda vez que responden a imprudencias o falta de atención. ♦

2.2 Accidentes infantiles

Los expertos demandan programas educativos para reducir la siniestralidad de los menores

Educación PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Los accidentes entre los menores tienen tal prevalencia que pueden considerarse un problema de salud pública, según los expertos. En el año 2011, un total de 458.635 niños de entre 0 y 14 años sufrieron algún tipo de lesión no intencionada (un 17,8 por ciento del total), según el informe DADO. Caídas y golpes suponen tres de cada cuatro accidentes entre los menores.

Es cierto que esta cifra se refiere a todos los accidentes registrados sufridos por los menores en cualquier entorno. Y que una inmensa mayoría no revisten mayor gravedad. Pero algunos sí, y de tanto en tanto se dan «evoluciones fatales», comenta Santiago Mintegi, jefe de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Cruces y coordinador del Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones no Intencionadas de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

«Hace 50 o 100 años era normal tener siete hijos y que dos se murieran», ahonda Mintegi. «Pero hoy en día la sociedad no acepta esto», explica. El agravante que



Latinstock

En España no existe un plan nacional de prevención infantil, aunque la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Ministerio de Sanidad recomienda la creación de un grupo de trabajo específico sobre el tema

detectan los expertos es que muchas de estas «lesiones no intencionadas» podrían evitarse. Y concretamente las que ocurren en el entorno más controlable, el hogar.

Y no será una cuestión de mentalidad. «Hay cada vez más conciencia. Los niños son elementos preciosos en las familias», comenta Francisco Camarelles, coordinador del programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Lo que no existe en España es un plan nacional de prevención de accidentes de la infancia o algo similar, por lo que la educación de padres e hijos funciona a base de iniciativas concretas. Hay países con estrategias nacionales al respecto, como Estados Unidos, cuyo Plan Nacional para la Prevención de Lesiones en la Infancia ha conseguido reducir en un 30 por ciento los accidentes de los niños en una década (www.cdc.gov/safekid/nap/).

Pese a la inexistencia de ese plan nacional de prevención, los poderes públicos tienen clara su necesidad. Así, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Sanidad (SNS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recomienda la creación de un grupo de trabajo específico sobre el tema. A falta de ese plan nacional, la Estrategia establece que «los profesionales de atención primaria (pediatras y enfermeras/os), evaluarán (...) el entorno doméstico en términos de seguridad (...), realizarán recomendaciones concretas e individualizadas para un entorno doméstico seguro y de prevención». Y aporta diversos consejos a los padres para con-

vertir su casa en un hogar seguro para los menores.

En España, la labor fundamental en la prevención de accidentes de los menores se realiza desde las consultas de pediatría durante las diferentes revisiones a las que se somete un niño. Las medidas no son las mismas para un infante de un año que para otro de ocho. «No existe una educación reglada para esto», admite Mintegi. «Hace poco nos preguntábamos [en la AEP] si debería haberla. La educación existe a través de estos controles de salud, pero probablemente debería hacerse de una forma más reglada», ahonda, y aclara que esta última frase responde más a una opinión personal que a la postura de la AEP.

Camarelles cree que las políticas de prevención deberían ser una cuestión

multisectorial y no proceder solo del campo sanitario. «Es también un problema de concienciación. El Ministerio de Sanidad debería plantearse realizar un plan nacional, pero también la sociedad civil debe colaborar, como los medios de comunicación y las asociaciones, por ejemplo», explica. Mientras esto ocurre hay que conformarse con la labor («excelente», según los médicos) de pediatras y enfermeras.

En ese proceso de colaboración que reclama Camarelles participan de forma activa instituciones como FUNDACIÓN MAPFRE, cuyo *Estudio sobre accidentes atendidos en los centros de salud* destaca la importancia de ahondar en las medidas preventivas y en la formación de los profesionales a este respecto, y aboga por unificar las recomendaciones elaboradas por diferentes instituciones para «presentarlas ante la población con una única fuente de información y ofrecer a los profesionales unos criterios de prevención robustos y bien fundamentados en el conocimiento».



Latinstock



Pese a la falta de una normativa estatal, se han publicado normas UNE sobre los requisitos que deben cumplir los equipos y materiales de los parques infantiles

Normativa y consejos

Para los accidentes relacionados con el ocio no deportivo, buena parte de la prevención pasa también por la normativa y las recomendaciones específicas para cada entorno o actividad y para cada comunidad autónoma.

Por ejemplo, respecto a los parques infantiles, uno de los lugares en los que más accidentes sufren los niños fuera del hogar, España carece de una legislación estatal que regule los requisitos de seguridad que deben tener, por lo que su estado deja que desear. El estudio *Evaluación de la seguridad y accesibilidad en los parques infantiles*, elaborado por el Instituto Tecnológico de Producto Infantil y Ocio (AIJU) y financiado por FUNDACIÓN MAPFRE, pone de manifiesto que de las 168 áreas de juegos analizados para ese trabajo en España en 2013, solo el 25 por ciento cumplía los requisitos de la normativa europea EN 1176 en aspectos como seguridad del área y de los equipamientos de juego y accesibilidad a los mis-

mos. Para rellenar esta laguna normativa, la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) ha publicado diferentes normas que hacen referencia a los requisitos que deben cumplir los equipos (columpios, toboganes, balancines, etc.) y los materiales utilizados, las dimensiones de los huecos y espacios libres que eviten riesgos de atrapamiento, las distancias y alturas de seguridad, la protección contra caídas y enganchones de ropa y pelo, etc. A nivel autonómico, solo Andalucía y Galicia cuentan con normativa específica sobre el tema, que regula aspectos como especificaciones técnicas, equipamiento, revestimiento de las superficies de las áreas de juego absorbentes, etc.

Las ferias y parques, otro espacio donde ocurren accidentes con frecuencia, están reguladas en el Real Decreto 2816/1982, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, que hace mención a un certificado

de revisión y montaje necesario en cada instalación que realice el feriante en cada municipio. Adicionalmente, la Confederación Española de Industriales Feriantes (CEIF) exige a cada feriante un certificado de inspección anual para acreditar que toda atracción reúne las óptimas condiciones de funcionamiento.

En el caso de deportes de riesgo, como el esquí, los deportes ecuestres o aéreos, son las federaciones del ramo las encargadas de desarrollar una normativa básica, que en estos casos puede incluir una edad mínima para la práctica del deporte en cuestión. El ala delta, por ejemplo, solo pueden practicarlo mayores de edad y en el parapente los menores de 14 deben ir acompañados.

Una edad que no se exige para participar en capeas o encierros, según el Reglamento de Espectáculos Taurinos de 1996, aunque los desarrollos normativos autonómicos sí han incluido estas limitaciones, que generalmente se fijan entre los 16 y los 18 años dependiendo de la región. ♦

Proyecto CuidadoSOS

De la sensibilidad que FUNDACIÓN MAPFRE muestra hacia la prevención de la accidentalidad del menor, CuidadoSOS es un buen ejemplo. Esta es una iniciativa que proporciona a los maestros, alumnos y sus familias un material con el que favorecer comportamientos más seguros en el entorno de los niños y adquirir una serie de conocimientos orientados a su autoprotección. Su objetivo es dar a conocer dónde y por qué ocurren los accidentes infantiles y divulgar la adopción de ciertos hábitos sencillos que pueden contribuir a reducirlos.

Como pautas generales de comportamiento para la prevención, el estudio *Accidentes en la población infantil española*, elaborado conjuntamente en 2014 por FUNDACIÓN MAPFRE y la Asociación Es-

pañola de Pediatría de atención primaria (AEPap), presenta un decálogo de medidas cuyo cumplimiento puede disminuir las cifras de accidentes infantiles. Son las siguientes:

- Los accidentes son una de las causas más frecuentes de muerte en niño, pero la mayoría son evitables, se podría haber hecho algo para que no ocurriesen. En caso de emergencia, llama al 112.
- En cada edad la forma de prevenirlos es diferente. No dejes nunca solo a un niño pequeño en casa. A los niños mayores hay que enseñarles a protegerse.
- En casa: protege las ventanas con rejas o cierres de seguridad y no pongas sillas ni muebles bajos delante. Pon barandillas en las escaleras. Protege los enchufes, estufas y braseros. Usa los fuegos de detrás de la cocina. No dejes solos a los niños en la bañera. Protege las esquinas de mesas y muebles.
- Con los objetos que les rodean también se accidentan. Pueden: caerse del cambiador, la trona o la sillita de paseo; atragantarse con partes pequeñas de juguetes o con un globo. Revisa sus juguetes y objetos con los que juegan.
- Los medicamentos y tóxicos: no los dejes nunca a su alcance. No les digas que los medicamentos son caramelos. No guardes productos de limpieza o tóxicos en envases de agua o refresco: pueden beberlos. Si el niño ha tomado algo, llama al teléfono de información toxicológica (91 5620420).
- En el coche: utiliza siempre sillita o sistema de retención homologado y adecuado a su peso y estatura, e instálalo de forma correcta, sin holguras entre el cinturón y el cuerpo del niño. En el

transporte escolar deben llevar siempre sistema de retención. Dale buen ejemplo poniéndote siempre el cinturón de seguridad.

- En otras casas y lugares adonde va con frecuencia (casa de los abuelos, de otros familiares, guardería y escuela): asegúrate de que en todos ellos el entorno es seguro.
- En los espacios de ocio (parque, polideportivo, plaza): columpios, juegos y porterías deben estar bien anclados y cumplir con las normas de seguridad. El suelo en los espacios para niños pequeños debe ser material blando.
- En bicicleta o andando: ponle el casco para montar en bici. Sé prudente y paciente y enséñale a cruzar la calle correctamente.
- En piscinas y playas: no pierdas de vista a los pequeños. Las piscinas privadas deben vallarse y mantener su puerta cerrada cuando no vigile un adulto.

En general, los padres suelen seguir este tipo de consejos. Según el mencionado estudio, el 90 por ciento de los 1.726 padres encuestados cumple más de tres medidas de protección y prevención con los menores: en el parque, dejan a los niños en zonas de juego adecuadas para su edad; guardan los medicamentos lejos de su alcance y ofrecen a sus hijos juguetes adecuados para su edad. Pero junto a ello conviven todavía algunos datos preocupantes: casi un 10 por ciento de los menores se quedan solos en casa en algún momento y el 18 por ciento de los padres no saben a qué número llamar en caso de emergencia. Por tanto, aún queda camino por recorrer para proteger a nuestros pequeños.



FUNDACIÓN MAPFRE distribuye material didáctico en centros educativos para difundir la cultura de la prevención entre los menores.

2.3 Accidentes de las personas mayores

Los mayores como colectivo vulnerable

EL ALTO COSTE SOCIAL DE LAS caídas en el hogar



Son 8,2 millones de personas en España, y creciendo. Los avances en medicina y salud hacen que nuestra sociedad tenga cada vez más mayores. Y es un colectivo de especial riesgo cuando se habla de accidentes domésticos. Las caídas en el hogar tienen importantes implicaciones sanitarias y económicas, según un estudio de FUNDACIÓN MAPFRE.

Cada año se producen en España casi 300.000 accidentes (la gran mayoría, el 83 por ciento, son caídas) entre nuestros mayores que requieren algún tipo de asistencia sanitaria, de los cuales cerca de un 30 por ciento son mayores de 65 años y un 50 por ciento son mayores de 50, según un estudio de FUNDACIÓN MAPFRE publicado en 2012. Son cifras elevadas que, además, tienen consecuencias graves para la salud, ya que más del 70 por ciento de esa cifra sufrieron daños como fracturas, heridas, esguinces, etc. y más de la mitad presentaron secuelas que mermaron su calidad de vida. Aunque también implican un elevado coste económico.

Latinstock

El hogar es el ámbito que mayor peligro ofrece para el mayor, ya que el 80 por ciento de las caídas se producen en este entorno. En buena parte esto se debe a que es allí donde los jubilados desarrollan su vida y pasan más tiempo. Por estas razones es especialmente importante el estado de los hogares de los mayores. ¿En qué estado se encuentran sus viviendas? A esta interrogante responde el estudio *La vivienda del mayor: condiciones y riesgos*, publicado en 2014 por FUNDACIÓN MAPFRE en colaboración con la Asociación Profesional Española de Terapeutas Profesionales (APETO), que recoge información de 1.250 hogares de mayores en España.

La mitad de nuestros mayores viven en casas construidas hace más de cuarenta años y la mayoría tiene ingresos que no les permiten afrontar reformas para adecuarlas a su edad. Además, aunque cerca del 50 por ciento de los hogares del informe están habitados por dos personas, hay un significativo 33 por ciento de mayores que viven solos. Los principales factores que inciden en los accidentes son el sexo y la edad: las mujeres son más propensas a sufrirlos y el porcentaje de riesgo aumenta conforme van cumpliendo años.

De acuerdo al estudio, las instalaciones básicas de la vivienda (electricidad, agua corriente y sanitaria, calefacción y telecomunicaciones) responden a las necesidades de sus habitantes, pero con matices: aunque el 93 por ciento de los hogares dispone de cuadro eléctrico, se observan deficiencias en enchufes, interruptores y cables; en tres de cada 10 viviendas es difícil acceder a la llave de paso del agua, y un 9 por ciento de los hogares sigue empleando carbón o

leña para la calefacción. Además, uno de cada cinco no tiene teléfono en el hogar.

Accesos, suelos, iluminación, pasillos y las estancias principales como dormitorio, cuarto de baño y cocina... la lista de elementos que pueden afectar a la seguridad de los mayores es amplia y abarca todo el espectro. Entrando al detalle, el estudio destaca que los accesos dejan que desear: una de cada tres casas tienen rampas y/o barandillas para el acceso a la misma, y los felpudos sueltos siguen teniendo presencia en el 51 por ciento de los hogares. Con los suelos ocurre algo similar: solo en la mitad de las viviendas visitadas el suelo es adecuado, sin irregularidades o elementos sueltos. La alta presencia de alfombras en el salón (47 por ciento) y el dormitorio (49 por ciento) no ayuda a evitar incidentes.

En los pasillos, apenas la mitad de las viviendas tiene una iluminación adecuada. Los porcentajes de cuartos de baño con elementos que contribuyen a una mayor seguridad del hogar se mueven en cifras similares: el 50 por ciento tiene suelos antideslizantes y/o agarraderos en la bañera o en el plato de ducha, aunque los hogares con elementos auxiliares que faciliten el uso del inodoro no llegan a uno de cada diez. Respecto a la cocina, en seis de cada 10 casas se usa vitrocerámica, un buen dato frente al 40 por ciento que continúa con la tradicional cocina de gas.

El estudio concluye que «el hogar del mayor no se adapta a la evolución de las características cognitivas y físicas del individuo cuando envejece», una afirmación apoyada en el hecho de que en casi seis de cada diez hogares ha ha-

bido algún tipo de accidente durante el último año (principalmente caídas). La necesidad de adecuar las viviendas a la edad y estado de sus habitantes es una de las principales conclusiones del estudio.

Impacto económico

Como se decía al principio, los accidentes de mayores en el hogar tienen una fuerte implicación para la salud de quienes las sufren, pero también para la sociedad por el elevado coste económico que tienen, que se calcula en unos 424 millones de euros al año, según el *Estudio de evaluación económica de la accidentalidad de las personas mayores en España*, publicado en 2012 por FUNDACIÓN MAPFRE.

Cada día se registran 820 accidentes de mayores que requieren algún tipo de intervención o atención hospitalaria. Se calcula que estos incidentes le cuestan al erario público unos 380 millones de euros en gasto directo (asistencia médica, quirúrgica, rehabilitación), a los que habría que sumar otros 44 indirectos para los familiares en forma de bajas laborales, cuidadores, ayudas ortopédicas, etc. De esta manera, cada accidente cuesta una media de 1.431 euros. El total de gasto supone un 0,5 por ciento del gasto sanitario español en un año.

Para entender el coste que genera un accidente, hay que tener en cuenta ciertas cifras en torno a él, detalla el estudio. Cada incidente requieren un promedio de 4,3 acciones sanitarias. El 71 por ciento de ellos tuvo consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc. y más de la mitad (56 por ciento) tuvo secuelas posteriormente al accidente. En más de la mitad de los casos se necesitó la ayuda de un familiar (incluyendo ausencias del trabajo, con un promedio de 4,8 días). Y en el 8 por ciento de los casos se contrató a un cuidador durante 40,1 días de promedio.

Los mayores sufren 300.000 accidentes anuales que precisan asistencia sanitaria, lo que genera un gasto de más de 420 millones de euros

Un 30 por ciento de los mayores de 65 años y un 50 por ciento de los mayores de 80 se caen al menos una vez al año

Más estadística que ayuda a comprender mejor el gasto sanitario. En el 78 por ciento de los accidentes se realizaron pruebas diagnósticas tales como radiografías, analíticas, incluso técnicas de diagnóstico por imagen como RMN, TAC, etc. Casi el 70 por ciento de los accidentes requirió ser asistido en los servicios de urgencias 1,3 veces de media, y el 26 por ciento quedó ingresado en el hospital un promedio de 12 días. El 62 por ciento tuvo tratamientos farmacológicos durante 17,2 días y el 45 por ciento acudió a su médico del ambulatorio o centro de salud una media de 1,8 veces. Por último, hay que destacar que el 20 por ciento tuvo que ser operado 1,4 veces.

A partir de estos datos se puede calcular el coste de un accidente, y de ahí se llega a la cifra de 423,8 millones. Mención especial merecen, dentro de la casuística general, las rupturas de cadera. Este apartado es el que más recursos consume cuando se valoran los accidentes en jubilados. Según el informe, en España se producen 22.200 fracturas de cadera al año en mayores de 65 años, que le cuestan al erario público 149,9 millones de euros, más de un tercio del total del gasto derivado de los accidentes de mayores. Casi la totalidad del presupuesto se completa con las fracturas de fémur (66 millones de euros), tibia y peroné (47 millones) y brazos y hombros (34 millones), una circunstancia que se deriva de su alta prevalencia y el coste que tienen, ya que requieren de todo el arco de servicios sanitarios (ingreso en urgencias, prue-

Consejos para evitar accidentes

Con Mayor Cuidado es una campaña de FUNDACIÓN MAPFRE destinada a prevenir los accidentes de los mayores de 65 años con el fin de mantener su independencia y autonomía personal. Uno de los materiales de la campaña son las guías de prevención, que proporcionan consejos para evitar accidentes, generalmente caídas, y saber reaccionar cuando se producen. Para evitar accidentes en el hogar, la guía propone consejos sencillos en función de la estancia de la vivienda.

Iluminación. Luz amplia e indirecta, luz piloto durante la noche en pasillos y puertas.

Instalaciones. Interruptores a una altura que facilite su uso, prescindir de enchufes múltiples y cables por el suelo.

Mobiliario. Apoyabrazos y respaldo en sillas y sillones, distribuir los muebles para moverse con facilidad.

Suelos. Deben estar secos y despejados de objetos que pueden provocar tropiezos (cables, tientos, adornos...), no caminar descalzo o solo con calcetines o medias, evitar los suelos resbaladizos o irregulares, no deben estar excesivamente pulidos o encerados, retirar las alfombras o fijarlas al suelo.

Cuarto de baño. Usar el plato de ducha en vez de la bañera, colocar agarraderas para el inodoro y la bañera y material antideslizante en la bañera.

Cocina. Mobiliario situado a una altura cómoda, suelo antideslizante, colocar detectores de humo y gas.

Dormitorio. No levantarse bruscamente de la cama, el espacio de acceso a la cama debe ser amplio para evitar caídas, fijar la mesilla de noche, evitar las alfombras, instalar una lámpara con luz tenue para la noche.



bas diagnósticas, especialistas, intervención quirúrgica, etc.).

Por prevalencia, la consecuencia más común de los accidentes entre las personas mayores son las heridas (un 10 por ciento de los incidentes), pero su coste es menor por la asistencia que requieren, alcanzando los 10 millones de euros al año.

Debido a todos estos datos, los expertos inciden habitualmente en fomentar la prevención como método más eficaz para, por un lado, mejorar la vida de los mayores y, por otro, reducir el gasto sanitario que conllevan estos accidentes. Una caída del 10 por ciento en el número de incidentes supondría un ahorro de 42 millones de euros al año. ♦

2.4 Prevención

La formación a una temprana edad ayuda a la incorporación de hábitos seguros

LA educación, CLAVE PARA REDUCIR EL RIESGO EN EL HOGAR



«Lo mejor es no subirse a los sitios». Medio en broma medio en serio responde Fernando Rodríguez Artalejo, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid, cuando se le pregunta por las políticas de prevención de accidentes domésticos.

Este tipo de siniestros apenas tiene eco en la sociedad, pese a que son los más numerosos y superan en incidencia a los más mediáticos como laborales o viales. Pero en 2011 ocurrieron 2,5 millones de accidentes en España, según datos del Instituto de Consumo del Ministerio de Sanidad, y casi un tercio de ellos sucedió en domicilios particulares.

Y las consecuencias que tienen estos accidentes van más allá de la posible lesión que provoquen. Afectan a los costes sanitarios (públicos o privados), saturan el Sistema Nacional de Salud, repercuten en pérdida de jornadas laborales y/o escolares, dejan secuelas en los damnificados e inciden en la percepción de la seguridad de los productos utilizados que han dado lugar a accidentes, según pone de manifiesto el informe DADO del Ministerio de Sanidad.

Latinstock

«La clave de esto es que hay muy poca conciencia en la población sobre estos accidentes y lo fácil que sería prevenirlos», explica. Detrás del comentario del catedrático aparece el hecho de que no existe un plan nacional para la prevención de los accidentes. El Ministerio de Sanidad recoge datos bastante pormenorizados en el informe DADO e incluso existe alguna mención concreta al «desarrollo de un plan de prevención de accidentes domésticos que incluya acciones para incrementar la seguridad de los productos por parte del Instituto Nacional de Consumo y con las comunidades autónomas».

«No tengo claro que debería haberlo», reflexiona Rodríguez Artalejo. «No sería mi prioridad en el Ministerio». Pero alguna mención al tema existe. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública incluye dentro de la prevención de los problemas de salud la prevención de lesiones y discapacidades, y cita que es «obligación de las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, el fomentar la prevención y el desarrollo de programas de prevención dirigidos a todas las etapas de la vida, con especial énfasis en la infancia y la vejez».

En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para 2011 incluye el objetivo de prevenir los accidentes domésticos y de tráfico, y des-

El Ministerio de Sanidad calcula que hasta un 90 por ciento de los accidentes que se producen en el ámbito doméstico son evitables

taca que la importancia de los primeros radica tanto en «su frecuencia como en la especial relevancia que adquieren en ciertos grupos de población, tales como los niños, los mayores (especialmente por encima de 75 años) y las mujeres». El ministerio señala como una de las características más relevantes de los accidentes domésticos su potencial prevención. Se calcula que hasta un 90 por ciento de los accidentes domésticos son evitables.

Es por esto que al final las políticas para la prevención de accidentes se basan en gran medida en la educación y en las recomendaciones específicas para evitar sorpresas. Un ejemplo general de estas buenas prácticas pasa por instalar detectores de humo o evitar el subirse a superficies inestables. En este sentido, administraciones y sociedades preocupadas por la prevención, como la Sociedad Española de Medicina Comunitaria (SEMFYC), sí tienen muy claro que hay dos colectivos especialmente expuestos a los accidentes, mayores y niños, y a ellos deben dirigirse fundamentalmente las recomendaciones y medidas preventivas.

Especial mención requieren en este sentido las caídas de los mayores. Para ellos existen consejos específicos tanto en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como en las de asociaciones de geriatría o terapia ocupacional. Entre ellos, evitar las alfombras en casa, tener suelos no deslizantes, barandillas en los pasillos, colocar los objetos en la cocina en estantes y armarios a baja altura, instalar asideros en el baño, etc.

En el mismo sentido, para salvaguardar la integridad de los niños se recomienda, entre otras medidas, desaconsejar la utilización de andadores infantiles, instalar rejas en ventanas y balcones de determinadas características para prevenir el riesgo de caídas accidentales, mantener fuera de su alcance medicamentos, productos de limpieza o tóxicos, limitar la temperatura del agua caliente de los grifos a un máximo de 50° C o promover la instalación de dispositivos de seguridad para evitar el encendido de cocinas.

Pese a las recomendaciones y medidas de protección, el ministerio advierte: la prevención es un verbo que deben conjugar todos. «Tanto la vigilancia como la prevención por todos los implicados –familiares, educadores, profesionales de la seguridad, médicos, poderes públicos, medios de comunicación, etc.– son un requisito básico, y cada uno de ellos debe trabajar según sus responsabilidades y realizar las acciones necesarias para prevenirlos». ♦

Accidentes en España en 2011: Número de casos y % sobre la población

Edad	% de accidentes	Est. individuos accidentados	Población por intervalos*	% sobre la población	% de incidencias
Menos de 1 año	0,2	5.153	460.270	0,98	0,01
De 1 a 4 años	5,5	141.713	2.010.290	4,26	0,3
De 5 a 14 años	12,1	311.769	4.543.618	9,63	0,66
De 15 a 24 años	12,6	324.652	4.879.161	10,34	0,69
De 25 a 44 años	28,5	734.331	15.282.917	32,39	1,56
De 45 a 65 años	21,4	551.393	12.402.198	26,28	1,17
Más de 65 años	19,7	507.590	7.612.039	16,13	1,08
TOTAL	100	2.576.601	47.190.493	100	5,46

*Población total cuantificada en el Padrón municipal 2011 (INE2011). Fuente informe DADO 2011.

2.5 Entrevista

CARLOS ARNÁIZ RONDA. Subdirector general de Coordinación y Calidad del Consumo y Cooperación Institucional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



«Los accidentes en tiempo de ocio tienden a estabilizarse»

El último informe DADO, con datos del año 2011, desvela que 1.770.545 españoles se vieron implicados en un accidente doméstico. Esto significa que cuatro individuos de cada 100 tuvieron un percance de este tipo. Las principales causas: el descuido y la casualidad. Carlos Arnáiz Ronda, subdirector general de Coordinación y Calidad del Consumo y Cooperación Institucional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, señala que «hay una cierta tendencia a la estabilidad en el número global de los accidentes en tiempo de ocio». La mayoría de los entrevistados para el informe DADO, un 58 por ciento, admitió que había extraído alguna enseñanza como consecuencia de su accidente. La mayor parte de las lesiones se produce por caídas. Después, por choque con objetos.

—¿Qué objetivos generales tiene el informe DADO?

Pretende conocer la accidentabilidad en el ámbito doméstico y de ocio. Ver si hay categorías de productos que suponen riesgos para los consumidores. Y poder aplicar políticas de prevención que permitan o bien modificar las normas técnicas para la producción de los bienes que puedan ser de riesgo en el caso de que se detecte, o bien poder diseñar políticas públicas para que todas las personas adoptemos algunas medidas o seamos conscientes de los riesgos que pueden darse en nuestra actividad cotidiana.

—¿Cuáles son las principales conclusiones que se obtienen de este estudio?

El conocimiento de cuándo son los momentos de mayor accidentabilidad, de cuáles son los tipos de lesiones que se producen, de cuáles son las repercusiones que tiene para el sistema de salud y de cuáles son las líneas en las que se podría incidir en prevención.

—¿En qué líneas de prevención se puede incidir?

—¿En qué líneas de prevención se puede incidir?

En la percepción y en la educación de las personas en el riesgo. Es una de las cuestiones. Hay que incidir en la necesidad de atención en las actividades cotidianas y en evitar situaciones que puedan poner en riesgo su integridad física.

—¿Qué evolución tienen en España los accidentes domésticos o relacionados con el ocio?

Hay una cierta tendencia a la estabilidad en el número global de los accidentes en tiempo de ocio. Es algo que nos debe preocupar. Lo que tenemos que buscar es una incidencia o acción hacia la disminución de ese tipo de accidentes.

—¿La crisis económica podría haber repercutido en menos accidentes?

—¿La crisis económica podría haber repercutido en menos accidentes?

No hemos notado que haya pasado eso. Lo que sí hemos percibido es una distribución horaria diferente en el momento de producirse los accidentes. Consideramos que es porque por la crisis hay más gente en el domicilio por la mañana que antes.

—Antes eran más por la tarde y ahora por la mañana, ¿no?

Efectivamente. Esa es una de las cuestiones que podría, y hay que ponerlo con reservas, estar relacionada con mayor

permanencia en el hogar o mayor prevalencia de tiempo no ocupado laboralmente en las personas. Por eso, se podría haber dado esa inversión en la hora en la que se producen los accidentes.

—¿Podemos decir que estos accidentes son un problema de salud pública?

Si no de salud pública exactamente, sí son un problema de incidencia en la salud pública. Tienen una repercusión importante en la salud pública, porque generan demanda de atención médica y hospitalaria.

—¿Cuáles son las lesiones más frecuentes?

Las contusiones. Las extremidades son donde se dan la mayor parte de las lesiones. En la mayoría de los accidentes, el producto implicado es el suelo o las superficies. Esto está directamente relacionado con las caídas por los accidentes. Y luego el cuchillo de cocina, por las actividades domésticas.

—¿Resultan más afectados los hombres que las mujeres?

En términos globales, sí. Las mujeres se ven más afectadas sobre todo en los segmentos de mayor edad. A partir de los 55 años es mayor el número de mujeres, pero en los tramos inferiores es mayor la accidentabilidad de los hombres.

—¿Los hombres se hacen más sedentarios con la edad?

Una de las posibilidades puede ser esa. Desde luego, por el tipo de accidentes o

«Con la crisis económica hemos percibido una distribución horaria diferente en el momento de producirse los accidentes»



«Los accidentes domésticos tienen una repercusión importante en la salud pública porque generan demanda de atención médica y hospitalaria»

el lugar donde se producen, según envejecen, hay menor relación de actividades de mantenimiento del hogar.

—¿Cómo se pueden prevenir los accidentes domésticos?

La prevención va en una doble línea. Una, eliminar productos que puedan ser inseguros. Ese ha sido en gran parte el origen del informe DADO: conocer si había en los accidentes domésticos productos implicados, qué tipo de productos y el poder actuar para eliminar el riesgo en esas categorías de productos. La otra parte, la sensibilización sobre la

existencia de un riesgo en situaciones de vida cotidiana.

—¿Cuáles son los productos que más se han eliminado por su carácter peligroso?

Todas las alertas de productos peligrosos se publican en la página web de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (www.aecosan.msssi.gob.es). Se han eliminado fundamentalmente juguetes y productos infantiles. En segundo lugar, productos eléctricos. Notificamos todos los años alrededor de 3.000 productos peligrosos. ♦

3.1 Deportes de equipo

Las actividades deportivas o de ocio, una importante fuente de lesiones

600.000 ACCIDENTES AL AÑO

Una de cada 77 personas en España tuvo un accidente mientras realizaba deporte o alguna actividad relacionada con el ocio en 2011. La práctica deportiva parece ir en aumento en nuestro entorno, y es deseable por sus beneficios para la prevención de enfermedades no transmisibles. Pero hay que contemplar la seguridad en estas prácticas, para evitar accidentes que pueden comprender desde lesiones leves, hasta las consecuencias más graves.

En 2011 se registraron en España casi 600.000 accidentes deportivos o relacionados con alguna actividad de ocio, según el informe *Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio* (DADO), elaborado por el Instituto Nacional de Consumo. En el caso del deporte, los reyes de los incidentes son los juegos de equipo con pelota (concentran casi la mitad de los accidentes deportivos registrados, un 46,9 por ciento), los deportes de ruedas sin motor (un 15,9 por ciento del total), el atletismo y la gimnasia (aproximadamente un 9 por ciento en cada caso).

Los accidentes registrados durante el tiempo de ocio son más imprevisibles por variados si se atiende al lugar en el que ocurrieron. En el campo o la montaña sucede uno de cada dos accidentes en áreas al aire libre, aunque solo un 3 por ciento de todos los accidentes. Los jardines públicos son el espacio recreativo en el que más incidentes se registran, un 2,7 por ciento del total.

Uno de cada cuatro accidentes registrados en España en 2011 sucedió durante una actividad deportiva o de ocio. En términos absolutos, y siempre según la estadística de Sanidad, esto se traduce en 1.643 accidentes al día. Es, tras el hogar, el ámbito con más lesiones.

Las actividades deportivas tienen una gran importancia dentro de la sociedad actual. Según la *Encuesta de hábitos deportivos en España*, de 2010, casi 16 millones de personas de entre 15 y 75 años realizan algún deporte, lo cual supone un 43 por ciento de la población total en esa franja de edad. Además, dicho porcentaje de práctica sigue una evolución creciente hasta tal punto que desde 1980 hasta 2010 se ha producido un aumento de 20 puntos porcentuales en la práctica deportiva entre personas comprendidas entre los 15 y los 65 años. Si se mira desde este punto de vista, solo uno de cada 26,6 deportistas sufre una lesión al año.

Dentro de ese aumento se observa que el 74 por ciento de los que practican de-

porte lo hacen a modo de ocio sin preocuparse por competir, un 12 por ciento compite entre amigos también con un carácter puramente lucrativo, otro 10 por ciento participa en ligas locales/provinciales y el 3 por ciento restante lo hace en ligas nacionales, según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de 2010.

Cuando se desmenuza la estadística, algunos datos pueden llamar la atención. Por ejemplo, que se registran más accidentes durante el tiempo libre y jugando que haciendo deporte, pero la actividad física provoca, comparativamente, más lesiones. En cifras: el ocio registra uno de cada cinco accidentes pero solo una de cada 7,6 lesiones. El deporte está más equilibrado: afecta y lesiona casi por igual (rondando el 10 por ciento en ambas categorías).

Estadísticamente, el deporte cumple el tópico y afecta más a los hombres que a las mujeres. Tres de cada cuatro accidentados en 2011 eran varones. En los

momentos de ocio las cifras se nivelan, aunque no llegan a la igualdad. El 56 por ciento de los incidentes les ocurren a los hombres frente al 43,7 por ciento que sufren las mujeres.

Deportes de equipo

Los accidentes deportivos han registrado una caída notable en los últimos 12 años, al menos porcentualmente, si se atiende al informe DADO 2011. En 1999 suponían el 16,7 por ciento de los accidentes registrados, y en 2011 ya habían caído al 11,5 por ciento.

Lo que se mantiene invariable es que el fútbol es el deporte rey, y no solo en televisión. Más de uno de cada tres accidentes deportivos ocurrió practican-

do este deporte (un 38,1 por ciento), situando a la categoría de deportes en equipo con pelota en un destacado primer lugar en lesiones. Tanto es así que el segundo deporte específico en el que es más común hacerse daño es el ciclismo, con un 12 por ciento de los accidentes deportivos, y el tercero es correr (8,5 por

Los hombres sufren más lesiones que las mujeres en el deporte: en 2011, el 56 por ciento de los accidentes eran protagonizados por varones, frente al 43,7 por ciento de mujeres

ciento), un deporte al alza y que empieza a generar lesiones a aquellos amateurs que van más allá y dan el paso a la competición, como recoge el estudio *Prevención de lesiones en el deporte: carrera*, de FUNDACIÓN MAPFRE y el Laboratorio de Biomecánica de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM).

En un hipotético *top cinco* entrarían también el baloncesto (7 por ciento de los incidentes) y la gimnasia sin aparatos y los deportes de natación, con un 3,5 por ciento ambos. El resto de disciplinas, individualmente, son prácticamente irrelevantes y no alcanzan el 1 por ciento de los accidentes, excepto la gimnasia con aparatos, el balonmano, las artes marciales, el patinaje sobre ruedas y el esquí.



Latinstock

Evolución de los accidentes deportivos según tipo de deporte (%)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2007	2011
Total de accidentes deportivos	16,7	11,2	12,1	12,8	19,6	12,5	12,6	11,5
Atletismo	6,7	5,4	4,5	4,5	7,1	8,4	5,7	9,3
Gimnasia	7,9	8,6	10,1	10,5	8,7	9,2	9,6	9,1
Deportes con raqueta o palo	3,4	3,4	6,9	6,2	7,6	8,1	4,3	3,8
Deportes de equipo con pelota	60,3	64,5	62	61,6	60,2	50,1	48,4	46,9
Deportes de combate	2,4	3	2,4	3,5	3,4	1,6	2,2	1,5
Deportes de ruedas sin motor	4,6	3,6	3,6	2,1	0,8	9,3	13,5	15,9
Deportes con vehículo motorizado	5,1	0	0,3	0,4	0,1	0,3	1	0,1
Deportes con animales	0,6	0,7	0,3	0,9	0,7	0,5	1,1	0,7
Deportes de invierno	4,5	4,3	4,3	4,8	5,2	4,1	7,5	2,2
Deportes acuáticos	2,1	3,8	3,6	3,6	4,7	3,9	4,2	4,6
Deportes con pelotas sólidas	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,9
Deportes aéreos	0	0	0,2	0	0	0,2	0,1	0
Deportes con armas	0	0,2	0,1	0	0,3	0,1	0,1	0,1
Escalada	1,9	0,9	1,3	1	0,4	0,9	0,4	1,2
Deportes de baile	0,5	0,7	0,5	0,4	0,4	0,2	0,4	0,2

Fuente: Informe DADO 1999-2011.



Los deportes de equipo con pelota provocan la mitad de los accidentes deportivos en España

Entrando al detalle de las cifras de accidentes, el informe DADO pone de manifiesto que «el porcentaje de siniestros de carácter deportivo se concentra en

caídas (12 por ciento), golpes (20,3 por ciento) y en mayor medida en el agotamiento del cuerpo humano (26,1 por ciento)», y establece una relación en-

tre el tipo de lesión sufrida y el deporte practicado. Así, las caídas se concentran en mayor proporción en los deportes de equipo con pelota, deportes sobre ruedas sin motor y en atletismo. Los golpes son muy característicos de los deportes de equipo con pelota, especialmente fútbol, balonmano y baloncesto, mientras que los cortes y el agotamiento están más presentes en la práctica de atletismo, gimnasia y, de nuevo, en deportes de equipo con pelota. Por espacios y en consonancia con los deportes más peligrosos, la mitad de los accidentes suceden en campos deportivos exteriores. Gimnasios (uno de cada seis accidentes) y piscinas y baños (uno de cada diez) son los siguientes en la lista. ♦

3.2 Deportes acuáticos

Actuaciones para reducir la siniestralidad en el agua

Los ahogamientos SON LA CAUSA DE MUERTE MÁS COMÚN

El medio acuático y su entorno es uno de los preferidos para desarrollar actividades recreativas y de ocio y donde es más posible sufrir un accidente.

Las estadísticas del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo indican que en 2011 fallecieron 473 personas (373 hombres y 100 mujeres) a consecuencia de una lesión grave ocurrida en un entorno acuático. La causa mayoritaria (461 de los 473 fallecidos) fueron los ahogamientos accidentales, y la franja de edad con más muertos es la de 50 a 69 años, con 112 varones y 20 mujeres. Por grupos de edad, los niños más pequeños sufren los accidentes con mayor frecuencia en piscinas, mientras que en los adultos es más habitual que sucedan en aguas abiertas durante el baño, la pesca o la práctica de algún deporte náutico. En el caso de las personas de edad avanzada es también la playa el lugar donde ocurren la mayoría de los casos.

Además, la estadística indica que los accidentes –sin entrar a valorar su gravedad– están creciendo en España. Según las cifras de Sanidad, los accidentes ocurridos en el mar, lago o río, dentro del agua, han pasado de suponer un 0,5 por ciento del total de accidentes registrados en 1999 a casi triplicar la cifra en 2011: 1,3 por ciento. A este dato habría que añadir otro 1,2 por ciento de incidentes que suceden en la playa.



Los accidentes en el mar, lagos o ríos se han triplicado en España entre 1999 y 2011

Latinstock

Si se atiende a la especificidad de los deportes acuáticos, el ascenso es más pronunciado. Estos siniestros han pasado de suponer el 2,1 por ciento de los accidentes deportivos totales en 1999 al 4,6 por ciento de los aproximadamente 600.000 percances registrados en 2011. Esto supone que en ese año ocurrieron 27.600 incidentes en el agua. En este apartado la natación supone más de tres de cada cuatro percances. El resto de actividades (subacuáticas, remo, navegación, *surfing*, etc.) son residuales en cuanto a la incidencia de accidentes.

Evitar este tipo de incidentes «es muy sencillo y barato», según el estudio *Primeros auxilios y socorro acuático* (2008) de los doctores José Palacios, de la Facultad de Ciencias del Deporte y la Educación Física de la Universidad de A Coruña, y Roberto Barcala, de la Universidad de Vigo. Para ello basta con centrarse en la prevención, esa gran ignorada

La prevención, el mejor remedio

La prevención en estos entornos se basa en cuatro patas, según este informe: educación, iniciativa pública, iniciativa privada y servicios de socorrismo. La educación pasa por «incluir el concepto de prevención como contenido educativo en centros de enseñanza, laborales, escuelas deportivas y por supuesto en los centros que imparten programas de actividades acuáticas». La idea es impartir contenidos, datos y consejos sobre «qué hacer» ante los accidentes y, sobre todo, «qué no hacer» para evitarlos.

La iniciativa privada también puede colaborar. Las banderas azules, que garantizan que en una determinada playa se cumplen ciertas condiciones de calidad del agua, seguridad, prestación de servicios y de ordenación del medio ambiente y que concede cada año la Fundación Europea de Educación Ambiental, son un buen ejemplo de ello.

El asunto público se circunscribe a las campañas informativas y a la normativa. Las leyes inciden en la seguridad en los entornos acuáticos, por ejemplo prohibiendo la navegación deportiva y de recreo en las zonas de baño de las playas o estableciendo las profundidades máximas en piscinas públicas, así como la obligatoriedad de colocar barreras de protección para evitar el acceso descontrolado de menores, amén de otras normas.

Deficiencias en la normativa

Un informe del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad sobre la legislación vigente para la prevención de accidentes observa algunas deficiencias en la normativa y propone diversas soluciones. Los aspectos a mejorar en el entramado legal pasan por «armonizar

la legislación autonómica e incrementar las medidas de seguridad en las piscinas, regular la edad mínima para la práctica del deporte y actividades acuáticas, incluir dentro de los programas educativos las clases de natación y aplicar los límites máximos de alcohol permitidos para la conducción de vehículos a los conductores y usuarios de embarcaciones de recreo y motos náuticas», entre otras.

Pero buena parte de la labor preventiva se basa en las campañas informativas. El Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad realiza una cada año coincidiendo con el periodo estival y edita la guía *Disfruta del agua y evita los riesgos*, destinada a las familias. En la campaña de 2013, la Administración hizo un «llamamiento especial a





Latinstock

los ciudadanos para que eviten zambullirse desde gran altura, balcones o puentes, ya que es causa de traumatismos craneoencefálicos, lesiones medulares e incluso muerte».

Las recomendaciones siempre van más allá de la legislación y por eso son más eficaces si se tienen en cuenta. Pero, a la hora de diseñar un plan, también hay que tener en cuenta que normalmente es más útil y fácil implementar las medidas que no dependen del usuario, aunque no siempre sea posible.

Las recomendaciones siempre van más allá de la legislación y por eso son más eficaces si se tienen en cuenta

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad insta a elegir lugares seguros para bañarse y vigilados por socorristas, vigilar a los menores en todo momento, utilizar un chaleco salvavidas para bañarse o practicar un deporte acuático si no se sabe nadar demasiado bien, respetar el significado de las banderas en las playas, no consumir alcohol y la clásica espera de dos horas antes de bañarse después de haber comido.

Actividades subacuáticas

Pero no todo es nadar y tirarse de cabeza, uno de los grandes riesgos de las actividades acuáticas y que más lesiones produce. Buena parte de la actividad en el entorno acuático se desarrolla bajo el agua. Este ejercicio, por lo delicado de su práctica y el entorno en el que se realiza, está muy regulado en España. Leyes, reales decretos, órdenes ministeriales y resoluciones dibujan un panorama legislativo de amplio desarrollo. Sin embargo, el espíritu de estas normas se puede resumir en las diez reglas de oro que establece la Confederación Mundial de Actividades Subacuáticas (CMAS) bajo la idea de «ser una sombra, no dejar ningún rastro y ser una parte sensible del mundo submarino, no un ser extraño».

Las diez normas son: nunca entrar en el agua a través de juncos, corales o plantas de agua viva; controlar la flotabilidad propia; mantener la distancia con los corales y otros animales y no agitar el sedimento; elegir con cuidado el lugar en el que se echa el ancla durante las inmersiones en barco; no perseguir, tocar o alimentar a los animales silvestres; no cazar con arpón por diversión y no comprar o recoger recuerdos como corales y conchas; ser cuidadoso con el buceo en cuevas; tener en cuenta que las burbujas o cualquier simple contacto puede destruir la vida delicada; mantener los lugares de buceo limpio; aprender acerca de la vida bajo el agua y evitar la

destrucción; y, por último, animar a los compañeros a seguir estas reglas.

Si se analiza el marco normativo en este campo, hay que remontarse al Decreto 2055/1969, por el que se regula el ejercicio de actividades subacuáticas, que reconoce en su primera línea «el auge registrado por las actividades subacuáticas», regula el ejercicio, define y clasifica los tipos de buceo y lugares y requisitos para su práctica –como tener un título–. También establece algunas prohibiciones, como la pesca con ciertas técnicas o el uso de explosivos.

A partir de aquí se ha ido desarrollando la normativa más específica. La Orden de la Presidencia del Gobierno de 25 de abril de 1973 es la consecuencia lógica del decreto anterior, y por ella se aprueba el reglamento para el ejercicio de actividades subacuáticas en las aguas marítimas e interiores. La Orden Ministerial de 14 de octubre de 1997 se ocupa de que la actividad subacuática se realice de forma segura. La norma menciona la importancia de las empresas de buceo profesional, la necesidad de asegurar que el submarinista tenga los títulos y la condición para realizar la actividad, que los equipos cumplan la ley y regula las características de la inmersión (duración, profundidad) en función del tipo de buceo que se realice.

La Orden 778, de 17 de marzo de 1999, cubre el otro elemento que requiere protección en el ejercicio de las actividades subacuáticas, el medio ambiente, por la vía de prohibir las inmersiones en ciertas zonas de especial sensibilidad. Por último, el Real Decreto 347/2011 regula la pesca marítima de recreo en aguas exteriores, una modalidad que «ha experimentado en los últimos años un notable aumento», según admite el entonces Ministerio de Medio Ambiente. La norma establece el marco en el que se puede realizar esta actividad (qué, quién y cómo se puede pescar, etc.). ♦

3.3 Prevención

Iniciativas para limitar los accidentes en el deporte y en el ocio

COMPETIR EN DEPORTE ES TAMBIÉN prevenir

¿Existe un programa nacional organizado para prevenir los accidentes en el deporte y en el ocio? «No y, por supuesto, debería existir», se adelanta a la siguiente pregunta José Luis Martínez Romero, director de la cátedra de Traumatología del Deporte en la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). No obstante, la respuesta admite matices, ya que en los últimos años han proliferado iniciativas desde distintos ámbitos destinadas a dar a conocer las ventajas de la prevención en el deporte.

Casi 600.000 personas sufrieron accidentes deportivos o relacionados con el ocio en España en el año 2011, de acuerdo al informe *Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio* (DADO) del Instituto Nacional de Consumo. Esto significa que una de cada 77 personas sufre un incidente de esta categoría al año. ¿Debería existir una estrategia nacional para limitar estas cifras?

La respuesta admite matices. Primero, diferenciar entre accidentes deportivos y de ocio. Aunque a nivel estadístico es complicado obtener datos desgranados, a la hora de prevenir los planteamientos son diferentes.

Pero «que no exista una estrategia no significa que no se esté haciendo nada», apunta Martínez Romero. «Hay muy poca concienciación sobre el tema y muchas personas que hacen deporte no invierten tiempo en la prevención porque lo que hacen es

directamente desarrollar la actividad física sin dedicar un tiempo antes y después de dicha actividad a hacer estiramientos y calentamiento adecuado», el método más eficaz para prevenir lesiones deportivas, argumenta. «Tampoco cuidan mucho las medidas higiénico-alimentarias y de hidratación adecuadas», añade.

El problema puede ser que la prevención empieza por uno mismo –tener una condición física de base adecuada al ejercicio que se va a realizar o los referidos calentamientos y estiramientos para preparar los músculos para la actividad–, y esto al deportista *amateur* no se lo explica nadie. «Debería existir una planificación de forma que estos conceptos llegaran a nuestros jóvenes deportistas en su más tierna infancia, ya que si conseguimos que estos conceptos formen parte de su formación básica luego serán rutinas que llevarán a efecto durante toda su vida», valora.

Según Martínez Romero, existen grupos de trabajo en atención primaria y médicos de medicina familiar que están haciendo trabajos a nivel escolar y también en las consultas de forma que la actividad física puede ser introducida como una ayuda para mejorar la salud e incluso para controlar y mejorar enfermedades crónicas como la diabetes, los problemas cardíacos, las alteraciones posturales ortopédicas de la columna, etc., hecho que incluso favorece un menor uso de medicamentos.

Mientras se generaliza la educación se desarrollan algunas iniciativas privadas a las que aludía Martínez Romero. Ejemplos de ellos son las sociedades Setrade (de traumatología en el deporte) o Femde (de medicina en el deporte), que «plantan entre sus miembros este tema» y comparten conocimientos en sus congresos.

En la misma línea, algunas federaciones deportivas disponen de programas que implementan entre sus federados. Un buen ejemplo de esta práctica es el programa de prevención 11+ para jugadores aficionados creado por la Federación Internacional de Fútbol Asociado (FIFA) y que en España ha abrazado su homóloga nacional, la Real Federación Española de Fútbol (RFEF). El 11+ ha demostrado que, aplicado eficazmente, puede reducir un 30 por ciento las lesiones más comunes y un 50 por ciento las graves. Y no es un programa complicado o caro.



Latinstock

De 20 minutos de duración, el programa consiste en unos determinados ejercicios de carrera, centrados en la fuerza del tronco y las piernas, el equilibrio y la pliometría/agilidad, cada uno con tres niveles de dificultad creciente. La FIFA recomienda que se practiquen como calentamiento habitual al comienzo de cada sesión de entrenamiento, al menos dos veces por semana. Antes de los partidos solo deberían practicarse los ejercicios de carrera. «Un punto fundamental del programa es el uso de la técnica adecuada durante todos los ejercicios. Hay que prestar mucha atención a la posición correcta y a un buen control corporal, incluida la alineación recta de la pierna, la posición de las rodillas por delante de las puntas de los pies y los aterrizajes suaves», según informa la web de la RFEF.

El enfoque médico

A nivel médico, la prevención se trabaja desde un triple frente, a través de los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

El calentamiento y los estiramientos previos a la actividad deportiva son medidas de gran eficacia para evitar lesiones, según los expertos

La prevención primaria es aquella que trata de evitar la aparición por primera vez de una lesión, algo básico en el deporte. Se debe realizar desde que el deportista comienza su aprendizaje, primero haciéndole un test de valoración y orientación deportiva, de forma que cada persona practique el deporte que mejor se adapta a sus características físicas. También se tienen en cuenta en esta fase los factores ambientales en que se practica el deporte para adaptarse a ellos (humedad, frío, calor) y los factores materiales con el mismo fin. El doctor Martínez Romero recomienda dedicar «entre un 10 por ciento y un 20 por ciento del tiempo de entrenamiento a técnicas de prevención que serán distintas en función del deporte y de las características del deportista».

La prevención secundaria pretende evitar que una lesión se repita en el tiempo. «Aquí aparece el concepto de diagnóstico adecuado, tratamiento correcto y procurar lo que en Traumatología del Deporte es fundamental y es que se consiga la curación funcional al mismo tiempo que la biológica», explica. Cuando se producen estos casos «se deben valorar los factores predisponentes y desencadenantes de la lesión para tomar las medidas correctoras adecuadas para evitar su repetición».

La prevención terciaria es ya más especializada, pero se realiza simultáneamente con la primaria y consiste en valorar en los jóvenes deportistas o en aquellos que se inician en la actividad deportiva tardíamente las zonas anatómicas de máximo estrés físico para adecuar el entrenamiento y, sobre todo, impedir que los deportistas que quieren iniciarse en una actividad deportiva no lo hagan si tienen algún problema constitucional que con el tiempo les pueda provocar lesiones que luego pueden ser de muy difícil resolución. ♦

3.4 Medio natural

Cómo practicar los deportes de montaña con seguridad

EL montañismo EXIGE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

La «democratización de la montaña», a la que se refieren los pocos investigadores que estudian el asunto en España, es ya una realidad. Cada vez es más frecuente, en todas las edades, la práctica de montañismo, alpinismo, senderismo, escalada o salir al campo a secas. Y esta nueva realidad está reconfigurando el panorama de la accidentalidad en el medio natural.

Esos según Sergio Villota, experto en seguridad en montaña y autor de *Percepción de los riesgos y las causas de los accidentes en el medio natural*, un estudio sobre accidentalidad en el medio natural. Si alguien se hace un corte o torcedura dando un paseo y regresa a su domicilio, este hecho nunca quedará registrado. Pero lo que sí se conoce es que el aumento de senderistas y montañistas configura actualmente una estadística de accidentalidad en la que se registra un mayor número de incidentes, aunque con una menor gravedad. «La crisis ha ayudado a que el medio natural esté de moda», explica Villota, aunque la tendencia es anterior y en los últimos años las cifras están algo estancadas. «Las actividades son muy baratas, han mejorado mucho los materiales y sus precios, y se ha notado mucho».

La encuesta sobre hábitos deportivos del Consejo Superior de Deportes (CSD)

señala que casi la mitad de la población de entre 15 y 75 años practica algún deporte (un 43 por ciento, frente al 57 por ciento que no). Cuando se entra al detalle, uno de cada seis practicantes de deporte (un 15 por ciento) realiza actividades en el medio natural, con mayor penetración entre los hombres (19 por ciento) que entre las mujeres (9 por ciento). Extrapolando se obtiene que el 6,45 por ciento de las personas en ese rango de edad hacen deporte en la montaña. Que no equivale exactamente a «salir al campo», actividad más amplia que contempla las comidas en merenderos, etc., pero sirve para dar una idea.

«La edad también es un factor discriminante, de tal manera que los jóvenes destacan por una mayor presencia que los practicantes de más edad: 20 por ciento de practicantes en el grupo de edad de 15 a 34 años, 14 por ciento en el grupo de 35 a 54, 7 por ciento en el grupo de 55 a 64 y solo el 1 por ciento entre los que



tienen más de 65 años», cita la última edición del estudio, de 2010.

Los datos del Grupo de Rescate Especial de Intervención en Montaña (GREIM) de 2011 (de enero a octubre) sostienen que la actividad que más intervenciones provoca es el senderismo, con más de un tercio (37,7 por ciento) de las salidas en ese periodo, seguida del barranquismo. Aunque sus datos también nos indican que la mayor parte de los accidentes (42 por ciento) tie-

ne nulas o escasas consecuencias, ya que son extravíos o tropiezos.

Poca investigación

También se conoce algo de las causas. El libro *Gestión del riesgo en montaña y en actividades al aire libre*, publicado por Alberto Ayora en 2008, afirma que el 80 por ciento de los accidentes se deben al factor humano, el 15 por ciento al factor ambiental y el 5 por ciento restante a factores materiales. Este dato ya es indicati-

vo. Si bien un accidente es imprevisible por naturaleza, aquellos que tienen el factor humano como principal característica (esto es, errores o falta de organización y procedimiento) son más susceptibles de ser evitados, según los expertos. En concreto, un 53,8 por ciento de los accidentes tienen como precursor la falta de nivel técnico, de preparación física, la sobreestimación de las propias posibilidades o algún tipo de error en la planificación de la actividad, cita Villota.

Partiendo por tanto de que el riesgo cero no existe, la actuación clave frente a los riesgos y peligros para evitar accidentes es la prevención. En este apartado cabe distinguir entre medidas paliativas (aquellas que reducen o limitan las consecuencias del accidente una vez producido, tales como el botiquín, sistemas de comunicación, etc.) y las medidas preventivas, según el investigador.

De las paliativas poco hay que añadir, más allá de la sorpresa que le provoca a Villota que en muchos casos estas no existen o son claramente inferiores a las que la actividad requiere. Excursionistas sin botiquín, por ejemplo, son muy comunes, explica.

Entre las medidas preventivas los investigadores coinciden en que para evitar accidentes «la más importante, y sobre todo aquella sobre la que más se puede incidir, es la formación». Sin embargo, autores como el escalador Máximo Murcia han escrito que «un aspecto preocupante es el desconocimiento por parte de la mayoría de montañeros de las más elementales formas de actuación».

Este es un debate actual en el sector. Según un estudio de los investigadores de medicina de alta montaña María Antonia Nerín y José Ramón Morandeira, la prevención ofrecida desde las distintas escuelas oficiales, las que dependen de las federaciones, la Guardia Civil y el



Latinstock

El 53,8 por ciento de los accidentes se produce por falta de nivel técnico, preparación física, sobreestimación de las propias posibilidades o algún error en la planificación de la actividad

Ejército, son «efectivas, eficaces y eficientes». El problema es que llegan a pocos usuarios. «Si analizamos otras maneras de llegar a un mayor grupo de usuarios, como pueden ser los manuales existentes en el mercado, apreciamos una gran descompensación entre la importancia otorgada (medida en número de páginas, por ejemplo) a los peligros objetivos (presentes en el 15 por ciento de los accidentes) y a los peligros subjetivos (causantes del 80 por ciento de los accidentes)», añade Villota.

En este sentido, este investigador destaca que si bien el senderismo acapara el 37,7 por ciento de las actuaciones del GREIM, otras actividades como el descenso de barrancos, la escalada (en general, incluyendo las diversas modalidades y los accidentes ocurridos durante el descenso –en rápel–) y la progresión por terrenos abruptos suponen otro tercio (36,7 por ciento) de las incidencias. «Lo que quiere decir que las actividades que requieren una mayor formación también sufren una gran cantidad de accidentes, en contra de la opinión más común», explica.

El problema con la formación es que en nuestro país no existe mucha cultura en esta materia, según su opinión. «Normalmente se hace con amigos con mayor experiencia que van enseñando, con la probabilidad que eso implica de que perduren los errores. Por ejemplo, en escalada asegurar con un *ocho*», indica.



Latinstock

En el sistema educativo existe desde hace años una parte de la educación física que versa sobre actividades en el medio natural. «No es concretamente sobre seguridad, pero algo es algo», valora este investigador. Como proyectos complementarios, las federaciones de montaña y autonómicas realizan sus propios proyectos para mejorar la seguridad, aunque, según Villota, «son muy *amateurs*. La federación asturiana ha celebrado este año las segundas jornadas de seguridad en montaña, pero es la única que ha hecho algo parecido», lamenta.

Tortilla, picnic y algo más

Pese a todo, Villota no cree que en España haya entre la población una falta de conciencia de los riesgos de la montaña, aunque sí de información y previsión. Y explica un caso habitual. «En este país es habitual salir a tomar la tortilla un domingo a cualquier área de picnic. Y esa actividad en sí necesita una formación mínima. Pero después de comer te vas a dar un paseo, y ahí se está pasando de la seguridad del picnic a otra zona. Y esa segunda fase nunca la tenemos preparada. Si llueve durante la tortilla, al coche. Pero si te cae cuando te vas a dar un paseo, ¿qué haces? Solo hace falta un poco de información muy básica, pero que deberíamos respetar en

todo momento: tener a mano un mapa, un GPS, la previsión meteorológica... Pero es algo que no se hace. Yo diría que hay más falta de información que de respeto», concluye.

El estudio *Accidentes en el medio natural* de FUNDACIÓN MAPFRE sobre accidentalidad en el Pirineo aragonés pone en perspectiva la cuestión del riesgo real y el percibido. «La mayor parte de los pacientes que acudieron a los centros de salud tienen esguinces, contusiones o erosiones y heridas, con un 73,5 por ciento del total de individuos que sufren algún tipo de lesión. Estas causas, sin duda de consecuencias no dramáticas pero muy frecuentes, pasan desapercibidas para los medios de comunicación y, por tanto, no se tienen en cuenta por parte de la población. La percepción errónea de seguridad puede conducir a una subestimación del riesgo», explica el informe.

Y propone medidas para paliar la situación: «Como la mayoría de las actividades recreativas al aire libre no están reguladas, la educación y la presión social de grupos/personas clave podrían motivar a los participantes a adherirse a esas buenas prácticas cuyo objetivo no es otro que disminuir la frecuencia y gravedad de los accidentes que se originan y prever los recursos asistenciales necesarios cuando éste se ha producido». ♦

LA BIBLIOTECA FUNDACIÓN MAPFRE AL ALCANCE DE TU MANO

Descubre la aplicación gratuita para dispositivos móviles: Biblioteca FM.

Accede a todos los servicios del Centro de Documentación, a las novedades y a la descarga de documentos y consúltalos posteriormente sin necesidad de conexión, en un solo clic.

Instala gratuitamente la aplicación a través de la App Store y Google Play o escaneando los siguientes códigos QR:



Para más información:
+34 91 602 52 21

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org





Latinstock

4.1 Hábitos de vida saludable

Sedentarismo, mala alimentación y falta de sueño, factores de riesgo de los españoles

UN ESTILO DE VIDA mejorable

El español medio duerme poco, come mal, tiene casi un 50 por ciento de opciones de tener sobrepeso y las mismas posibilidades de ser sedentario. La estadística dice que nuestro estilo de vida es manifiestamente mejorable. Es conocido que unas buenas prácticas en alimentación, realizar actividad física regular y descansar adecuadamente son los tres ejes sobre los que se vertebra un estilo de vida saludable.

La realización de estos hábitos, junto a no fumar, parece estar asociado a una reducción de hasta un 80 por ciento en el riesgo de desarrollar las enfermedades crónicas más comunes. Muchas de estas suelen estar provocadas por estilos de vida inadecuados.

Dicho de otra manera, hasta el 22 por ciento de las muertes en España corresponden a enfermedades que de una forma importante están ligadas a hábitos de vida, según el doctor José Naranjo Orellana, de la Universidad Pablo de Olavide. La Organización Mundial de la Salud (OMS) va más allá y calcula que el 61

por ciento de todas las muertes y el 49 por ciento de la carga mundial de morbilidad son atribuibles a enfermedades crónicas. Se estima que en 2030 la proporción del total mundial de defunciones debidas a enfermedades crónicas llegará al 70 por ciento y la carga mundial de morbilidad al 56 por ciento.

Las enfermedades crónicas –especialmente enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunos tipos de cáncer– solían considerarse enfermedades de los países industrializados y se las llamaba «enfermedades occidentales» o «de la abundancia». Hoy en

día son un problema para todos los países, como recuerda la ONU.

Sin embargo, a pesar de los beneficios conocidos de un estilo de vida saludable, solo una pequeña parte de los adultos sigue esa rutina; de hecho, el porcentaje de los que llevan una vida sana está disminuyendo, según Naciones Unidas. España no es una excepción.

Sobrepeso, sedentarismo

Uno de cada tres españoles tiene sobrepeso (un 36 por ciento), un problema que sufren más los hombres (45 por ciento) que las mujeres (28 por ciento), según la *Evaluación y seguimiento de la estrategia Naos: conjunto mínimo de indicadores*, publicado en 2013 por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de donde procede toda la estadística de este artículo.

La estadística demuestra que el sobrepeso se asocia con la edad. Los menores que lo sufren son exactamente la mitad que los adultos, un 18 por ciento, aunque más repartido entre sexos (19 por ciento ellos y 17 por ciento ellas). La evolución de la estadística es prácticamente lineal. Arranca en su punto más bajo en el tramo de los 2-5 años, con una prevalencia conjunta del 13 por ciento, para ir subiendo paulatinamente hasta los mayores de 75 años, colectivo que se ve afectado por el sobrepeso en un 45 por ciento.

La obesidad tiene un desarrollo diferente. El gráfico tendría forma de U. Es muy alta entre los niños de hasta 10 años (ronda el 20 por ciento), cae a su cota más ba-

ja entre los 18 y 24, cuando afecta a solo un 5 por ciento de la población en ambos sexos, y de ahí vuelve a subir de nuevo hasta situarse en un 27 por ciento para la franja de 65 a 74 años. En este caso los más mayores, por encima de los 75, presentan un rango algo inferior (23 por ciento).

Buena parte de la culpa de esta estadística la tiene la inactividad física. El 50 por ciento de las mujeres y el 40 por ciento de los varones en España son sedentarios, según la *Encuesta nacional de la salud*. Y eso que el 6 por ciento de las muertes registradas en todo el mundo se aso-

cian a ella, según la ONU, y es la causa principal de aproximadamente un 21-25 por ciento del cáncer de mama y de colon, el 27 por ciento de los casos de diabetes y aproximadamente el 30 por ciento de la carga de cardiopatía isquémica.

Al menos la estadística sí parece ir mejorando en este apartado. Aunque no es exactamente lo mismo la inactividad física o el sedentarismo que la práctica de algún deporte, en la última década el porcentaje de españoles deportistas ha pasado de un 37 por ciento a un 43 por ciento. Hacer deporte está de moda.

La OMS estima que en 2030 la proporción del total mundial de defunciones por enfermedades crónicas llegará al 70 por ciento y la carga mundial de morbilidad al 56 por ciento



Latinstock

La otra pata de la obesidad es la alimentación. Y tampoco en este apartado parece haber mucho seguimiento del que podría ser uno de los puntos fuertes en España, la dieta mediterránea. Según un estudio elaborado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAM sobre más de 11.000 personas, solo un 12 por ciento de la población la sigue estrictamente, mientras que un 46 por ciento la sigue poco.

Falta de sueño

Los trastornos del sueño y la falta de descanso también se relacionan con la obesidad y con los trastornos del sistema inmunológico, según el doctor Gonzalo Pin Arboledas, jefe de la Unidad del Sueño del hospital Quirón de Valencia. Dormir es uno de los aspectos en los que peor está España.

Según algunos estudios, un 30 por ciento de la población tiene trastornos relacionados con el inicio o conciliación del sueño, y solo el 6 por ciento de ese porcentaje lo consulta con un especialista. En población general hay entre un 30 y un 48 por ciento de prevalencia del insomnio, y solo el 6 por ciento está diagnosticado.



Latinstock



Latinstock

La buena alimentación, una actividad física regular, el descanso adecuado y no fumar reduce un 80 por ciento el riesgo de enfermedades crónicas y mortales

Los españoles duermen de media casi una hora menos que los europeos, según la Comisión para la Racionalización de Horarios. Un problema del que puede tener parte de culpa que España funcione con el horario occidental europeo cuando en realidad, físicamente, le corresponde el huso horario del Reino Unido y Portugal. Este hecho –vivir con unos horarios que no nos corresponden– incide directamente en esto, según esta comisión. ♦

Los expertos reclaman políticas decididas para combatir esta lacra en España

Obesidad y sobrepeso, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública que afecta a una parte importante de la población española. Prevenirlos es una prioridad para las Administraciones públicas.

El 39,4 por ciento de la población española tiene sobrepeso y el 22,9 por ciento es obeso, según el estudio *Prevalencia de la obesidad en España*, publicado en 2011 por investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). El texto destaca que la frecuencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres, con excepción de los mayores de 65 años, donde la obesidad es más frecuente en las mujeres. En cuanto a la obesidad mórbida, la prevalencia fue de 1,2 por ciento en la muestra total del estudio, el 0,6 por ciento en hombres y el 1,8 por ciento en mujeres.

Todos los datos apuntan en la misma dirección. La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública, que se ha expandido masivamente desde mediados del pasado siglo. Se conoce igualmente, aparte del componente de género, que la educación juega un papel fundamental en su incidencia. La frecuencia de la obesidad disminuye al aumentar el nivel educativo de cada sexo.



«Este gradiente social es especialmente notable en las mujeres, por lo que el 29 por ciento de aquellas con educación primaria o menos es obesa frente a solo el 11 por ciento de aquellas con estudios universitarios», según destaca el mencionado estudio.

«A nivel poblacional lo que explica el aumento de la obesidad es la mayor ingesta de energía y la reducción de la actividad física, tanto en el trabajo como en el transporte y el hogar», ilustra Fernando Rodríguez Artalejo, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública en la UAM. Luego, individualmente pesan mucho los factores genéticos que provocan que unos engorden y otros no, continúa este experto, pero a nivel de

Los alimentos y bebidas que se consumen mientras se ve la televisión, los que más se asocian con la obesidad

población los factores ambientales explican el fenómeno.

Se conocen entonces las causas, los colectivos de riesgo e incluso los factores clave. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad destaca la «amenaza que la obesidad supone para la salud de la población». ¿Se puede combatir el problema? En España se hace desde 2005 fundamentalmente a través de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física

y Prevención de la Obesidad (NAOS), un programa pionero en la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la prevención de la obesidad.

Pero el programa NAOS no ha conseguido mejorar la estadística, en el mejor de los casos se ha mantenido más o menos estable. «NAOS está dirigida especialmente a los niños», valora Artalejo. «Hay también otras políticas que se pueden realizar desde la Dirección General de Salud Pública. Unas recomendaciones que deben permear todas las políticas de la Administración», explica.

Estrategias coordinadas

La obesidad se asocia sobre todo al estilo de vida. Una ingesta excesiva y el sedentarismo explican básicamente el fenómeno. Desde este punto de vista, NAOS en su formación pretende atacar el problema desde cuatro ámbitos: familiar, comunitario, escolar y empresarial. Las líneas de actuación pasan, según el documento que define la estrategia, por fomentar el conocimiento y la actividad física, regular o al menos controlar la situación de las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas, etc.

«El problema es que aparte de NAOS no hay prácticamente nada excepto una actividad, PERSEO, que se centró en las comunidades autónomas donde había más prevalencia de obesidad. Prácticamente no tiene acciones dirigidas a adultos», explica Rodríguez Artalejo. Una crítica frecuente a la estrategia NAOS es que si bien la obesidad se centra en la edad adulta (está comprobado que de media se ganan 15 kilos entre los 20 y los 60 años), no hay políticas específicas para esta población.

Esta situación se refleja en la opinión de los ciudadanos al respecto. El último *Barómetro sanitario* revela que la población valora con un 7,34 sobre 10 la información que le transmite su médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, al-

Tres cuartas partes de la población no planifica las comidas ni las cantidades de alimentos

cohol, etc. y con un 7,26 en los hospitales. Sin embargo, la información que aportan los servicios públicos sobre hábitos de vida saludables baja hasta el 5,95.

«No falta conciencia, falta voluntad política», lamenta el experto. Que no haya apenas iniciativa pública no significa que no se pueda hacer, añade. La lista de actuaciones posibles es amplia. Algunas sí se están realizando, sobre todo por parte de los ayuntamientos, por ejemplo facilitando la práctica de la actividad física.

Se puede invertir en el diseño de las ciudades. En los últimos tiempos en muchos municipios se ha producido un gran desarrollo de los carriles bici. Se puede exigir a los grandes empleadores que creen unas mínimas condiciones para la actividad física, e incluso incentivar económicamente la suscripción a un gimnasio, como se hace con el ticket-restaurant.

Los *catering* de los lugares de trabajo pueden incluir menús con pocas grasas saturadas, poco azúcar y poca sal. Se puede limitar la venta de refrescos azucarados en los puestos de trabajo y obligar a que haya fruta de postre en todos los restaurantes, igual que se han regulado recientemente los contenedores de aceite. Se puede reducir el IVA a los productos deportivos para incentivar su compra. «Se sabe que esto es muy eficaz. Todo esto es regulable, en sitios como Estados Unidos se hace», valora Rodríguez Artalejo.

Comida y televisión

Luego está la formación, básica también. «La mayor parte de la gente no sabe cuánto debe pesar o tener de con-

torno abdominal», pone como ejemplo el doctor. «Ni saben que la mayor parte de la gente tiene que convertirse en un comedor defensivo. Hay que mirar lo que se come y limitar las cantidades a lo largo de la vida. Los poderes públicos promocionan la dieta mediterránea pero no las cantidades, esto es algo que no se ve nunca», explica.

Los hábitos alimentarios tampoco parecen el punto fuerte de los españoles. Según otro estudio elaborado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAM sobre más de 11.000 personas, solo un 12 por ciento de la población sigue estrictamente la dieta mediterránea, mientras que un 46 por ciento la sigue poco. Esta investigación alerta del viraje nutricional de los españoles desde la saludable dieta mediterránea a la menos saludable dieta occidentalizada (con gran presencia de carnes procesadas, cereales refinados o bebidas edulcoradas como los refrescos).

Profundizando un poco más en los hábitos alimenticios, se descubre que tres cuartas partes de la población no planifica las comidas ni las cantidades de alimentos, según refleja el mismo estudio. Este es un factor básico a la hora de controlar la obesidad, recuerdan sus autores. «¿Quién sabe cuánto hay que comer de cada cosa?», se pregunta Rodríguez Artalejo.

Y es que la amenaza de la obesidad se esconde detrás de cada pequeño detalle. Por ejemplo, el 75 por ciento de la población —«especialmente los jóvenes y las personas con menor nivel educativo»— come o cena frente al televisor, un hábito que es contrario a las recomendaciones más básicas de todas las guías nutricionales. «Son precisamente los alimentos y bebidas que se consumen mientras se ve la televisión los que más se asocian con la obesidad», señala el estudio de la UAM. ♦



Latinstock

4.3 Sedentarismo

Estrategias para luchar contra la inactividad física

EL sedentarismo COMO FACTOR DE RIESGO

El 50 por ciento de las mujeres y el 40 por ciento de los varones en España son sedentarios, según la Encuesta Nacional de la Salud. Un modo de vida al que de alguna manera nos hemos visto empujados en las últimas décadas, fruto de la manera en que hemos decidido organizarnos. El diseño de las ciudades superpobladas y el transporte, los horarios laborales y los hábitos de vida de la sociedad occidental invitan al sedentarismo.

Y sin embargo, se conocen desde hace al menos 2.000 años los efectos negativos de no moverse. Sushruta, un médico indio del siglo III d.C., ya relacionaba un estilo de vida sedentario junto a un exceso de peso con la diabetes tipo II. Actual-

mente hay una extensa literatura que sitúa la inactividad física como el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial. El 6 por ciento de las muertes registradas en todo el mundo se asocian a ella, según la ONU, y es la causa principal de aproximadamente

un 21-25 por ciento de los cánceres de mama y de colon, el 27 por ciento de los casos de diabetes y aproximadamente el 30 por ciento de la carga de cardiopatía isquémica.

La inactividad puede ser limitante para la vida diaria, como recuerda Ignacio

Las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo, según constata la Organización Mundial de la Salud

Ara Royo, subdirector de Deporte y Salud del Consejo Superior de Deportes. «Cuando se pierde la masa muscular, por enfermedad o desuso, aumenta la debilidad. La movilidad se ve afectada. Desde un punto de vista laboral, se puede llegar a un aumento de bajas laborales. Con el paso de los años, uno va perdiendo su fuerza, la potencia disminuye. Esto se ve reflejado en cosas tan sencillas como caminar», explicó durante unas jornadas organizadas por FUNDACIÓN MAPFRE.

«Las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo», constata la OMS. Para despejar algunos mitos, la organización recuerda que la actividad física no debe confundirse con el ejercicio.

«El ejercicio es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas», aclara el concepto.

Políticas según edades

Pero incluso dentro de un riesgo generalizado hay clases y clases. El sedentarismo suele ser más común en los grupos de bajo nivel socioeconómico. Por perfiles poblacionales, «la evolución mundial de la actividad física es especialmente preocupante en algunas poblaciones de

alto riesgo: jóvenes, mujeres y adultos mayores», destaca la OMS, que recomienda realizar políticas específicas para cada uno de estos grupos sociales.

De esta forma, para niños y jóvenes de edades comprendidas entre 5 y 17 años recomienda, con el fin de mejorar la función cardiorrespiratoria y musculoesquelética, que inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. Para los adultos de hasta 64 años la organización destaca que «deberán dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica». Por último, para los mayores de 65 años la recomendación es la misma, con la matiz de que la actividad física aeróbica sea «moderada».

La doctora Emilia Arrighi, responsable de investigación del Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya, propone un cambio de aproximación al problema. «Debemos cambiar la concepción rígida que tenemos acerca del ejercicio físico y segmentar el tiempo en objetivos de 10 minutos. Sabemos que es recomendable realizar una media de 30 minutos de actividad física cada día. Entre las actividades que realizamos cotidianamente existen algunas de baja intensidad física y otras que pueden ser de mayor intensidad. Si aprendemos a ges-

tionar esos 30 minutos diarios (en el caso de las personas más jóvenes) y/o tres objetivos de 10 minutos (en el caso de las personas mayores), lograremos la continuidad de la actividad, que es la que garantiza los beneficios a largo plazo. Una actividad tan simple como caminar está al alcance de todos, no es necesario inscribirse en un gimnasio», explica.

En España, un vistazo a la web del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, perteneciente a la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Deporte (NAOS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, apenas revela planes de promoción de la actividad. A través del programa Muévete para Estar Sano se puede encontrar información, pero la mayor parte de los programas son iniciativas de ayuntamientos o comunidades autónomas.

El informe *Ejercicio físico y salud*, del Consejo Superior de Deportes, admite que «aunque la mayoría de la población reconoce las bondades de realizar actividad física para alcanzar un estado de salud óptimo, es posible afirmar sin ningún género de dudas que los sistemas de salud pública siguen sin apreciar el valor del ejercicio como principal herramienta para prevenir la mortalidad prematura y favorecer el envejecimiento saludable de la población».

Lo que sí existen son numerosos documentos de instancias supranacionales, como la Comisión o el Consejo europeos y la OMS, que actúan a modo de guía para los Gobiernos.

La doctora Arrighi opina que «se debería incluir la formación en competencias en hábitos saludables, la promoción de campañas poblacionales con actividades concretas y el diseño de políticas sanitarias que puedan implementar y evaluar distintas estrategias y planes de acción para promover una salud desde el punto de vista integral y comunitario». ♦

Una fórmula para el ejercicio físico: gestionar 30 minutos de actividad física diaria segmentando el tiempo en objetivos de 10 minutos

La relación entre los desajustes del sueño y las enfermedades

LA IMPORTANCIA DE PONER EL 'reloj molecular' EN HORA

Que la falta de sueño y descanso es un problema de nuevo cuño en las sociedades occidentales puede no suponer una gran revelación. Pero que a la vez esté asociado al desajuste del sistema circadiano y del *reloj molecular* quizá sí suene más novedoso. Ello «se asocia ahora muy claramente con algunos cánceres, envejecimiento acelerado, alteración de niveles hormonales, obesidad, diabetes, alteraciones cognitivas de la memoria, alteraciones afectivas tipo depresión, insomnio y alteraciones del sistema inmunológico».



Latinstock

Que no se conozca demasiado de algo no quiere decir que no exista. O que no sea importante. Es exactamente lo que ocurre con el *reloj molecular* y el sistema circadiano. Usted tiene uno de cada. ¿Tenía la más remota idea? Y es importante para su salud mantenerlos sincronizados, *en hora*.

«El ser humano, desde el inicio de los tiempos, se adaptó al ambiente en el que

vivía, que se organiza en ciclos de vigilia, luz-oscuridad. Tuvo que desarrollar un sistema para adaptarse a estos cambios. Este sistema es el circadiano, que permite generar unos ritmos para adaptarse a estos ciclos. Los ritmos circadianos adaptan todos los sistemas hormonales, de manera que el organismo produce más o menos hormonas o defensas en función del momento», responde el doctor Gonzalo Pin, responsa-

ble de la Unidad del Sueño del hospital Quirón de Valencia. El estudio de los ritmos circadianos es la cronobiología, una disciplina de la Fisiología.

El *reloj molecular* es «una especie de reloj biológico central, localizado en el sistema nervioso central. Funciona a través de una unión entre los ojos y el cerebro: el ojo envía señales a este reloj de que hay más o menos luz en el ambiente y, en función de la señal que recibe, el

Cuando el ser humano no se adapta a su ambiente, se confunde y ocasiona una pérdida del equilibrio entre el organismo y los mensajes que recibe del entorno

reloj indica a cada célula del organismo la hora aproximada del día para que adapte su actividad a esa hora», continúa Pin. Ese reloj tiene dos calendarios. Por un lado, señala la hora del día y, por otro, la estación del año, porque el cuerpo funciona de manera diferente.

El desajuste

Los problemas surgen cuando se desajustan el sistema circadiano y el *reloj molecular* porque le enviamos al cuerpo señales contradictorias. «El ser humano tiene que adaptarse a su ambiente. Cuando no lo hace se produce la desincronización, no estamos adaptados al momento del día. Se produce una pérdida del equilibrio entre el estado del organismo según el momento del día y los mensajes que estamos recibiendo del ambiente», ilustra Pin.

Entonces el cuerpo se confunde. Y los sistemas de transmisión de los ciclos diarios no funcionan correctamente. Por ejemplo, el sistema simpático o parasimpático, que se ocupa de activarnos y desactivarnos. O se cambian los flujos de melatonina, la hormona que indica al organismo que es la hora del sueño y que debe ser escasa en periodos de luz y abundar más en los de oscuridad. Y entonces llega el déficit de sueño y el cansancio. «Cada vez hay más datos que relacionan la falta de sueño con la obesidad, los trastornos del sistema inmunológico...», incide el doctor. Esto no quiere decir que la falta de sueño tenga que ser debida siempre a un problema con el sistema circadiano, matiza, pero sí funciona en la otra dirección: si hay un desajuste habrá déficit de sueño.

Y esto es un problema masivo en la sociedad. Según algunos estudios, un

30 por ciento de la población tiene trastornos relacionados con el inicio o conciliación del sueño, y solo el 6 por ciento de ese porcentaje lo consulta con un especialista. En población general hay entre un 30 y un 48 por ciento de prevalencia del insomnio, y solo el 6 por ciento está diagnosticado. «Este desfase es importante», lamenta el responsable de la Unidad de Sueño del hospital Quirón.

La pregunta es evidente. ¿Tiene solución? «El problema tiene mucho que ver con la forma de vida en países desarrollados», valora Juan Antonio Madrid, de la Universidad de Murcia. «Es aberrante la sociedad del 24/7 que tenemos. Oficinas mal iluminadas, temperatura artificialmente alterada, horarios de diversión que invaden la madrugada, los turnos de trabajo... todo esto produce alteraciones circadianas a edades más tempranas», explica.

¿Qué se puede hacer? «Lo más importante es que los hábitos que se desarrollen tengan suficiente contraste entre la actividad diaria y la nocturna», arranca el doctor Madrid. Por ejemplo, durante el día debe facilitarse la exposición visual a la luz solar, reduciéndose durante la noche. Durante el día hay que moverse, estar activo. Durante la noche, reposar. «Hay que comer durante el día, invadir la noche con comidas y digestiones no es correcto. Hay que potenciar estas actividades que antes de las sociedades tan modernas eran muy naturales».

Que nadie se alarme, tampoco se trata de dejar de salir por la noche. Pero quizá sí algo menos. «Salir un día a la semana no es tan perturbador. Dos o tres ya sí. Si se trabaja a turnos hay que tratar de mantener ciertas rutinas, pero el modo de vida occidental siempre va a perjudicar», comenta Juan Antonio Madrid.

Al final es una cuestión de buenas prácticas. «Hay que tener hábitos regulares. Levantarnos a la misma hora (más importante que acostarnos). Comer con una regularidad, no saltarse comidas ni retrasarlas, lleva a muchas alteraciones metabólicas relacionadas con la obesidad. Hacer ejercicio físico y, si se puede, hacerlo en exteriores y en compañía, mejor», recomienda.

También se puede intervenir desde el ámbito de la Administración. Por ejemplo en la iluminación de las ciudades. «Se cambia la iluminación, pero nadie pregunta a los expertos cuál es la luz más adecuada. Nosotros por ejemplo trabajamos en una luz compatible con el sistema circadiano», explica Madrid.

Otro factor interesante es el huso horario. España lleva 70 años fuera del que le corresponde por su posición geográfica, el de Gran Bretaña y Portugal, una hora menos. Esto quiere decir que vamos según el sol de Berlín. «Esto implica un desajuste del reloj biológico porque lo tenemos retrasado, pero nos obligan a trabajar a la misma hora que los europeos. Nos levantamos temprano pero nos acostamos tarde, y este poco sueño es básico para el rendimiento escolar, entre otras cosas», sostiene.

Este asunto se está empezando a tratar a nivel político. La Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados apro-

Oficinas mal iluminadas, temperatura artificialmente alterada, horarios de diversión que invaden la madrugada o los turnos de trabajo producen alteraciones de los ritmos circadianos

bó un informe por el que pide al Gobierno que estudie la cuestión. El Ejecutivo deberá hacerlo si el pleno de la cámara valida el texto.

Las empresas también tienen algo que decir en la cuestión. O deberían tenerlo al menos. Para potenciar la salud de sus trabajadores, y por propio interés.

Un 10 por ciento de los empleados llega tarde al trabajo por problemas de sueño. La gente que duerme peor es más propensa a desarrollar enfermedades y, por tanto, a pedir más bajas.

«Sería fundamental que toda persona que trabaje en un turno y en grandes empresas reciba una formación sobre

cómo manejar sus ritmos biológicos en una situación estresante para su organismo. No costaría mucho. También se pueden estudiar los trabajos a turnos, cómo se alteran los ritmos, qué se podría corregir, qué turnos son más agresivos y cuáles más adecuados», propone el doctor Madrid. ♦

4.4.1 Entrevista

GONZALO PIN ARBOLEDAS. Jefe de la Unidad del Sueño del Hospital Quirón de Valencia



«Transmitimos la idea de que dormir es perder el tiempo»

una actividad intelectual y física adecuadas hay que darle descanso al cuerpo.

—¿Son los desajustes en el sueño un problema de salud pública?

Dormir bien es un derecho de salud pública. De la misma manera que tenemos un problema con la obesidad lo tenemos con el déficit de sueño. Un tercio de los accidentes de tráfico tiene relación con esto.

—¿Hay colectivos más propensos que otros a sufrir desajustes? ¿Se puede autodiagnosticar un desajuste del sistema circadiano?

Lo conocemos mejor y cada vez son más prevalentes. También hay determinadas profesiones que tienen más tendencia. Las enfermeras que trabajan a turnos tienen mayor tendencia a tener problemas para conciliar el sueño, que a veces es un desajuste circadiano. En la adolescencia ocurre cada vez más a menudo un retraso de fase, que el reloj se reajusta dos-tres horas tarde. Y si esto

ocurre, dormimos menos y el organismo está dos o tres horas desincronizado. En la tercera edad ocurre lo contrario, el reloj se adelanta. Se duermen pronto, se despiertan pronto. Y como las necesidades de dormir son menores, a las cuatro o cinco de la mañana están despiertos. Si uno nota que cada vez le cuesta más dormirse, que le cuesta mucho levantarse, probablemente pueda pensar que el reloj no está en hora. Esto es el muy conocido *jet lag*, sobre todo de oeste hacia este, al reloj le cuesta dos-tres días adaptarse a la nueva franja horaria.

—¿Se pueden prevenir las desincronizaciones del reloj molecular?

Se pueden realizar buenas prácticas en la vida diaria o en las relaciones sociales, tener hábitos de vida saludables. También realizar alguna actividad física –no necesariamente ejercicio– y la educación sanitaria. Es importante difundir esta situación, decir que es cada vez más frecuente y sobre todo respetar los ritmos biológicos. ♦

—¿Por qué aumentan los desajustes del sistema circadiano?

Cada vez es más frecuente porque estamos inmersos en la sociedad de luz 24/7 (24 horas al día, 7 días a la semana). La luz eléctrica, Internet, etc. hacen que lo vivido durante millones de años (luz y oscuridad) esté cambiando. Tenemos la posibilidad de inundarnos de 24 horas de luz o de oscuridad en momentos en los que el organismo no está preparado para ello. Es en parte consecuencia del estilo de vida con el que nos estamos dotando. Transmitimos la idea de que dormir es perder el tiempo, de que no hay que dedicarle tantas horas, pero para tener

4.5 Entornos de trabajo saludable

La promoción de la salud desde las empresas

DE LA SEGURIDAD A LA salud integral DEL TRABAJADOR

«A nadie se le escapa que un trabajador sano y motivado es más productivo», dice María Dolores Solé Gómez, jefa de la Unidad Técnica de Medicina del Trabajo, del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Y sin embargo, ¿se preocupan las empresas por la salud de sus empleados?

Creo que vamos por buen camino. La promoción de la salud es un concepto que ha ido cambiando. Ahora estamos en ese punto en el que hay que ir un poco más allá, hacia un concepto integral de la prevención. Un entorno de vida saludable hace que las empresas tengan una mayor competitividad, no solo en lo económico sino también en lo social y en lo humano. En los últimos años se ha producido una disminución de los accidentes traumáticos del 50 por ciento», valoró María Dolores Limón Tamés, directora gerente del INSHT, en unas jornadas de FUNDACIÓN MAPFRE sobre entornos de trabajo saludable celebradas en el ámbito de SICUR14.

Diferentes estudios en varios países demuestran que los programas de promoción de salud en el trabajo reducen el absentismo. «Invertir en la promoción de la

salud es rentable para todos», incide Limón Tamés. Parece obvio. Un trabajador enfermo es más propenso a cogerse bajas laborales. El 10 por ciento de los empleados llega tarde por problemas de sueño. Todo esto le cuesta dinero a las empresas.

En las últimas décadas el panorama laboral ha cambiado mucho. Para empezar, el trabajador tiene más esperanza de vida y trabaja durante más años. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha cumplido ya 20 años. Los altos directivos de las empresas se preocupan por este tema. «La accidentalidad está cambiado. En torno al 40 por ciento de los casos está vinculada al sobreesfuerzo», sostiene Antonio Guzmán Córdoba, director del Área de Salud y Prevención de FUNDACIÓN MAPFRE.

Guzmán Córdoba cree que es la hora de ir más allá. Pasar de la seguridad a la



M^a Dolores Solé Gómez, jefa de la Unidad Técnica de Medicina del Trabajo, del INSHT.



María Dolores Limón Tamés, directora gerente del INSHT.



Latinstock

salud. Ya no hablamos de, por ejemplo, limitar la exposición a ciertos gases en determinadas profesiones, u obligar a los trabajadores que lo requieran a ponerse el arnés, por poner dos ejemplos simples. El director del Área de Salud y Prevención pide ir un paso más allá, pasar «a modelos de salud integral. Hay que pasar de los entornos seguros a los entornos saludables», propone.

La OMS ya recomendaba en 2008 «la elaboración y puesta en práctica de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo».

En España el tema se enfoca desde la elaboración de la nueva Estrategia de Prevención 2014-2020, que debería aprobarse en breve. «Uno de los objetivos en los que se desarrolla es la línea de promover una empresa saludable. Es fundamental la colaboración entre administraciones para que se puedan llevar políticas públicas de prevención», expli-

Uno de los principales objetivos de la nueva Estrategia de Prevención 2014-2020 en España es promover una empresa saludable

ca la directora gerente del INSHT. Uno de los objetivos «es mejorar las condiciones de vida de los trabajadores», y hacerlo también –o sobre todo– en las pequeñas y medianas empresas, esas grandes olvidadas pese a que suponen cerca del 90 por ciento del tejido empresarial español. «Es uno de los objetivos en los programas de mejora de calidad de vida», remarca Limón Tamés.

Áreas de actuación

La promoción de la salud desde el entorno empresarial debe aproximarse des-

de varios ángulos, dicen los expertos. Actividad física, alimentación y descanso se revelan como tres factores clave en la vida, con carácter general, claro, pero también laboral. Tres elementos sobre los que las compañías pueden intervenir.

«La actividad física influye en los tres vértices de este triángulo: sarcopenia (pérdida de masa muscular), osteoporosis y obesidad», explica Ignacio Ara Rojo, subdirector general de Deporte y Salud del Consejo Superior de Deportes. «Cuando se pierde la masa muscular aumenta la debilidad. La movilidad se ve afectada. Desde un punto de vista laboral, se puede llegar a un aumento de bajas laborales», argumenta.

La estadística dice sin embargo que las empresas no facilitan la práctica de la actividad física. Solo un 15,13 por ciento de la población activa (un 13,22 por ciento de los hombres y un 17,6 por ciento de las mujeres) tiene acceso a actividades de

promoción de actividad física en el centro de trabajo, según el *Barómetro sanitario* de 2010, que elabora el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Este organismo entiende por ello que haya instalaciones para realizar actividad física en el propio lugar de trabajo, tiempo para realizar la actividad durante el horario laboral, pago de la totalidad o parte del uso de las instalaciones, descuentos en las mismas u organización de eventos o competiciones deportivas para los empleados.

La (mala) alimentación también puede ser un quebradero de cabeza para las empresas. Según el doctor Gregorio Varela, catedrático de Nutrición y Bromatología de la Universidad CEU San Pablo y presidente de la Fundación Española de la Nutrición, puede causar pérdidas de hasta un 20 por ciento en la productividad, «tanto por deficiencias como por exceso», remarca.

Por eso no es tema baladí prestar atención a la alimentación en el trabajo, que obliga a los trabajadores a comer fuera de casa y por tanto se descontrola en cierta manera la dieta. «Una mala alimentación hace proclive al trabajador a una mayor morbilidad, incrementa los costes médi-

cos e indirectos, el absentismo y *presentismo* laboral», enumera el doctor.

Por el contrario, los beneficios de una alimentación saludable en el ámbito laboral son «reducir los costes sanitarios y bajas laborales, mejorar la salud de los empleados y el ambiente en el trabajo, evitar deficiencias de micronutrientes, etc. La alimentación no debe ser considerada como un gasto, sino como una inversión», remata.

Cuestión de calorías

También es importante tener en cuenta la diversidad de los empleos. Por ejemplo, mientras un trabajo en oficina sedentaria va a requerir 1,8 kilocalorías por minuto, otro más pesado, como el de la construcción, puede requerir de 5 a 10 kilocalorías. En este sentido destacan (negativamente) los trabajos a turnos, recuerda Varela, que provocan trastornos alimenticios y del sueño por romper los hábitos regulares.

Entre las políticas que pueden implementar las empresas se encuentran la realización de actividades de formación e información específicas, revisar la calidad nutricional de los menús, incorporar alternativas más saludables, procu-

Una alimentación inadecuada puede causar pérdidas de hasta un 20 por ciento en la productividad de las empresas

rar una ubicación estratégica de los alimentos saludables, revisar el contenido de las máquinas de *vending*, entre otros.

Por último, aparece el problema del descanso. Un 30 por ciento de las personas tiene trastornos del sueño. «El estilo de vida, las jornadas laborales prolongadas y los turnos laborales causan la privación crónica del sueño», expone Juan Antonio Pareja Grande, director de la Unidad de Medicina del Sueño del Servicio de Neurología del hospital Universitario Quirón de Madrid.

Y, en una amarga ironía porque el problema lo causa en parte el propio trabajo, «la amonestación, sanción o incluso el despido por quedarse dormido es frecuente», añade Pareja. «Y muchos trabajadores no son despedidos por padecer diabetes, asma, hipertensión... Es importante localizar los trastornos del sueño, casi todos se pueden tratar», concluye. ♦



Ignacio Ara Royo, subdirector general de Deporte y Salud del Consejo Superior de Deportes.



Gregorio Varela, catedrático de Nutrición y Bromatología de la Universidad CEU San Pablo y presidente de la Fundación Española de la Nutrición.



Juan Antonio Pareja Grande, director de la Unidad de Medicina del Sueño del Servicio de Neurología del hospital Universitario Quirón Madrid.

4.6 Entrevista

EMILIA ARRIGHI. Responsable de investigación del Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya



«Las conductas saludables sin ejercicio físico no consiguen los resultados esperados»

—¿Es la inactividad física un problema de salud pública en las sociedades occidentales?

El aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población contribuyen a la presencia de un mayor número de personas afectadas por distintas condiciones crónicas, y este es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta el sistema sanitario en la actualidad. Se estima que para el año 2050 las personas mayores de 65 años representarán el 28 por ciento de la población europea. Datos recientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa confirman que en España vive una de las poblaciones más envejecidas del continente.

—¿Conocemos las conductas adecuadas?

Si bien es cierto que los ciudadanos conocen cuáles son los estilos de vida que ayudan a potenciar una buena sa-

lud, o a mejorarla si se padece alguna enfermedad, resulta todavía difícil que se incorporen de manera sistemática. Así queda confirmado en un estudio publicado recientemente por el Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya. El documento *Itinerario del paciente crónico* * pone de relieve cuáles son las conductas de autocuidado más complejas de asumir por parte de los pacientes. Los hábitos sociales también han cambiado y están llevando a los adultos jóvenes a dedicar muchas horas al trabajo, evitando la actividad física y promoviendo conductas relacionadas con la ingesta de comida rápida, alta en sal, azúcares y en grasas saturadas, y de poco valor nutricional.

—¿Qué buenas prácticas se pueden realizar?

Para mantener un buen estado de salud resulta imprescindible implementar hábitos de vida saludable. Entre los más conocidos se encuentran: seguir una dieta rica en fibra, verdura y fruta, un buen descanso, el consumo moderado de alcohol, el evitar el consumo de tabaco y, finalmente, la actividad física. Con los recientes avances en medicina, cada vez existe mayor certeza de que si

se cumplen las conductas saludables anteriormente mencionadas, sin incorporar ejercicio físico regular, no se consiguen los resultados esperados.

—O sea, que al final la actividad física es imprescindible.

Un informe reciente de la OMS muestra datos de prevalencia de obesidad y sobrepeso para la población adulta (\leq de 20 años), donde España se sitúa entre los primeros puestos (quinto lugar), con porcentajes cercanos al 60 por ciento para el sobrepeso y aproximadamente un 25 por ciento para la obesidad. Los datos relativos al consumo de frutas y vegetales colocan a nuestro país en la media de los países europeos. Ligada a la alimentación aparece nuevamente la actividad física, cada vez más considerada como un factor esencial en el mantenimiento de la salud, ya que se ha demostrado que el sedentarismo produce un riesgo de mortalidad un 20-30 por ciento superior. En este sentido, datos registrados en 2011-2012 muestran que alrededor del 40 por ciento de la población adulta española (\leq de 15 años) no practica suficiente actividad física (OMS, 2014). ♦

(*) <http://bit.ly/1kpHjQn>

4.7 Entrevista

ELENA ANDRADAS. Directora general de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



«Parte de las cargas por enfermedades crónicas, lesiones y discapacidad es atribuible a los estilos de vida»

—¿Existe cultura (y práctica) en España de seguir hábitos de vida saludables?

El estilo de vida está determinado por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población. No obstante, los estilos de vida dependen de factores no solo personales, sino también sociales (vivienda, alimentación, existencia de entornos promotores de salud), medioambientales, de grupos de apoyo primarios y secundarios (familia, redes de soporte), de las creencias personales y de los valores, entre otros.

En España, en la última década, se han desarrollado desde las Administraciones Públicas políticas activas para promover los estilos de vida saludable (políticas de prevención de tabaquismo, de prevención de consumo de drogas ilegales, de seguridad alimentaria y promoción de alimentación saludable, de prevención de lesiones intencionales,

de aumento de actividad física, etc.).

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, aprobada en el año 2013, supone una oportunidad de integrar y coordinar esfuerzos en promoción de la salud y prevención entre todos los niveles contando con todos los agentes implicados.

—¿Se promocionan lo suficiente desde las Administraciones Públicas? ¿Y desde la empresa? ¿Se interesan las compañías por la salud de sus trabajadores?

Este es el principal objetivo de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud: fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones.

La sociedad otorga un alto valor a la salud y demanda una respuesta conjunta, coordinada e integrada de inter-

venciones efectivas y mantenida en el tiempo.

Por otra parte, desde la década de los años noventa del pasado siglo se ha avanzado de manera significativa en la promoción de la salud en el entorno laboral. Ya en el año 1996 se llega a un consenso en Luxemburgo entre varios países, entre los que se encuentra España, que configura un marco de trabajo de referencia, la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo. Un buen número de empresas en España se han adherido a la Declaración de Luxemburgo, lo que implica el compromiso de aceptar e implementar los objetivos básicos de la promoción de la salud en el trabajo y de orientar sus estrategias hacia la promoción de la salud en el entorno laboral.

—¿Empujan las sociedades occidentales con sus prisas y horarios apretados a llevar malos hábitos de vida?



Las exigencias de una sociedad y de unas relaciones laborales y sociales en cambio permanente someten al organismo a requerimientos que pueden descompensar la capacidad de respuesta

medad crónica (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad respiratoria crónica), lesiones y discapacidad es atribuible a los estilos de vida (inactividad física, inadecuada alimentación, comportamientos no seguros y accidentes, uso nocivo del alcohol, consumo de tabaco y manejo no adecuado de las emociones y del estrés, entre otros). No obstante, no existe una cifra global del gasto en sanidad por este concepto, solo estimaciones para diferentes factores.

—Hay colectivos más expuestos que otros a no seguir hábitos de vida saludables. ¿Por qué?

Los estilos de vida vienen determinados no solo por las características intrínsecas de las personas, sino por factores que son el resultado de la distribución de los recursos y de las políticas adoptadas. El lugar donde se vive, el sistema educativo, el empleo y las condiciones de trabajo, y el acceso y la utilización de los servicios de salud afectan a la salud de la población.

Cuando se valora la evolución de los estilos de vida se observa un claro gradiente social determinado no solo por el nivel de estudios de la población, sino por otras dimensiones del nivel socioeconómico. Con carácter general, los estilos de vida son menos saludables según se reduce el nivel socioeconómico. ♦

Es evidente que el actual desarrollo socioeconómico ha aportado enormes mejoras en la salud de la población. Sin embargo, este desarrollo comporta consecuencias en ocasiones menos deseables para la salud como resultado de unas formas de vida que imponen cambios en la alimentación, en la forma de trabajar, en los ritmos vitales...

La sociedad en la que vivimos puede ser una fuente de estrés, las exigencias de una sociedad y de unas relaciones laborales y de la vida cotidiana en

cambio permanente y acelerado someten al organismo a requerimientos que pueden descompensar la capacidad de respuesta.

—¿Tiene un coste específico para la sociedad no seguir hábitos de vida saludables por parte de la población? ¿Existe una estimación aproximada de cuánto se gasta en sanidad por este concepto?

Una parte de los costes del sistema que estimamos por la carga de enfer-

4.8 Entrevista

LUIS M. JIMÉNEZ. Presidente de la Asociación para la Sostenibilidad y el Progreso de las Sociedades (ASYPS)



«La contaminación provocada por las actividades humanas afecta muy negativamente a la calidad de vida»

La sociedad se hace cada vez más urbanita, mientras el proceso de despoblación rural parece incontenible. En un par de décadas, el hábitat urbano absorberá al 80 por ciento de la población. Y es un tremendo contrasentido, porque para el mantenimiento de los ecosistemas resulta imprescindible un mundo rural sostenible. Son algunas de las opiniones del profesor Luis M. Jiménez Herrero, presidente de la Asociación para la Sostenibilidad y el Progreso de las Sociedades.

—¿Avanza España hacia la sostenibilidad?

Desde una visión global, con un enfoque integrado de las dimensiones ambientales, económicas, sociales y a largo plazo, no parece que avancemos de forma sólida y consistente. Se trata de acometer de manera simultánea las tres dimensiones para que se refuercen y se benefician mutuamente. Si siempre se antepone el crecimiento económico y se deja para después la cohesión social y la mejora ambiental, iremos por un camino equivocado y, sobre todo, estaremos perdiendo oportunidades de acometer procesos inclusivos, ecoeficientes y racionales, que es lo que da sentido a la sostenibilidad del desarrollo y del progreso.

—¿Cuáles son los principales retos que afrontamos?

En este turbulento contexto de crisis ecológica global y crisis económica sistémica nos enfrentamos a enormes desafíos locales y globales. Algunos de ellos pasan un tanto desapercibidos. Por ejemplo, lograr una cohesión territorial con un

equilibrio entre campo y ciudad sigue siendo una prioridad estratégica nacional que apenas se manifiesta. Asistimos a un imparable fenómeno de concentración urbana (ahora más del 70 por ciento en España y del 80 por ciento en las dos próximas décadas) frente a un imparable proceso de despoblación y desmantelamiento rural. La sostenibilidad urbana es fundamental para que podamos aspirar a la sostenibilidad global, dada la trascendencia de los ecosistemas urbanos en el consumo de alimentos, materiales y energía, así como en la generación de residuos y emisiones. Pero la sostenibilidad rural es imprescindible para mantener los ecosistemas, la biodiversidad y el capital natural y cultural tan valiosos como los que tenemos en este país. España es el país europeo más rico en biodiversidad. Y no parece que seamos muy conscientes de su trascendencia para la sostenibilidad de nuestro territorio.

Otra cuestión más perceptible es sin duda la seguridad y la sostenibilidad energética en un país con una dependencia energética externa del 75 por ciento, con

una enorme carga económica por la factura de importación de los combustibles fósiles, pero que contrasta con una enorme capacidad de fuentes limpias (sol y viento), que no son tan caras y son la mejor opción para poder lograr una economía hipocarbónica, eficiente y competitiva como plantea la UE.

En fin, hay muchos más riesgos de insostenibilidad de nuestro modelo actual de desarrollo. Pero de lo que se trata es de aprovechar las oportunidades de las crisis para apostar por un nuevo modelo con futuro mediante un cambio de modos de producción, consumo, comportamiento y, también, de estilos de vida.

—¿Somos conscientes los ciudadanos de la importancia que tiene para nuestra salud el entorno en el que vivimos?

En realidad, la conciencia social sobre la degradación ambiental, aunque ha evolucionado positivamente, quizá no sea todavía suficiente para ser muy conscientes de los riesgos para la salud, sobre todo en las ciudades que sufren una alta contaminación, y exigir a las autoridades

responsables una mejora permanente. Especialmente la contaminación atmosférica provocada por las actividades humanas afecta muy negativamente a la calidad de vida, que, a su vez, es un elemento clave para la habitabilidad y la sostenibilidad de las ciudades. Y por ello deberíamos saber organizar sus formas de vida, gestionar su metabolismo y su movilidad para garantizar que la contaminación y la mala calidad del aire no perjudiquen la salud de la población, dañen al entorno y condicionen, finalmente, una viabilidad urbana sostenible.

—Y sin embargo, el 90 por ciento de los europeos respira aire contaminado.

La calidad del aire en las ciudades españolas ha mejorado en términos absolutos, debido a una reglamentación más estricta, la salida de las industrias de las ciudades y la incorporación de determinados avances técnicos. Pero los informes destacan continuamente que en algunas ciudades españolas esa calidad del aire no es aún satisfactoria y constituye una preocupación creciente por su incidencia en la salud de sus ciudadanos, afectando muy especialmente a los niños, los mayores y las personas con problemas cardio-respiratorios. Las ciudades españolas, especialmente las grandes y densamente pobladas, siguen sobrepasando en muchas ocasiones no solo los límites establecidos por la legislación europea para algunos contaminantes, sino que además estos límites están bastante por encima de los establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

—¿Existe conciencia en la sociedad sobre este tema?

Se puede asegurar que, ante los perjuicios ocasionados por la contaminación atmosférica a la salud y al medio ambiente, que también tiene su traducción en altos costes económicos y sociales, la mejora de la calidad del aire es una necesidad crecientemente sentida por los ciudada-

«Hace falta más información a los ciudadanos para que tengan un mayor conocimiento y puedan ejercer opciones comprometidas y responsables»

nos, que cada vez más exigen su derecho a respirar aire limpio. Igual que el agua ya se considera un derecho humano, también lo debería ser el aire limpio.

Pero, sin embargo, en la actualidad nos encontramos con que un amplio porcentaje de población urbana en la UE y España soporta concentraciones elevadas de contaminación atmosférica, con consecuencias nefastas. En la UE se estiman del orden de 500.000 muertes prematuras por efecto de los contaminantes atmosféricos, especialmente en las grandes ciudades. En el caso de España, la cifra ya ronda las 20.000 muertes prematuras. Casi 10 veces más que las muertes debidas al tráfico. Efectivamente, necesitamos un nuevo enfoque de integración por parte de las Administraciones responsables. Esto significa, en primer lugar, tratar de entender mejor las complejas interacciones entre las sustancias contaminantes, la salud humana y los ecosistemas urbanos y naturales. Y, en segundo término, adoptar nuevos planteamientos con una visión de conjunto. Y lo que puede ser más significativo es apostar por una integración efectiva de las políticas de calidad del aire con otras políticas como la lucha contra el cambio climático, la movilidad, el urbanismo, la gestión del territorio y la salud ambiental en clave de sostenibilidad integral. Pero también hace falta más información a los ciudadanos para que tengan un mayor conocimiento y puedan ejercer opciones comprometidas y responsables, como apostar por el transporte público o por sistemas de movilidad no contaminante.

—¿Cómo va esa labor pedagógica que antes realizaba el Observatorio de la Sostenibilidad en España (OSE) y que ahora continuará manteniendo seguir desde la nueva Asociación para la Sostenibilidad y el Progreso de las Sociedades (ASYPIS)?

Sigue siendo muy necesaria la pedagogía de la sostenibilidad, debatir las ideas y buscar soluciones para intentar un mundo mejor. Los desafíos del siglo XXI son enormes. Se trata de asumir nuevos paradigmas a fin de transformar la estructura y el funcionamiento de los sistemas económicos, sociales y urbanos en consonancia con las capacidades del ecosistema global. Y hacerlo según la lógica de la sostenibilidad y la mejora de la resiliencia, buscando círculos virtuosos entre el uso eficiente de los recursos, la prosperidad racional, la urbanización convivencial y una economía sostenible.

Después de la desaparición del OSE, estimamos que son necesarias capacidades independientes y competentes de la sociedad civil, como pretende ser la Asociación para la Sostenibilidad y el Progreso de las Sociedades, que sean centro de observación permanente de los procesos de sostenibilidad y progreso y que fomenten la investigación, la comunicación, las nuevas ideas y el debate sobre nuestro presente y futuro común.

Desde ASYPS pretendemos abrir una línea de trabajo permanente sobre los problemas de salud, sostenibilidad y calidad de vida, incorporando un programa de reforzamiento de la conciencia social, impulsando foros de debate y desarrollando proyectos que sirvan para afrontar cambios en los modos de producción, consumo, educación y comportamiento con criterios más racionales, responsables y sostenibles. La salud e integridad del medio ambiente, la sostenibilidad, el bienestar y el progreso siguen siendo temas de un interés preferente para nuestras sociedades y, por ello, son campos de actuación preferente también para ASYPS. ♦

5.1 Tecnoadicción

Un 1,5 por ciento de los adolescentes, más de 70.000, estaría afectado por tecnoadicción en España. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cuatro personas sufre adicción a las nuevas tecnologías. La proliferación de dispositivos, como los *smartphone*, hace que este problema sea cada vez mayor. Un 21,3 por ciento de los jóvenes está en riesgo de desarrollar conductas adictivas a Internet por el mal uso de las redes sociales.



MAS DE 70.000 ADOLESCENTES SON tecnoadictos

Internet, telefonía móvil, videojuegos y televisión. Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) se han instalado de forma rápida en nuestras vidas en los últimos años. En principio, es algo positivo. El abaratamiento de los costes de los aparatos y de las conexiones ha favorecido su generalización. La cifra de internautas mundiales en 2012 se estima en casi 2.500 millones (38,8 cada 100 habitantes), con un crecimiento interanual del 10,7 por ciento.

Un 58 por ciento de los europeos de 16 a 74 años utiliza Internet regularmente (al menos una vez por semana, inclu-

yendo los que lo hacen diariamente) frente al 51 por ciento en España. El correo electrónico (64 por ciento) y la búsqueda de información sobre bienes y servicios (61 por ciento) siguen siendo los dos usos mayoritarios tanto en la UE27 como en España. El 73 por ciento de los españoles cree fundamentales las nuevas tecnologías en la educación y el 68 por ciento las considera muy importantes en el mundo laboral.

Hay otro dato que refleja el nivel de implantación de las nuevas tecnologías en nuestro país: España lidera en Europa en el uso del *smartphone* (teléfono inteligente) con un 66 por ciento de ta-

sa de penetración, según el informe *Spain Digital Future in Focus* de comScore. La media común entre Inglaterra, Francia, Italia, Alemania y España es del 57 por ciento.

Hace poco no existían, ahora no hay quién viva sin ellos. El *smartphone* es el icono de las nuevas tecnologías. Se ha convertido en un nuevo instrumento de ocio. Es común ver a niños pequeños con uno de ellos. El móvil es un aparato de uso mayoritario entre los menores de edad. En nuestro país, una radiografía elaborada por Tuenti Móvil arroja que el 94 por ciento de los jóvenes entre 16 y 35 años posee móvil, que



Latinstock

el 84 por ciento se conecta a Internet desde su *smartphone* y que el 47 por ciento tiene planes para conectarse a la red. Otros estudios revelan que un tercio de los niños de diez años dispone de un móvil.

Un uso inadecuado o abusivo de las nuevas tecnologías puede derivar en importantes consecuencias negativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva tiempo advirtiendo de que una cuarta parte de la población sufre algún problema de adicción a las nuevas tecnologías. En España se calcula que entre un 6 y un 9 por ciento de los usuarios habituales de Internet podría haber desarrollado algún comportamiento adictivo.

¿Somos adictos a estar conectados continuamente? Probablemente se abuse del término adicción. En porcentaje, son pocos los casos que presentan propiamente un nivel de adicción. Otra cosa es que se haga un mal uso o un abuso de las nuevas tecnologías. Un uso malo es cuando,

en lugar de estar el instrumento al servicio de las necesidades de la persona, es la persona la que se vuelve dependiente de ese instrumento.

La expansión de las TIC

El último Eurobarómetro sobre comunicaciones electrónicas en el hogar, publicado en agosto de 2013, desveló que el uso de teléfonos móviles para acceder a Internet había crecido en España un 25 por ciento en el último año y medio anterior. Nuestro país, con un 8 por ciento más, era el que más había aumentado en Internet móvil en la Unión Europea, donde la media se sitúa en el 49 por ciento. Eso sí, la implantación en general de Internet en 2013 creció en España un 6 por ciento respecto a 2011, hasta llegar a un 58 por ciento, un 10 por ciento menos que la media europea.

El 78,3 por ciento de los hogares españoles dispone de algún tipo de ordenador. Durante 2012 el ordenador portátil en el hogar superó al de sobremesa (59,2 por ciento frente a 56,4 por ciento en el tercer trimestre). El año 2013 puede considerarse en España el de la implantación efectiva de la movilidad, al completarse de cara a los usos tecnológicos el círculo formado por las infraestructuras de red, los dispositivos (teléfonos inteligentes y tabletas) y determinadas aplicaciones y funcionalidades que han alcanzado de inmediato masa crítica. Es de destacar también la rápida expansión y la consolidación de las redes sociales

El 21,3 por ciento de los adolescentes españoles está en riesgo de desarrollar una conducta adictiva a Internet debido al uso «abusivo» de las redes sociales

digitales. Así lo describe el último informe anual *La sociedad en red*, presentado por el Ministerio de Industria, Energía y Turismo, la plataforma Red.es y el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI).

Este informe señala que el 94 por ciento de los hogares dispone de algún teléfono móvil y el 85,8 por ciento de los individuos de 15 y más años tiene móvil del que hace uso al menos una vez al mes. Con el aumento de penetración del *smartphone* (realmente un ordenador con el que se puede hablar por teléfono), que tiende a la generalización progresiva del uso de Internet en movilidad, se observa a su vez un importante aumento del uso de *chat* (Whatsapp y servicios similares, mensajería instantánea, etc.) utilizado diaria o semanalmente por más de una cuarta parte de los usuarios de móvil. Se accede a Internet a través de móvil en el 56,6 por ciento de los hogares, tras un gran incremento de más de 22 puntos en un año.

Informe Juventud en España

El foco está puesto ahora en los adolescentes, que utilizan diferentes plataformas tecnológicas y consumen una elevada cantidad de contenidos digitales. El informe *Juventud en España 2012*, realizado por el Instituto de la Juventud (Injuve), de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pone de manifiesto que las actividades favoritas de ocio para el segmento entre 15 y 29 años son: usar el ordenador (94,8 por ciento), salir o reunirse con amigos (92,5 por ciento), escuchar música (87 por ciento) y ver la televisión (83,9 por ciento). Jugar con videojuegos es seleccionado por el 67,8 por ciento. Llama la atención que en el *ranking* de las actividades favoritas solo la segunda, salir o reunirse con amigos, no tenga un componente tecnológico.

Por otro lado, según datos de Protégeles, organización destinada a proteger a la infancia y que posee un centro de seguridad en Internet, un 1,5 por ciento de los adolescentes estaría afectado por la tecnoadicción en nuestro país. No es un porcentaje muy elevado, pero supone más de 70.000 adolescentes. Son muchos. Algunos abandonan el colegio o el instituto, o dejan de relacionarse. Otros no duermen y trasnochan participando en un videojuego multijugador. Otros más tienen problemas con sus padres porque no quieren hacer otra cosa.

Enganchados a Internet

El porcentaje de menores que corresponde a un desorden de adicción no es alto, pero el porcentaje de menores que están desarrollando características propias y previas a un trastorno de adicción es considerable. En ese caso, sube a un 15 por ciento. Asimismo, los expertos avisan de que nada indica que este problema no vaya a ir a más.

Los adolescentes se sienten especialmente atraídos por Internet debido a sus características de desarrollo. Entre otras, necesidad de tener conocimientos y vivencias y curiosidad adolescente. El estudio *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos*, del consorcio EU NET ADB, del que forma parte Protégeles, define la Conducta Adictiva a Internet (CAI) como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso de Internet. Esta conducta conduce potencial-

El 78,3 por ciento de los hogares españoles tiene algún ordenador. El año 2013 puede considerarse el de la implantación efectiva de la movilidad

mente al aislamiento y al descuido de las relaciones sociales, de las actividades académicas, de las actividades recreativas, de la salud y de la higiene personal.

De una muestra de 13.000 adolescentes de entre 14 y 17 años, un 1,2 por ciento presenta CAI, mientras que un 12,7 por ciento presenta un riesgo de CAI. España es, junto a Rumanía y Polonia, uno de los países con mayor prevalencia de conducta disfuncional en Internet. En España, los porcentajes suben al 1,5 por ciento y al 21,3 por ciento respectivamente. El citado informe deduce que los chicos, los adolescentes más mayores y aquellos cuyos padres disponen de un menor nivel educativo son más propensos a sufrir una conducta disfuncional en Internet.

Haciendo un desglose de las actividades en Internet, un 92 por ciento es miembro de al menos una red social. El 39,4 por ciento de los adolescentes pasa al menos dos horas en las redes sociales en un día normal. En ese sentido, el uso de las redes sociales durante más de dos horas al día

está asociado con la conducta disfuncional en Internet. Igualmente, tener más de 500 amigos *online* está asociado con la conducta disfuncional en Internet. Más chicas que chicos usan redes sociales.

El 21,3 por ciento de los adolescentes españoles está en riesgo de desarrollar una conducta adictiva a Internet debido al uso «abusivo» de las redes sociales, lo que sitúa a España a la cabeza de Europa.

Respecto a juegos de ordenador, el 61,8 por ciento es jugador. Los adolescentes que juegan tienen un riesgo dos veces mayor de manifestar una conducta disfuncional en Internet. Jugar más de 2,6 horas por día está asociado con una conducta disfuncional en Internet. Los niños son más propensos a abusar o a tener adicción al juego. El 5,9 por ciento del total de la muestra apuesta *online*, mientras que un 10,6 por ciento apuesta en la vida real. Los adolescentes que apuestan tienen tres veces más riesgo de manifestar una conducta disfuncional en Internet.

Conductas de alto riesgo

Un número significativo de adolescentes puede estar expuesto a riesgos de Internet, un número mucho menor experimenta daños. La clave está en educarles para poder hacer frente a los riesgos y que así no lleguen a experimentar daños.

Penetración de servicios TIC en los hogares españoles

	2004	2008	2012
Telefonía móvil	78,1%	86,9%	94%
Telefonía fija	87,9%	83%	83,7%
Internet	26,9%	44,5%	66,9%
TV Pago	20,3%	21,9%	23,5%

Fuente Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información (ONTSI).

Porcentaje de adolescentes con conducta disfuncional respecto a Internet por país

	En riesgo de CAI*	Con CAI
España	21,3	1,5
Rumanía	16	1,7
Polonia	12	1,3
Países Bajos	11,4	0,8
Grecia	11	1,7
Alemania	9,7	0,9
Islandia	7,2	0,8
Todos los adolescentes	12,7	1,2

Fuente Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos, del consorcio EU NET ADB.

* CAI: Conducta Adictiva a Internet



Latinstock

La campaña ControlaTIC, de FUNDACIÓN MAPFRE, ayuda a prevenir la tecnoadicción

Precisamente, respecto a conductas de alto riesgo, el consorcio EU NET ADB trata el *grooming* (cuando un adulto establece lazos de amistad con un niño o niña en Internet, con el objetivo de obtener una satisfacción sexual mediante imágenes eróticas o pornográficas del menor o incluso como preparación para un encuentro sexual), el contenido sexual y el *ciberbullying* (ciberacoso). El 63 por ciento del total de la muestra de *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos* ha contactado con extraños a través de la red. El 9,3 por ciento de los que contactan con extraños *online* manifiesta que esta experiencia la percibieron como dañina (5,4 por ciento de la muestra total). De los menores que habían contactado con extraños *online*, un 45,7 por ciento había quedado cara a cara con alguien que conocieron previamente por Internet (esto supone un 28,4 por ciento del total de la muestra).

El 58,8 por ciento ha estado expuesto a imágenes sexuales. El 32,8 por ciento de aquellos expuestos a imágenes sexuales declara que esta experiencia fue dañina (18,4 por ciento del total de la muestra). Además, más chicos que chicas han estado expuestos a imágenes sexuales. España se sitúa entre los porcentajes más bajos de exposición a este tipo de imágenes.

El 21,9 por ciento del total de la muestra ha experimentado *bullying online*. El 53,5 por ciento de aquellos acosados ha manifestado que aquella experiencia fue dañina. Más chicas que chicos experimentan *bullying*. España es el país en el que menos casos de *ciberbullying* se producen: 13 por ciento frente a una media europea del 22 por ciento.

En resumen, lo que lleva a los jóvenes españoles a encontrarse a la cabeza de Europa en cuanto al riesgo de desarrollar una conducta adictiva a Internet es el papel de las redes sociales y la cantidad de tiempo, más de dos horas diarias, que les dedican. Y gracias a los móviles con conexión a Internet, los jóvenes no tienen que esperar a llegar a casa para utilizar el ordenador, sino que están conectados permanentemente.

Campaña de sensibilización

Contrarrestar los efectos negativos del nuevo desafío digital sobre adolescentes y jóvenes es una tarea compleja que depende en buena medida de los padres, que deben configurar en sus hijos una cultura de la prevención para evitar las indeseables consecuencias de la tecnoadicción. La ayuda también procede de organizaciones sensibilizadas con este problema, como FUNDACIÓN MAPFRE,

que, en colaboración con el Centro de Seguridad en Internet y el Grupo Siena, ha lanzado el programa educativo ControlaTIC, una iniciativa destinada a menores de 11 a 16 años (tercer ciclo de primaria y primer y segundo ciclo de la ESO), a sus familias y a los educadores con objeto de difundir el uso responsable de las nuevas tecnologías, con especial énfasis en las tecnoadicciones. A través de talleres presenciales que se celebran en centros educativos de varias comunidades autónomas, psicólogos de Protégeles ayudan a estos jóvenes a evaluar su situación, identificar señales de alarma, qué hacer ante un problema, cómo ayudar a un amigo que está enganchado y cómo resolver situaciones conflictivas en la Red.

Como material de apoyo, la campaña distribuye guías didácticas para profesores y familias en las que se establecen las pautas necesarias para tratar estos síntomas, evitar riesgos futuros y reducir el nivel de dependencia de los jóvenes con el móvil, las tabletas, el ordenador y los videojuegos, entre otros aparatos. Las guías recomiendan a los profesores que estén pendientes de si sus alumnos disminuyen el rendimiento escolar y sufren cambios importantes en sus relaciones sociales y en sus comportamientos. También recomiendan a los padres limitar el tiempo que los menores dedican a las nuevas tecnologías, estableciendo lugares abiertos y comunes y tiempos limitados (no superiores a las dos horas al día) para utilizarlos; y evitar que usen tanto el ordenador como el teléfono móvil para rellenar sus tiempos muertos o antes de cumplir con sus responsabilidades domésticas o académicas. ♦

5.1.1 Perfiles

CUATRO TIPOS DE USUARIOS

El estudio *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos*, del consorcio EU NET ADB, establece cuatro tipos de usuarios de Internet con riesgo de tener o que han tenido una conducta disfuncional en Internet.

1. **Stuck online**

Este tipo puede tener necesidad de conocimientos, vivencias y experiencias *offline*. Sin embargo, debido a las deficientes habilidades sociales se siente decepcionado, acosado o excluido y, por lo tanto, «atrapado» *online*. Realiza un uso excesivo de Internet. Descuida las rutinas diarias (colegio, amigos, obligaciones). Sufre efectos negativos por el uso excesivo como alteración del sueño o ansiedad si no puede meterse en Internet. Tiene dificultad para disminuir su uso, incluso reconociendo el impacto negativo.

2. **Haciendo malabarismos**

Este tipo puede tener necesidad de conocimientos, vivencias y experiencias *offline*, y además tener un buen nivel de habilidades sociales. Las actividades *online* pueden tener una estrecha conexión con las actividades *offline*. Por ejemplo, un adolescente con muchos amigos puede tener una alta participación en Facebook. Es decir, equilibra las actividades diarias con el uso de Internet. Sufre estrés dentro de una apretada agenda.

3. **Completando una etapa**

Este tipo muestra una necesidad de conocimientos, vivencias y experiencias *offline* y tiene habilidades sociales. Sin embargo, debido a las características de desarrollo propios de la edad, experimenta un ciclo de uso intenso de Internet y la posterior ruptura a través de la autocorrección. La autocorrección puede llegar a través de la saturación («acabar harto»), del reconocimiento de consecuencias negativas (problemas físicos, dolores, disminución del rendimiento académico, conflictos con los padres, etcétera) o de la motivación (relación romántica, etc.).

4. **Matando el tiempo**

Este tipo carece de necesidad de conocimientos, vivencias y de experiencias *offline*, y puede tener habilidades sociales limitadas. El entorno *offline* es percibido como «aburrido». La persona en cuestión carece de actividades de interés alternativas. La participación *online* le ayuda a ocupar su tiempo de una forma agradable. Hay una reacción automática al aburrimiento. ♦



Latinstock



Latinstock

5.2 Comportamientos sociales

Fronteras borrosas en la Red entre LO ÍNTIMO, LO PRIVADO Y LO PÚBLICO

Las nuevas tecnologías surgen para hacer la vida del usuario más fácil y cómoda, pero son un riesgo cuando se utilizan de manera inadecuada, especialmente en el caso del *smartphone*. El comportamiento multitarea y estar pendiente de los dispositivos puede ser peligroso en ciertas situaciones, como a la hora de conducir, y puede provocar accidentes. Las redes de las nuevas tecnologías tejen, además, fronteras borrosas entre lo íntimo, lo privado y lo público.

Es muy frecuente ver reuniones de amigos en las que apenas se dirigen la palabra entre sí porque la mayoría está pendiente de su *smartphone*, que ofrece conectividad total las 24 horas del día. La mensajería instantánea Whatsapp, u otras, hace que, por ejemplo, se creen conversaciones paralelas, e incluso se puede ver a alguien

jugando con alguna aplicación. Para combatir esta situación se ha puesto de moda el juego Phone Stack, consistente en apilar los teléfonos móviles en el centro de la mesa y el que primero atienda al suyo paga la factura del restaurante o de la ronda del bar.

Por otro lado, ya hay empresas donde previamente a una reunión se establece

una mesa en la que todo el mundo deja su *smartphone* en silencio y entonces empieza el encuentro.

También es frecuente chatear con un contacto de Whatsapp y que al rato el interlocutor le diga a uno que va conduciendo o ver en Facebook o Instagram fotos que suben los usuarios hechas desde el asiento del conductor del coche y en movimiento. Ya no es solo la radio lo que distrae a los conductores dentro del habitáculo. El comportamiento ante las nuevas tecnologías puede convertirse en sinónimo de accidente.

Enrique Echeburúa, catedrático de Psicología Clínica en la Universidad del País Vasco y coautor de la guía para educadores *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes*, distingue, al tratar la adicción a Internet, lo que es la adicción a Internet propiamente de lo que son los adictos en Internet.

«A veces», dice, «Internet es un instrumento para dar salida a otro tipo de adicciones que pueda tener alguien. Es el caso de una persona que sufra una adicción al juego, al póquer *online* o a las casas de apuestas. Estas personas están muchas ho-

ras en Internet, pero no tienen adicción a Internet. Tienen adicción al juego. La tecnología les facilita el acceso las 24 horas del día al juego sin tener que salir de casa, sin que les vean. Otras veces puede haber otro tipo de adicciones. Hay personas adictas a las compras que utilizan páginas de Internet y que están pendientes de ofertas y de oportunidades que haya por la Red. Si pasa muchas horas o eso le distrae en el trabajo, si se aísla socialmente, si además empieza a mentir para ocultar realmente su dependencia, estamos hablando de una adicción. Pero en este caso el elemento fundamental no es la nueva tecnología, sino las compras», aclara el catedrático.

A su juicio, uno de los problemas, tanto de Internet como de las redes sociales, y en particular de Whatsapp como sistema de mensajería que tiende hoy a imponerse por su carácter gratuito e inmediato, es la ruptura de la frontera entre lo que es íntimo, lo que es privado y lo que es público. Una de las características más importantes es que las redes sociales se han convertido en «una especie de patio de vecinos». Sorprende la frontera tan borrosa que existe actualmente entre lo que es íntimo, lo que es privado y lo que es público. «La mayor parte de las personas tenemos relativamente clara la diferencia. En las redes sociales da la sensación de que, como una persona no ve a la persona que tiene enfrente, se permite hablar del mundo de las emociones, de los sentimientos, como si fuera una cosa íntima, cuando lo está exponiendo en un muro, en el caso de Facebook, de manera que es visible para otras personas».

Echeburúa apunta que «si hay una obsesión enfermiza por adquirir la última novedad tecnológica o las TIC se transforman en el instrumento prioritario de placer, el ansia por estar a la última puede enmascarar necesidades más poderosas». Añade que «las redes sociales pueden atrapar en algunos casos a un adolescente porque el mundo virtual con-

tribuye a crear en él una falsa identidad o a distorsionar el mundo real». Recuerda que lo que caracteriza a una adicción es la «pérdida de control y la dependencia».

La adicción o el uso inadecuado a las nuevas tecnologías existe prácticamente desde que existen las nuevas tecnologías. Si bien el avance cualitativo que representan el *smartphone* y la *tableta* en cuanto a conectividad deriva en un riesgo mayor en los últimos tiempos. Las nuevas tecnologías, cuyo precio ha descendido considerablemente, se introducen en nuestras vidas de una manera más rápida que antes. Hoy convivimos con grandes dosis no solo de televisión, sino también de Internet, de telefonía móvil y de videojuegos. Con todo, el uso que se haga de ellas determinará sus consecuencias en la vida de sus usuarios.

Los expertos de Protégeles explican que, en la actualidad, «no existe un consenso acerca de la correcta denominación de estas conductas». Se dan múltiples posibilidades como tecnoadicciones, adicción a las nuevas tecnologías, Desorden de Adicción a Internet o Síndrome de Adicción a Internet (en el caso de esta tecnología).

Síntomas de la adicción

Con independencia del término empleado, «este tipo de conductas desadaptativas se caracteriza, como cualquier otra adicción, por tres síntomas. El primero es la tolerancia. Ahí se percibe la necesidad de la persona de aumentar el tiempo que pasa utilizando el dispositivo tecnológico para obtener el mismo efecto. El bienestar que genera su uso va progresivamente disminuyendo, y por eso el usuario tiende a utilizarlo durante cada vez más tiempo, para poder obtener un nivel adecuado de satisfacción», describen.

El segundo es la abstinencia. Es decir, la persona en cuestión experimenta una sensación desagradable cuando no puede usar la tecnología. Por este motivo, tiende a usarla cada vez más y de forma más com-



La falta de amigos y la soledad pueden llevar a los jóvenes a refugiarse en las nuevas tecnologías

pulsiva, «para aliviar el malestar que le genera no poder hacerlo». El tercero es la dependencia. El usuario dependiente comienza a tener una serie de pensamientos y conductas relacionadas con su problema, que repercuten en sus relaciones sociales y familiares, en su rendimiento escolar o laboral.

Al igual que ocurre con otras adicciones, el afectado acaba ejecutando una conducta repetitiva y sin control en relación con las nuevas tecnologías. No lo hace por la búsqueda de gratificación, sino por reducir el nivel de ansiedad que le produce el hecho de no realizarla.

Desde Protégeles avisan de que los adolescentes, que son los que más se conectan a Internet, son más vulnerables al poder adictivo de las nuevas tecnologías. Constituyen un grupo de riesgo porque tienden a buscar sensaciones nuevas.

En primer lugar, porque estas les permiten moverse por un mundo de fanta-

sías. En segundo lugar, porque chatear por Internet o por el teléfono móvil les facilita el mostrarse tal y como les gustaría ser, no como realmente son. En tercer lugar, porque el uso de las nuevas tecnologías les posibilita estar a la moda. En cuarto lugar, porque el anonimato y la ausencia de contacto visual que caracteriza a las nuevas tecnologías ceden al usuario el expresarse y hablar de temas que en el cara a cara les resultaría imposible de realizar. En quinto lugar, porque Internet permite a los adolescentes estar en contacto con su grupo de iguales sin estar físicamente juntos. En sexto lugar, porque los videojuegos son emocionalmente estimulantes por su rapidez e intensidad. Y en séptimo lugar, porque éstos entregan al jugador el vivir en primera persona una aventura poniendo en práctica estrategias sin tener en cuenta las consecuencias que podrían tener en la vida real.

La seducción de la Red

Internet seduce a los jóvenes por sus características peculiares. La guía *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes* las enumera: la respuesta rápida, las recompensas in-

El adicto a las TIC es el que tiene una necesidad imperiosa de estar conectado, junto a un síndrome de abstinencia

mediatas, la interactividad y las múltiples ventanas con diferentes actividades.

Esto no quiere decir que las personas mayores estén exentas de este riesgo. De hecho, este tipo de adicciones son cada vez más frecuentes entre los mayores de 50 años, que caen presas principalmente de páginas de apuestas *online* sobre eventos deportivos o de partidas de póquer. Los síntomas son los mismos que los que se sufren en la adolescencia.

Los expertos coinciden en que las TIC no generan por sí mismas la adicción. Las personas con problemas previos son las que más recurren a ellas y hacen un uso indebido de las mismas. Así, los jóvenes en situación de riesgo suelen ser los que han crecido en un ambiente familiar poco propicio para su desarrollo o falta de un adecuado nivel comunicativo, suelen poseer una baja autoestima y tienden a huir de un mundo adulto que les resulta hostil, refugiándose en las nuevas tecnologías. La falta de amigos y la soledad pueden llevar a los jóvenes a refugiarse en las nuevas tecnologías.

«A ello se une, en el caso de los adolescentes, el hecho de encontrarse en un periodo de cambios tanto físicos como emocionales. La no aceptación de la propia imagen corporal, la baja autoestima, la inseguridad y otros factores pueden hacer de las nuevas tecnologías un refugio ideal para que los adolescentes proyecten ante los otros una imagen más ideal o incluso irreal de sí mismos para hacerla más atractiva, según los vigentes cánones sociales», exponen en Protégeles.

Privacidad en el ciberespacio

Un niño tímido puede encontrar en la privacidad del ciberespacio un medio para liberarse de las ansiedades que le producen las relaciones sociales diarias. La barrera de lo patológico se cruza cuando dicha conducta se transforma en dependencia para el sujeto y este reduce progresivamente su campo de intereses y sus obligaciones. La conducta adictiva termina por acaparar su vida y no existen otras actividades gratificantes fuera de la conducta que motivó la adicción.

Para proteger a jóvenes y adolescentes de las adicciones se aconseja proporcionar una información clara y suficiente de los beneficios de las nuevas tecnologías, pero también de los riesgos que implican. Del mismo modo, es importante controlar su uso, estableciendo límites de forma tajante, hasta que el joven vaya alcanzando su madurez y sea capaz de autoimponerse estos límites de manera natural. Hay que señalar la importancia que tiene un uso eficaz del ocio y del tiempo libre.

Existen una serie de rasgos que hay que ver en su conjunto para concluir que alguien está haciendo un uso inadecuado de las nuevas tecnologías. Normalmente, no suele ser el tiempo de uso, que es de lo que más se preocupan los padres. Hay que



averiguar qué otros comportamientos hay alrededor. Es decir, si está dejando de hacer cosas o no. Si está sufriendo cuando no puede hacer esa actividad o no.

El adicto a las TIC es el que tiene una necesidad imperiosa de estar conectado, junto a un síndrome de abstinencia y un enojo excesivo cuando no puede utilizarlas. Hay tal dependencia que obliga a estar conectado. Los nuevos dispositivos, sobre todo el *smartphone* y la tableta, atraen por su facilidad de llevarlos a la cama, al baño, al colegio; por su velocidad de navegación y por tener casi de todo con un clic. Se tiende a infravalorar la obsesión por el móvil, por Internet o por otras nuevas tecnologías porque no hay sensación de daño fisiológico. Pero hay consecuencias: irritabilidad, incertidumbre, aburrimiento o nerviosismo.

Aliviar el malestar emocional

Una persona sin adicción habla por el móvil o se conecta a Internet por la utilidad o el placer de la conducta en sí misma. Por contra, un adicto, según Echeburúa, lo hace buscando el alivio del malestar emocional. Hay que recordar que las máquinas están al servicio del ser humano y no al revés.

Con todo, ¿la adicción a las nuevas tecnologías es un riesgo emergente? La respuesta de Echeburúa es afirmativa. «Es un riesgo emergente en la medida en que las nuevas tecnologías son emergentes. Curiosamente, hablamos de nuevas tecno-

Consejos para la privacidad en las redes sociales

La intimidad y privacidad de los menores está amenazada mientras navegan por Internet. Allí vuelcan datos personales e imágenes que pueden ponerles en riesgo, por lo que hay que sensibilizarles sobre la necesidad de proteger su intimidad. La guía *Tecnoadicciones*, elaborada por FUNDACIÓN MAPFRE en colaboración con el Centro de Seguridad en Internet Protégeles y Grupo Siena, propone varios consejos para los menores:

- Deben facilitar el menor número de datos personales (evitar dar el nombre completo, dirección, teléfono...).
- Deben tener cuidado con las fotografías que comparten, ya que contienen información que puede ponerles en riesgo. Esas fotos, además, pueden ser copiadas, manipuladas y distribuidas durante años por la Red.
- Respecto a las imágenes de los demás, hay que recordarles que la Ley de Protección de Datos impone multas económicas por manejar información/imágenes de otras personas sin su autorización.
- Para colgar o publicar una foto deberían pedir permiso a las personas que aparecen en la misma. Si son menores de 14 años necesitarán la autorización de los padres.
- Para evitar problemas de suplantación de identidad, deben aprender a usar contraseñas complicadas y secretas.
- Deben usar con cuidado la webcam, solo con personas que conocen cara a cara.
- Utilizar siempre el máximo nivel de privacidad en la red social, y aceptar solo a verdaderos conocidos.
- Ser cuidadosos en lo que dicen. Los textos e imágenes que suben a la Red conforman su identidad digital.
- Evitar clics de enlaces sospechosos, ya que podrían redirigirnos a páginas con contenidos maliciosos.

logías y no incluimos ahí la televisión. Desde una perspectiva histórica es relativamente nueva. Y hay personas, sobre todo mayores, que tienen dependencia de la televisión. Dependen de ella. Una adicción a una sustancia o a una conducta, como es este el caso, surge cuando esa conduc-

ta se difunde masivamente y está al alcance de la mayor parte de la población. Por razones obvias, no existe adicción al juego en los países en los que el juego está prohibido», concluye.

Las TIC tienen un aspecto positivo, porque hacen la vida de los seres humanos más cómoda, tanto a nivel de trabajo como de ocio y de relaciones sociales. De lo que se trata es de hacer un uso adecuado de un instrumento positivo. La comunicación virtual no ha de sustituir a la comunicación real, a la comunicación cara a cara. El estar delante de una pantalla puede sustituir a otras actividades. Hay que buscar un equilibrio. A Echeburúa le preocupa la transposición de planos entre lo que es íntimo, lo que es privado y lo que es público. ♦

Usuarios de Internet en el mundo por regiones (en millones)

	2010	2011	2012*	2013*
África		101	120	140
Estados árabes	90	107	124	141
Asia / Pacífico	868	999	1.133	1.269
CIS	95	114	130	145
Europa	411	428	443	647
América	458	502	542	582
TOTAL	2.002	2.252	2.493	2.744

*Estimación. Fuente Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información (Ontsi), a partir de la UIT

5.3 Prevención

El papel de los padres para encauzar los hábitos de sus hijos con las nuevas tecnologías

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA tecnoadicción

Las políticas preventivas para luchar contra la tecnoadicción son muy irregulares. Se viene haciendo hincapié en escuelas de padres o en las aulas, especialmente en lo que atañe a una excesiva dependencia del ordenador. Las indicaciones han dado algún resultado para compartir su uso por toda la familia o para evitar que los menores accedan a páginas de contenido sexual o xenófobo. Pero esas precauciones han sido superadas con el uso del *smartphone*.

No hay que olvidar que muchos de los adolescentes, incluso niños, están con un *smartphone* las 24 horas del día. Muchos se acuestan y hasta lo ponen debajo de la almohada. Y con él tienen acceso a Internet y a todo tipo de aplicaciones. En ese sentido, Enrique Echeburúa, catedrático de Psicología Clínica en la Universidad del País Vasco, lamenta el que no haya una política preventiva sistemática. Admite que «ha habido algunos intentos que se han hecho en varias comunidades autónomas, en distintos centros escolares, aprovechando materias como Educación para la Salud, o ciertos programas. Aparte de impartir edu-



Latinstock

cación en el ámbito del sexo, del uso moderado del alcohol o del riesgo asociado al consumo de drogas, se ha insistido en los problemas relacionados con el ordenador, con el *smartphone* y con las nuevas tecnologías. No obstante, no existe una programación sistemática que se esté llevando a cabo de forma uniforme y que se haya evaluado sistemáticamente».

El papel de los padres

Es importante que los padres se familiaricen con las nuevas tecnologías. Así, pueden ayudar a los hijos a la hora de advertir el nivel de riesgo que entrañan ciertas aplicaciones de las nuevas tecnologías, sobre todo su mal uso. Por ejemplo, a la hora de realizar una multitarea, si se está conectado con el ordenador cuando se está estudiando, se resta eficiencia a la actividad principal.

Igualmente, pueden ayudar a la hora de distinguir entre lo que es íntimo, lo que es privado y lo que es público. Al mismo tiempo, muchos hijos pueden ayudar a sus padres a familiarizarse con las nuevas tecnologías y a utilizar algunos recursos como el almacenamiento en la nube u otros. Puede producirse ahí una ayuda recíproca: los jóvenes pueden adiestrar a los padres en el uso de las nuevas tecnologías, su lenguaje y sus posibilidades; y los padres, a su vez, deben enseñar a los jóvenes a usarlas en su justa medida.

Es importante que ofrezcan a sus hijos valores pedagógicos en relación con el uso constructivo de Internet y que, por ello, les adviertan de la importancia de proteger su vida privada evitando la publicación de cierta información y fotografías personales en las redes sociales.

Si la palabra convence, el ejemplo arrastra. Los padres han de ser referentes. Si hablan por el móvil mientras conducen, si restan importancia a los riesgos, si piensan que son solo segundos, sus hijos también tendrán estos valores. Les estarán enseñando a priorizar mal. Estarán prio-



Latinstock

rizando un mensaje o una llamada por encima de su propia seguridad.

Se les transmitiría en ese caso que se pueden saltar las reglas porque el teléfono es tan importante que vale la pena hacerlo. Eso significa que en la mesa no se come ni con móviles ni con tabletas. La mesa es un encuentro social, un lugar para compartir, para comunicarse y para participar de lo que ocurre a los integrantes de la familia durante el día.

Los niños nacen sin límites y son los padres quienes se los tienen que poner. Les enseñan una rutina para dormir, unos hábitos de estudio y también les tienen que establecer un límite horario para que se relacionen con las nuevas tecnologías. Este horario dependerá de la edad, del éxito y fracaso con sus otras obligaciones y de las necesidades particulares que cada uno tenga en su casa.

Hay que entrenar el autocontrol de los hijos. Una de las características, que puede acarrear problemas, de las nuevas tecnologías es la inmediatez y la rapidez con la que se responde y se obtiene información. Las redes sociales permiten a personas tímidas relacionarse más fácilmente, ya que pueden mentir sobre sí mismos y vencer su miedo a conocer gente nueva. El tratamiento que mejor funciona para la adicción es alejarse por completo de aquello que

Los expertos recomiendan retrasar al máximo la edad de posesión de un teléfono móvil

provoca adicción, aunque en el caso de las nuevas tecnologías puede resultar más difícil de conseguir, ya que continuamente son necesarias, para el trabajo o para comunicarse.

Estrategias preventivas

Eccheburúa detalla que deben programarse estrategias preventivas tanto en el seno de la familia como en la escuela sobre la base de los factores de riesgo y de las características demográficas de los sujetos. «El objetivo del tratamiento, a diferencia de otras adicciones, debe ser el uso controlado. El tratamiento psicológico de elección es el control de estímulos y la exposición gradual a Internet, seguido de un programa de prevención de recaídas», informa.

En la adicción a Internet, «la meta de la abstinencia resulta implanteable». «Se trata de conductas descontroladas, pero que resultan necesarias en la vida cotidiana. El objetivo terapéutico debe centrarse, por tanto, en el reaprendizaje del control de la conducta», concluye el catedrático. ♦

5.3.1 Consejos

HACIA UNA BUENA salud digital

La guía *Tecnoadicciones* de FUNDACIÓN MAPFRE da conocer recomendaciones encaminadas a desarrollar una buena salud digital y prevenir una posible adicción hacia Internet y las redes sociales.

- Limita el tiempo que tus hijos dedican a Internet y las redes sociales: establece lugares, momentos y tiempos para navegar.
- No permitas que las TIC supongan una barrera con tus hijos. Infórmate de las herramientas que utilizan.
- Procura que utilicen el ordenador, el móvil, la tableta o los videojuegos con

un objeto específico y no para pasar el rato. Ayúdales a planificar su tiempo libre.

- El uso de las nuevas tecnologías debe estar sujeto a unas normas de uso lo más consensuadas posible. Es una buena idea plasmarlas por escrito.
- El uso de las nuevas tecnologías debe ser supervisado. Dependiendo de la edad de tu hijo esta supervisión será más o menos intensa. Es recomendable que la supervisión sea totalmente presencial hasta los 12 años.

- Es importante que los más pequeños usen las nuevas tecnologías estando en un lugar común de la casa, de modo que evitemos el aislamiento en su cuarto, en especial a última hora de la tarde.
- Retirarle las nuevas tecnologías para evitar su uso en horas de sueño.
- Procura que las actividades de navegación se realicen siempre y cuando hayan cumplido previamente con sus responsabilidades.
- Comparte con tus hijos tiempo en el uso de las TIC. Navega con ellos y juega de vez en cuando a sus juegos preferidos, lo que facilitará y mejorará la comunicación en el ámbito familiar.
- Explica a tu hijo el riesgo de ponerse en contacto con desconocidos. Haz comparaciones con la vida real, concienciándole sobre los riesgos a que se exponen dentro y fuera de la Red.
- Enseña a tu hijo a proteger su privacidad. Explícale lo que son los datos personales (incluidas las fotografías) y los riesgos que conlleva compartirlos con desconocidos.
- Utiliza los sistemas de control parental para evitar el acceso a páginas web no recomendables para menores, así como el contacto con desconocidos. Esto debe hacerse por lo menos durante los primeros años de uso de las TIC.
- No olvides que eres un ejemplo a seguir por tus hijos.



5.4 Entrevista

GUILLERMO CÁNOVAS. Presidente de Protégeles

«El problema empieza cuando se dejan los amigos por el videojuego en casa»

La asociación Protégeles, cuyo objetivo es la protección de la infancia, participa junto a FUNDACIÓN MAPFRE y el Grupo Siena en la campaña ControlaTIC de prevención de la tecnoadicción mediante la aportación de psicólogos y material didáctico para adolescentes y jóvenes. Sus profesionales trasladan a niños y adolescentes pautas sobre el uso correcto de las nuevas tecnologías para prevenir su adicción. Guillermo Cánovas, su presidente, resume los problemas: «Carecemos de educación digital».

—¿Cuál debe ser el uso correcto de las nuevas tecnologías?

Muchas veces la gente tiende a pensar que el problema de las TIC está en utilizarlas mucho. No es correcta esa apreciación. En realidad, el problema empieza cuando se comienzan a suprimir actividades de la vida cotidiana por el uso de las TIC: cuando un adolescente deja de quedar con sus amigos porque se quiere quedar en casa jugando con un videojuego, o cuando deja de participar en las conversaciones que tienen sus amigos porque está con el *smartphone* haciendo cualquier cosa. Si hay sufrimiento por no poder utilizar las TIC, entonces hay síndrome de abstinencia. Si el menor no puede utilizar la conexión, sufre. Se vuelve irritable. Lo pasa mal. Se siente aislado. Desarrolla ansiedad y angustia e intenta conectarse como sea.

—¿Qué tienen que hacer los padres cuando, por ejemplo, los hijos están en la cena con el *smartphone*?

Lo primero que hay que hacer es marcar unas normas de educación y de convivencia en casa. No son normas distintas a las que los padres deben transmitir con otro tipo de fenómenos. Normalmente, no permitirían que sus hijos se pasaran la cena leyendo un libro. No es que leer un libro tenga algo de malo en sí, es que el momento de la cena no es el momento para estar con el libro. Es el momento para estar con la familia, para charlar, para comentar las cosas del día, etcétera. Del mismo modo, tampoco se puede estar con un *smartphone* o con una tableta leyendo, jugando o haciendo otra actividad. Aquí tenemos un problema de educación que no afecta solo a los menores, sino también a los adultos. Estamos observando en muchos entornos de adultos cómo la gente puede estar en una comida de cuatro personas y puede haber dos personas que están chateando o mandando y recibiendo mensajes y no están participando de la conversación. Tenemos a nivel



de sociedad, no solo a nivel de los menores, una falta de educación digital. Nos ha pillado a todos de golpe el *boom* y la expansión de las nuevas tecnologías. A los jóvenes les llama la atención que sus padres utilicen el *smartphone* para llamar por teléfono. Ellos no perciben un *smartphone* como un teléfono. Eso nos preocupa. No solo a nivel de menores, sino a nivel social.

—¿Por qué?

Porque nos está costando llegar a los menores a través de los padres. Nos encontramos con una generación de padres y madres que no ha recibido formación sobre el uso de las TIC. Por tanto, se están cometiendo muchos errores. Además, esto les ha hecho dejar de ser la referencia para sus hijos.

—¿En qué sentido?

En el sentido de que es la primera vez en la historia de la humanidad que tenemos una generación de niños y adoles-

centes que sabe más que sus padres sobre algo. Nunca había sucedido. Cuando un niño tiene un problema en una red social porque le ha pasado no sé qué con la privacidad de su perfil, es probable que a la última persona a la que se lo vaya a comentar sea a su padre o a su madre, que no tienen perfiles en redes sociales. Hay niños que saben más que los adultos sobre las TIC. Por ende, los padres han dejado de ser una referencia en ese tema. Eso hace especialmente necesarias nuestras líneas de ayuda; porque los niños necesitan realmente tener una referencia, saber adonde dirigirse si se le plantea un problema serio, saber dónde pueden obtener una respuesta válida y, al mismo tiempo, implicar a sus padres.

—¿Podría dibujar el perfil tipo del menor enganchado a las nuevas tecnologías?

Tenemos varios tipos. Algunos de ellos llegan no por adicción a la tecnología, si-

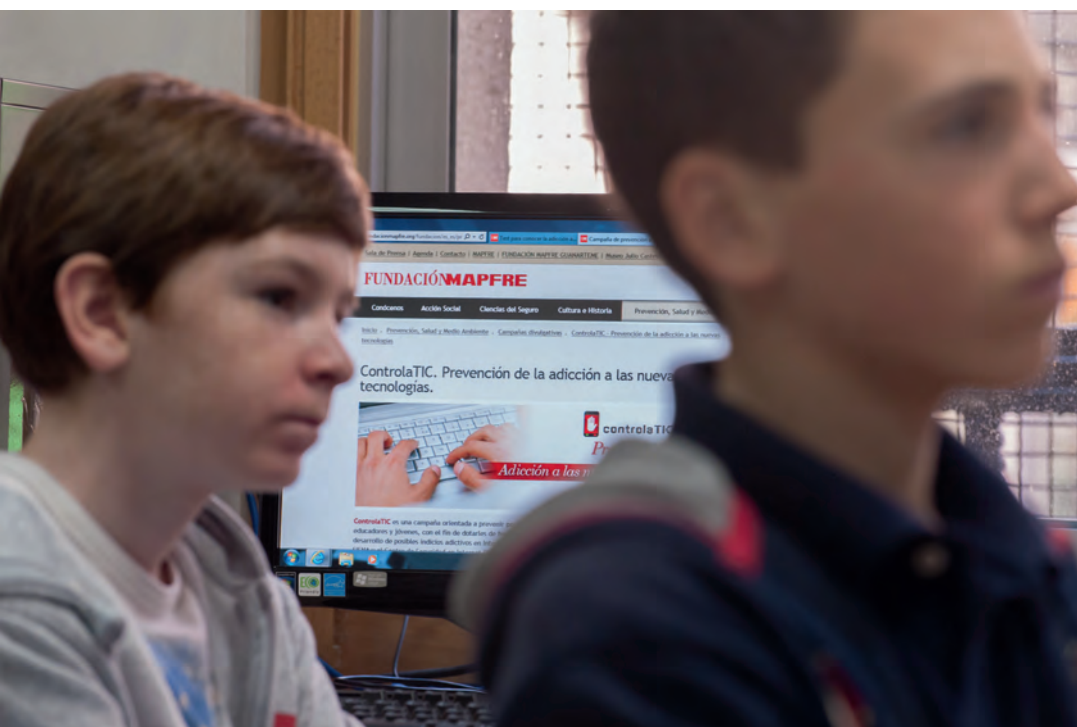
«Es fundamental que se enseñe en los colegios a usar las TIC de forma segura y responsable, así como el concepto de salud digital»

no por cosas que les ofrece Internet. Hay menores que desarrollan ese desorden de adicción por adicción a la pornografía. Encuentran en Internet un sitio donde acceder a ingentes cantidades de pornografía todos los días y empiezan a engancharse por eso. Otros lo hacen a través del juego. En realidad, no son adictos a Internet, pero son adictos al juego. Y han encontrado en Internet un sitio donde jugar y jugar durante horas. Por otro lado, es verdad que encontramos a adolescentes que tienen problemas de autoestima, de autoaceptación, de relación con los demás, que hallan en Internet un sitio donde desarrollar una identidad nueva, dis-

tinta a la suya, donde establecer relaciones con gente sin necesidad de exponerse mucho. Son menores que no viven una vida *offline* satisfactoria e intentan encontrar en la vida *online* o virtual un entorno satisfactorio. Entonces, vuelcan ahí su vida.

—¿Qué papel debe tener el entorno educativo?

El entorno educativo es el segundo problema que tenemos. Para nosotros, el primero es llegar a los padres y a las madres, llegar a las familias y hacer que sean conscientes de los problemas que se producen y que tomen cartas en el asunto. El entorno educativo en esto tiene un peso especial. Primero, porque de alguna forma va a tener que suplir la falta de formación de los padres. No nos es posible obligar a los padres a formarse en esto. Pero, sin embargo, sí se puede y se debe incluir formación sobre uso de las TIC en los centros de formación del profesorado. Deberíamos tener profesores que lleguen a dar clases a los niños conociendo las herramientas que estos utilizan todos los días durante horas. Si no, estamos creando dos mundos paralelos: un mundo en el que viven adultos que se relacionan e intercambian información de una forma analógica, *offline*; y luego otro en el que se pasan todo el día digitalizados. No es posible la comunicación entre esos dos mundos si no se cruzan en algún momento. Entonces, el problema de las TIC es que esa comunicación no existe ahora mismo en los colegios, o no está incluida en el currículo escolar. Es fundamental que se enseñe ya en los colegios a usar las TIC de forma segura y responsable, el concepto de salud digital, el manejo de las herramientas, etcétera. Porque es su día a día. ♦



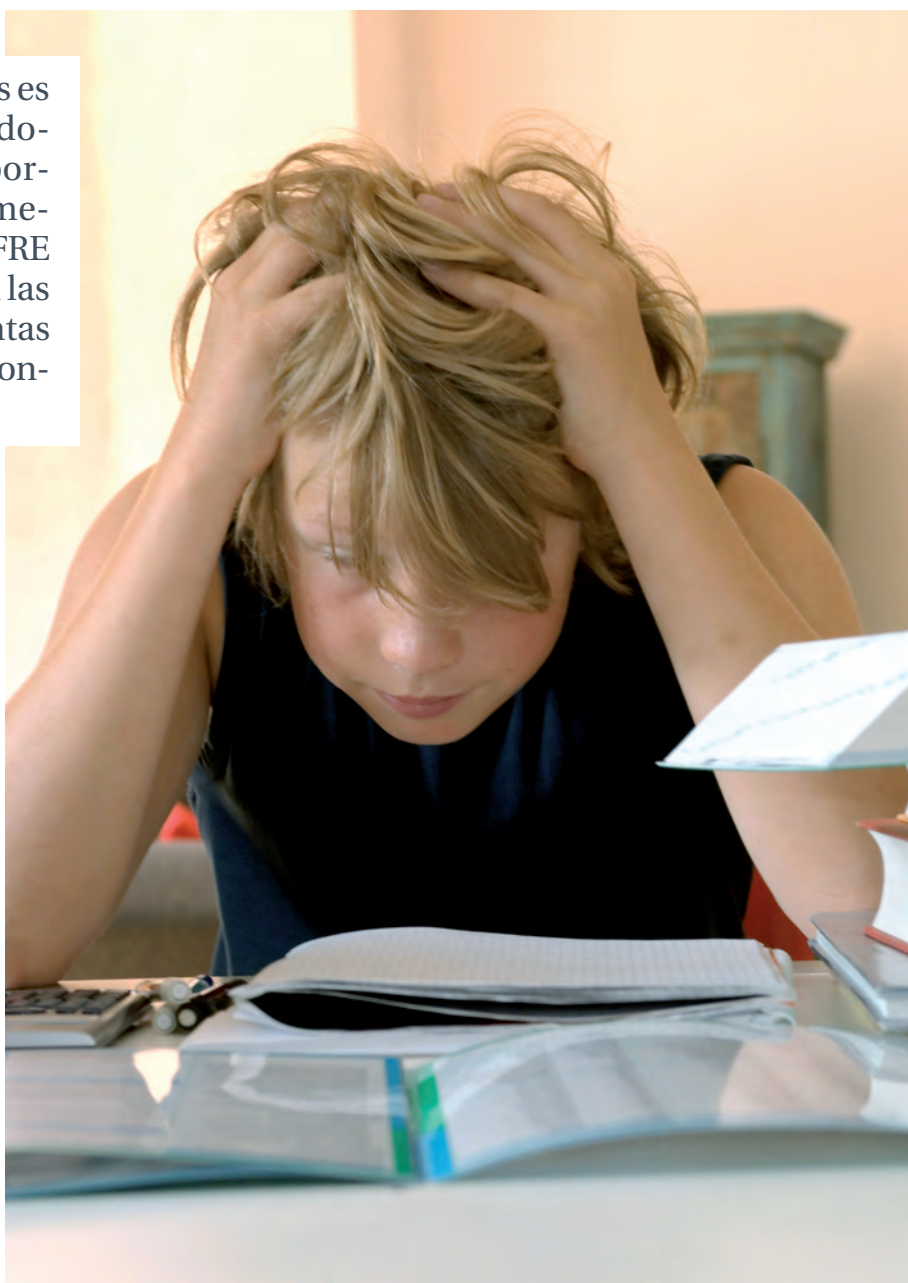
5.5 Consecuencias

El uso abusivo de las nuevas tecnologías

El riesgo de adicción EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La adicción a las nuevas tecnologías es un fenómeno relativamente novedoso cuyas causas, patrones de comportamiento y efectos están cada vez mejor delimitados. FUNDACIÓN MAPFRE ha elaborado una guía para dotar a las familias y educadores de herramientas y recursos útiles en la difícil batalla contra la tecnoadicción.

Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han cambiado los hábitos sociales, de trabajo y de ocio de la sociedad, en especial de adolescentes y jóvenes, que se encuentran entre los grupos que más las utilizan. Hoy es casi imposible encontrar a un joven sin teléfono móvil o que no utilice el ordenador o la tableta para sus estudios o para comunicarse con sus amistades. Son nativos digitales que han crecido desde pequeños con estas tecnologías, las consideran algo natural y han aprendido a usarlas de forma casi intuitiva. Sin embargo, el acceso autodidacta de los menores a las TIC ha crecido al mismo ritmo que los problemas relacionados con la pérdida de privacidad e intimidad, al tiempo que tomamos conciencia de las consecuencias que puede tener el uso abusivo de las mismas y las denominadas tecnoadicciones.



El joven adicto a las nuevas tecnologías suele tener dificultades para realizar sus actividades diarias con naturalidad.

Latinstock

¿Cuándo se produce el abuso o la adicción a las TIC? La guía *Tecnoadicciones*, elaborada por FUNDACIÓN MAPFRE para educadores y familias, explica que existen tres categorías de empleo de estas tecnologías en función del tipo de relación que la persona tiene con las TIC. La primera es el uso, que se refiere a una relación en la que ni el tiempo, ni la frecuencia, ni el modo de empleo dan lugar a consecuencias negativas para el usuario. La segunda es el uso inadecuado o abuso, una forma de relación con las TIC en la que bien por la cantidad de tiempo, la frecuencia o el tipo de uso comienzan a manifestarse consecuencias negativas para el usuario y su entorno.

La tercera categoría, la adicción, puede presentarse en un primer momento como una actividad cotidiana, aunque se convierte progresivamente en un problema para la persona que comienza a desarrollar una adicción hacia las TIC, que puede interferir en sus actividades diarias.

Los síntomas

La conducta adictiva a Internet, según pone de manifiesto esta guía, se caracteriza básicamente por tres síntomas principales:

Tolerancia. Necesidad de aumentar el tiempo que la persona dedica a la utilización de la tecnología (ordenador, videoconsola, teléfono móvil, televisión...) para obtener el mismo efecto. La satisfacción que genera su uso va progresivamente disminuyendo, lo que provoca que el usuario tienda a utilizarla durante más tiempo aún para lograr alcanzar un nivel adecuado de satisfacción.

Abstinencia. Sensación desagradable que experimenta el usuario cuando no puede usar la tecnología. Por ese motivo tiende a usarla cada vez más y de una forma compulsiva para aliviar el males-

Señales de alarma

La campaña ControlaTIC de FUNDACIÓN MAPFRE ha elaborado una guía sobre tecnoadicciones que detalla las primeras señales de que nuestro hijo tiene adicción hacia las TIC. Son las siguientes:

- Cada vez necesita estar conectado durante más tiempo para sentirse satisfecho.
- Se siente deprimido, nervioso o enfadado y solo se le pasa cuando se conecta a Internet.
- Pasa mucho tiempo pensando cuándo se podrá conectar de nuevo.
- No consigue controlar el tiempo o la frecuencia que pasa conectado.
- Ha dejado de lado actividades u obligaciones por estar conectado.
- Prefiere las ciberrelaciones a las relaciones personales.
- Miente en relación al tiempo y la frecuencia con que se conecta.

Si nuestro hijo presenta muchos de estos síntomas, el principal obstáculo que nos vamos a encontrar es la negación del problema por su parte. Es posible que busque excusas para minimizar su problema, amparándose con frecuencia en la finalidad de la conexión: hacer deberes, medio para quedar con los amigos, entretenerse el rato que tiene libre... pero debemos mostrarnos firmes en la idea de ayudarle ante el problema que hemos observado.



tar físico y psicológico (síndrome de abstinencia) que le genera el hecho de no hacerlo.

Dependencia. Cuando la persona necesita aumentar progresivamente el tiempo de uso de la tecnología (tolerancia) y además se siente mal si no puede hacerlo (abstinencia).

De manera gráfica, Enrique Echeburúa establece que la tecnoadicción se da «cuando el usuario deja de verse con sus amigos y se instala frente a la panta-

lla de los videojuegos, cuando el adolescente presta más atención a su teléfono que a su novia o cuando el joven no rinde en los estudios porque revisa obsesivamente su correo electrónico». Estos síntomas, pese a la relativa novedad del fenómeno, ya están muy bien delimitados.

En opinión de este especialista, la adicción a las TIC impide al adolescente o joven desarrollar habilidades sociales en la vida real e incluso puede moverle a crear una identidad ficticia para navegar por el ciberespacio. Convierte a los afectados en personas hipersensibles a los demás, huraños e irascibles, con cambios de humor, sobre todo cuando no pueden conectarse, y acrecienta su inseguridad. Se desarrolla en ellos una tendencia al aislamiento, se rompen re-

Hay que empezar a preocuparse cuando la actividad objeto de la adicción pasa a ser el centro prioritario para la persona

laciones sociales, se produce el fracaso escolar y en ocasiones aparece la agresividad contra los propios miembros de la familia. El bajo rendimiento en los estudios es habitual en alguien que tiene adicción, por ejemplo, a Internet. Utilizan la mentira para justificar o tapar sus conductas. Hay que empezar a preocuparse cuando la actividad objeto de la adicción, por ejemplo Internet o chatear por el teléfono móvil, pasa a ser el centro prioritario para la persona.

El abuso de las TIC, por otro lado, provoca en el adolescente o joven problemas que pueden llegar a ser graves, como son el acoso (*ciberbullying*, *cibergrooming*), el acceso a contenidos inapropiados o incluso la pérdida de identidad. En las redes se puede acceder a contenidos pornográficos o violentos, o transmitir mensajes racistas, proclives a la anorexia, incitadores al suicidio o a la comisión de delitos. Los informativos españoles están saturados de este tipo de hechos.

Recomendaciones

El *boom* de las TIC nos ha pillado a todos de golpe y hoy existe toda una generación de padres que no ha recibido formación sobre estas tecnologías, por lo que se cometen errores a la hora de ayudar a afrontar este problema a nuestros hijos. Para paliar esta situación surgen programas educativos como ControlaTIC, iniciativa de FUNDACIÓN MAPFRE en colaboración con el Grupo Siena y el Centro de Seguridad en Internet Proté-

Qué hacer ante situaciones conflictivas

La guía *Tecnoadicciones* elaborada por FUNDACIÓN MAPFRE, Grupo Siena y el Centro de Seguridad en Internet Proté-

Ciberbullying. Se trata de una agresión psicológica sostenida en el tiempo utilizando las nuevas tecnologías (generalmente Internet o el móvil) consistente en el envío de mensajes amenazantes, colgar información dañina para la reputación del receptor o difundir fotografías para menospreciarle. Es lo que se denomina acoso, muy extendido en el ámbito escolar. Ante esta situación, hay que pedirle al emisor que retire las fotos o mensajes negativos, y si se niega, contactar con el centro educativo para que active el protocolo de acoso escolar y con la red social para que bloquee y/o cancele las fotos o los comentarios. Otras opciones incluyen una denuncia penal ante la Policía, Guardia Civil o Fiscalía de Menores y acudir a la línea de ayuda sobre ciberbullying (www.internetsinacoso.com) para pedir orientación a psicólogos y abogados.

Cibergrooming. Consiste en el acoso de un adulto sobre un menor, con un fin marcadamente sexual, utilizando las TIC. El objetivo final puede ser desde la obtención de imágenes del menor en situaciones pornográficas hasta la posibilidad de una cita

con el menor para consumir un abuso sobre él. Afrontar este fenómeno requiere una labor previa de prevención por parte de los padres, que deben advertir a sus hijos sobre los riesgos de expresar sentimientos a desconocidos (los acosadores utilizan esta puerta de entrada para ganarse la confianza del menor), animarles a que rechacen mensajes de tipo sexual y a que no acepten en su red social a desconocidos. También deben asegurarse de que las fotos que envían no tienen connotaciones sexuales. Una vez consumado el acoso, deben guardar todas las pruebas del mismo y no ceder al chantaje. Como en el caso anterior, se puede acudir a la línea de ayuda sobre *cibergrooming* y denunciar el acoso sufrido.



Latinstock

Sexting. Es el envío de imágenes (fotos o vídeos) de contenido sexual, creadas por el propio remitente, usando las nuevas tecnologías. Como riesgos implícitos de esta práctica figuran la vulneración del derecho a la intimidad, el *ciberbullying*, el *cibergrooming* y la distribución de pornografía infantil. Si nuestro hijo practica *sexting*, los padres deben contactar con los administradores de las redes sociales y/o web para solicitar el bloqueo de la información y/o la cancelación de las imágenes, presentar denuncia ante la Agencia Española de Protección de Datos y valorar hacerlo por vía penal, e informar a los responsables del centro educativo para que estén atentos ante posibles problemas de *ciberbullying* derivados. También se puede acudir a la organización Protégeles (www.protegeles.com).

geles, cuya guía *Tecnoadicciones* ayuda a que los padres y profesores se familiaricen con las TIC. Según esta guía, si el menor mantiene un uso inadecuado y/o abusivo de las TIC durante un periodo prolongado se puede decir que ya se ha instalado ese hábito, y ahora corresponde desaprenderlo. No se trata de prohibirle que use las TIC, lo que seguramente sería negativo, sino de que aprenda a usarlas de forma controlada y segura, responsablemente, sustituyendo los hábitos inadecuados por otros más positivos, que le permitan aprovechar todas las oportunidades que le ofrece la tecnología.

Como padres, es fundamental establecer normas y límites claros para que nuestros hijos usen las TIC de forma responsable y adecuada, evitando que puedan dedicarles todo su tiempo libre, fomentando la práctica de otras actividades y observando que cumplen también con sus obligaciones. Por otra parte, no debemos olvidar que somos un ejemplo a seguir para ellos. Es difícil inculcarles hábitos saludables en el uso de las TIC si no los observan en nosotros.

Por último, si creemos haber perdido el control sobre la situación, o hemos identificado el problema demasiado tarde, es entonces cuando debemos consultar con un especialista. Después de la evaluación de un psicólogo especializado, la técnica para eliminar la tecnoadicción consiste en romper los hábitos de conexión del menor. Para poner en marcha esta nueva rutina, la psicóloga Kimberly Young, una referencia mundial en los desórdenes causados por la adicción a Internet, propone las siguientes actuaciones:

- **Romper su costumbre en los momentos de uso de Internet.** Por ejemplo, si se conectaba nada más llegar del colegio, se recomienda que meriende primero. Se trata de aprender a posponer y adaptarse a un nuevo horario.
- **Interruptores externos.** Utilizar cosas que tenga que hacer o sitios donde ir,



Latinstock

No se trata de prohibirle al menor el uso de las nuevas tecnologías, lo que probablemente sería negativo, sino de que aprenda a usarlas de forma controlada y segura

como señales que le indiquen que debe desconectar (usar relojes o alarmas).

- **Abstinencia de una aplicación en particular.** Debe dejar de usar la aplicación que más problemas está generando al adolescente (determinados chats, juegos *online*...).
- **Fijar metas.** Para evitar las recaídas se puede elaborar un horario realista que permita al adolescente manejar su tiempo y tener mejor sensación de control.
- **Usar tarjetas recordatorias.** Pedirle que haga una lista de los cinco principales problemas causados por la adicción a Internet y otra con los principales beneficios de no estar conectado o abstenerse de una aplicación.
- **Educación en el uso de Internet** como fuente de información y formación, y no solo como una herramienta de ocio.
- **Desarrollar un inventario personal.** Debe apuntar las cosas que ha dejado de hacer como consecuencia del uso abusivo de Internet, clasificarlas en tres categorías (muy importante, importante y no muy importante) y examinarlas.
- **Informarse sobre las herramientas y recursos de prevención.** Por ejemplo, uso de programas de control parental, filtros de contenidos y otros para limi-

tar el tiempo de conexión y el acceso a contenidos dañinos.

- **Entrar en un grupo de apoyo.** El trabajo con otras personas que están viviendo situaciones similares puede ser de gran ayuda.
- **Hablar de Internet con el adolescente.** Contrastar las ventajas e inconvenientes de su uso, sin hacer valoraciones negativas sobre el uso que los adolescentes hacen de la Red. Es importante reforzarle positivamente siempre que pida ayuda sobre cualquier problema que tenga relacionado con Internet.
- **Entender el uso excesivo de Internet como una forma de reaccionar ante el malestar psicológico.** Plantear las razones por las que centra su tiempo de ocio y de relación en Internet. Mantener una actitud de escucha activa ante su aislamiento.
- **Terapia familiar.** Es importante comprobar si se ha visto deteriorada también la relación familiar. De esta forma, se educa a la familia en su conjunto, disminuyendo el sentimiento de culpa del adolescente por su comportamiento, promoviendo el análisis de los problemas desde el origen y animando a la colaboración. ♦

6.1 Uso inadecuado de fármacos

Causas y consecuencias de un uso inadecuado que perjudica al paciente

LA MITAD DE LOS MEDICAMENTOS SE PRESCRIBEN O SE VENDEN de forma inapropiada

El uso incorrecto, por exceso, por carencia o indebido, de los medicamentos, ocurre en todos los países. El mal uso de los antibióticos favorece la aparición de resistencia bacteriana a los tratamientos. Es importante que los sanitarios sean capaces de transmitir a los pacientes la importancia de su tratamiento y de hacerlo correctamente. El mal uso de los medicamentos puede tener efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), según su nota de prensa Medicamentos: *uso racional de los medicamentos*, difundida en mayo de 2010, calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, se dispensan o se venden de forma inapropiada. También, que la mitad de los pacientes no los toma correctamente. Por uso racional de los medicamentos se entiende su uso correcto y apropiado. Para que haya un uso racional, el paciente tiene que recibir el medicamento adecuado y la dosis debida durante un periodo de tiempo suficiente, al menor costo para él y para la comunidad.

El medicamento, bien utilizado, cura. No obstante, «el uso del medicamento por parte de la población es susceptible de mejora», según Humberto Arnés, director general de Farmaindustria. «No nos olvidemos de que es un producto, o bien químico o bien biológico, que tie-

ne efectos y que, si se toma mal, puede actuar contrariamente a lo que se pretende conseguir», declara. Por lo tanto, hay que hacer un uso más adecuado. Esto no quiere decir que se consuman menos medicamentos, sino que se consuman aquellos que se tienen que consumir. O sea, los adecuados para combatir la enfermedad que tenga el paciente y que en, cada caso, un profesional diagnóstica y prescribe.

Aunque cada vez sucede menos y ya es algo menos frecuente, en España los antibióticos se han estado dispensando a pesar de que no se tuviera receta médica. «Esto es un problema de salud pública», afirma Lola Murillo, vicepresidenta

Es un «problema de salud pública» que los antibióticos se dispensen sin receta médica



de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac). Sostiene que cuando los antibióticos se toman de manera indiscriminada, se crea resistencia: hay tratamientos que hace diez años eran efectivos y que en estos momentos lo son menos, ya que las bacterias se acostumbran y se hacen fuertes contra ellos. Estas resistencias que se crean hacen que haya medicamentos que dejen de ser útiles. La resistencia es un efecto adverso, y los farmacéuticos están cada vez más concienciados sobre este asunto. El médico

Un paso adelante: en España se están adecuando los formatos de los antibióticos para adaptarlos a presentaciones con la cantidad que se precisa

ha de ser el que indique el tratamiento y la farmacia ha de sujetarse a lo que en cada caso el médico prescribe.

Por ejemplo, la amoxicilina, un antibiótico semisintético derivado de la penicilina, es de uso muy frecuente, con una efectividad muy adecuada contra las infecciones respiratorias. Como se ha uti-

lizado mal, cada vez hay más gente que lo toma y que no se cura. Hay casos de pacientes que pedían antibióticos, sobre todo la amoxicilina con clavulánico, porque eran estreñidos y este fármaco les provocaba ir al cuarto de baño. «Tomaban antibióticos para ir al cuarto de baño. El médico se los prescribía, yo se los dispensaba y no sabíamos que el problema era el estreñimiento», cuenta.

El coste del error

Todo esto hace que algo tan importante como las infecciones sea cada vez más difícil de tratar. Tampoco hay que olvidar que muchos procedimientos quirúrgicos y tratamientos antineoplásicos no son posibles sin antibióticos para luchar contra las infecciones. La resistencia prolonga las enfermedades y las estancias hospitalarias. Incluso puede llegar a causar la muerte. Se calcula que su costo anual es superior a los 4.000 millones de dólares en Estados Unidos y de 9.000 millones de euros en Europa.

Desde el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid se indica que los datos demuestran que el uso de antibióticos en España está disminuyendo, y también el mal uso que se hace de ellos. «Pese a esta mejoría, todavía hay recorrido de mejora; es fundamental el conocimiento de la población acerca de su uso correcto y sobre el problema que el aumento de las resistencias puede provocar», afirma Alberto García Romero, su presidente hasta el pasado mes de marzo.

Cuestionada por el uso incorrecto de otros medicamentos, Murillo considera que éste es un tema muy complicado. «No es lo mismo un paciente con una patología aguda que un paciente con una



Latinstock

patología crónica», considera. Relata un caso que ha tenido recientemente en su farmacia. Detectó que una paciente con diabetes, con una medicación prescrita, no se llevó uno de los medicamentos recetados para su patología. Le preguntó por ello y la paciente llevaba un año sin tomar el tratamiento. No lo hacía porque el tratamiento que le prescribió el médico le sentaba muy mal. Por este motivo, decidió abandonarlo.

Murillo le midió la glucemia, que estaba elevada. Después de trabajar con ella durante unos días, para hacer una serie de determinaciones, escribió una carta al médico contándole el problema. «Esta paciente dejó de tomar un medicamento por sus efectos secundarios, pero no es consciente de lo importante que es tratar su diabetes», comenta. En la carta, le explicó al médico cuáles son los síntomas y le ofreció alternativas que no producen esos efectos secundarios. El médico le cambió el tratamiento, la señora empezó a tomarlo y el tratamiento actual no le sienta mal. «El paciente que no toma un medicamento tiene siempre una razón para no hacerlo. Independientemente de que un paciente se tome más de lo que debe o que se tome menos de lo que debe, el problema es que los sanitarios no somos capaces de transmitir al paciente la importancia de su tratamiento», razona Murillo.

La falta de adherencia

«Lo importante es que seamos capaces de darnos cuenta de la importancia del problema de la falta de adherencia, que no se soluciona si no trabajamos conjuntamente todos los sanitarios. La falta de adherencia al tratamiento provoca muchas muertes en España. Eso es una realidad», reflexiona.

Según un estudio de Antares Consulting sobre el impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos, uno de cada tres pacientes no re-

Los llamados «medicamentos publicitarios» provocan el riesgo de un posible uso innecesario

tira la medicación prescrita, uno de cada dos pacientes olvida tomar su medicación, tres de cada diez pacientes dejan de tomar la medicación una vez iniciado el tratamiento y uno de cada cuatro pacientes toma una dosis menor de la que les ha prescrito su médico. La no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales, y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año. Realizando una simple extrapolación, el potencial de ahorro que corresponde a España por el número de habitantes es de 11.250 millones anuales. Además, le corresponden 18.400 muertes evitables por esta causa. A pesar de que no se puede afirmar categóricamente que estos datos reflejen la realidad española, las magnitudes indican que existe una oportunidad de mejora.

Una de las claves económicas para mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario y para disminuir la morbimortalidad pasa por un plan de acción sobre la mejora de la adherencia a los tratamientos farmacológicos. Este complejo problema merece un abordaje más científico y sistemático con la participación de diferentes actores trabajando de una forma cooperativa, ya que aún no está resuelto de forma completa.

García Romero admite que es cierto que los medicamentos, según demuestran estudios muy recientes, no se usan correctamente por una parte de la población, incluso de manera voluntaria. Los motivos, que terminan por provocar el fracaso terapéutico, son varios: po-

limerización, uso de dispositivos y pautas complejas, creencias erróneas, deterioro sensorial, etc. «Como sociedad, no nos podemos permitir malgastar los recursos que se destinan a medicamentos, por el desperdicio que ello provoca, que es evitable, y además porque la salud de la población no mejora como sería posible. El farmacéutico está en la mejor posición para aumentar la adherencia, por ejemplo, a través de elaboración de sistemas personalizados de dosificación», manifiesta.

En España, los antibióticos aún se utilizan mal. El médico no los prescribe bien, el paciente no los toma bien y el farmacéutico no los dispensa bien. El médico, que es la persona encargada de realizar un diagnóstico, tiene unas premisas que le obligan a prescribir ciertos fármacos. Pero el precio actual de los mismos es un fuerte condicionante.

¿Problema de sobreprescripción?

Arnés, de Farmaindustria, niega que haya sobreprescripción por parte de los médicos. «Pensar que sí la hay es probablemente una forma de interpretar erróneamente la realidad del Sistema Sanitario Español. Los médicos son profesionales que ejercen la medicina sobre la base de su mejor saber y entender. Eso no quiere decir que, como en cualquier colectivo, no haya médicos con un grado de información y de conocimiento mayor que otros. Los médicos tienen un código muy severo, que responde a una profesión con unas exigencias éticas muy elevadas», justifica.

Se están llevando a cabo medidas para cambiar el número de comprimidos que vienen en las cajas de antibióticos y adecuarlos a los tratamientos. Hasta hace poco, era frecuente que a uno le mandaran un fármaco durante un número determinado de días y que la caja contuviera tratamiento para otra cantidad

de días. El paciente iba a la farmacia, se le dispensaba el medicamento y tomaría o no todos los comprimidos que venían en el envase, pero en muchas ocasiones no cumplía con los días de prescripción del tratamiento.

Durante 2012 se llevaron a cabo en España los trabajos para la adecuación de los formatos de los antibióticos, adaptándolos a presentaciones que permiten que el paciente reciba solamente la cantidad de medicamento que precisa para su tratamiento. En ese año se publicó una Resolución que supuso la revisión de 25 principios activos y un total de 147 formatos de antibióticos. De los formatos revisados, en el 27,2 por ciento no fue necesarios cambios, en el 61,9 por ciento se introdujeron cambios y en el 10,8 por ciento fue necesario proceder a su revocación.

Otra iniciativa positiva es la implantación de las recetas electrónicas. En las comunidades autónomas que la han adoptado ha facilitado mucho que el médico tenga más tiempo para estar con los pacientes que verdaderamente lo necesitan. Ya no han de dedicarlo a repetir la prescripción de tratamientos periódicos. Ese tiempo de gestión lo tienen para calidad asistencial a los pacientes.

¿Por qué el paciente no se toma bien el tratamiento? Porque no es capaz de tomarse un tratamiento cada x horas durante x días de forma rigurosa. Un paciente al que ocasionalmente le mandan un tratamiento no suele tomarlo bien.

Medicamentos publicitarios

Hay un campo de la farmacia que no hay que olvidar: los medicamentos que no requieren prescripción. Son conocidos como medicamentos publicitarios. El riesgo en la salud por ellos se da cuando hay un uso innecesario, errores en la identificación de los síntomas, un retraso en tratar procesos graves que requieren diagnóstico médico, una sobredosi-

Consecuencias del uso incorrecto de los medicamentos

Según la Organización Mundial de la Salud, estas son las consecuencias del mal uso de los medicamentos.

- **Resistencia a los antimicrobianos.** El uso excesivo de antibióticos aumenta la resistencia a los antimicrobianos y el número de medicamentos que dejan de ser eficaces para combatir las enfermedades infecciosas.
- **Reacciones adversas a los medicamentos y errores de medicación.** Las reacciones adversas a los medicamentos originadas por su uso erróneo o por reacciones alérgicas pueden ser causa de enfermedad, sufrimiento y muerte.
- **Desperdicio de recursos.** Entre un 10 y un 40 por ciento de los presupuestos sanitarios nacionales se gasta en medicamentos. La compra de medicamentos directamente por el usuario puede causar graves dificultades económicas a los pacientes y a sus familias. Si los medicamentos no se prescriben y usan adecuadamente, se desperdician miles de millones de euros de fondos públicos y personales.
- **Pérdida de confianza del paciente.** El uso excesivo de medicamentos escasos contribuye al agotamiento de existencias y al aumento de los precios hasta niveles inasequibles, lo cual merma la confianza del paciente. Los malos resultados sanitarios debidos al uso inadecuado de los medicamentos también pueden reducir la confianza.

ficación y un riesgo de intoxicaciones, un uso excesivamente prolongado, desarrollo de dependencia con algunos medicamentos e interacciones con medicamentos de prescripción.

Aunque lo hicieron en un trabajo ya algo antiguo, Albert I. Wertheimer y Thomas M. Santella vieron que la hepatitis fulminante en Estados Unidos se debe fundamentalmente al paracetamol y por su automedicación en dosis excesivas. Se trata de un problema importante. El ibuprofeno, un medicamento aparentemente inocuo, puede no serlo. Muchos pacientes o no leen o no comprenden el prospecto, ignoran las contraindicaciones, desconocen la dosificación recomendada y las indicaciones autorizadas o no valoran las consecuencias de los posibles efectos adversos.

Además, algunos pacientes, por desconocimiento, consumen simultáneamente dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), provocando riesgo para la salud. Por otra parte, en España, siete de cada diez personas consumen anal-

gésicos habitualmente. Su abuso está produciendo cuadros de cefaleas crónicas. La cefalea de rebote afecta al 1-3 por ciento de la población.

Con todo, la combinación de la formación y supervisión de los dispensadores de atención de salud, la educación de los consumidores y el suministro de medicamentos en cantidades suficientes es eficaz para mejorar su uso racional. Separadamente, todas estas intervenciones tienen un impacto reducido.

Humberto Arnés, de Farmaindustria, sostiene que la automedicación únicamente debe seguirse cuando estamos hablando de productos publicitarios, los OTC, «que obedecen a síntomas menores, son muy conocidos y responden a una práctica cotidiana en el ciudadano e incluso gozan de la información adicional que proporciona el farmacéutico». Cuando hablamos de medicamentos de prescripción, que combaten otro tipo de síntomas que no son los menores, «debe siempre respetarse el criterio del médico». ♦

6.2 Farmacovigilancia

Detección e identificación de los medicamentos que provocan daños al paciente

Farmacovigilancia:

CADA AÑO, 10.000 SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS

El Sistema Español de Farmacovigilancia que coordina la AEMPS analiza cada año más de 10.000 sospechas de reacciones adversas a medicamentos. «La incidencia de acontecimientos adversos está creciendo progresivamente». Lo advierte Alfonso Domínguez-Gil Hurlé, académico de número de la Real Academia Nacional de Farmacia en su discurso *Medicamentos y seguridad del paciente*. Esto se debe a «la mayor complejidad de la Medicina, con la incorporación de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos (entre ellos, una gran disponibilidad de medicamentos), y a la falta de incorporación de las nuevas tecnologías de la información en los procedimientos de trabajo».

No existe ningún sistema sanitario en el mundo que sea capaz de dar la seguridad al cien por cien de todos los procesos que se hacen en ellos. Todas las estrategias deben ir encaminadas, primero, a la prevención para evitar que ocurran y, segundo, a la detección y al registro. El objetivo es aprender de ellos e intentar mejorar cada vez más para que los riesgos sean menores.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria. Esta es una actividad compleja, puesto que en ella existen riesgos potenciales de reacciones adversas. Se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. Los efectos perjudiciales producidos por los medicamentos han constituido un motivo de preocupación desde los orígenes de la terapéutica.

La definición más general de error de

medicación dice que es «cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o de los pacientes o sus cuidadores. Pueden ser debidos a fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, preparación, administración, educación, seguimiento y utilización».

No hay medicamento exento de riesgo. Todos tienen un riesgo. Antes de tomarlos o de prescribirlos, hay que ver su balance de beneficios-riesgos. Los problemas se ceban en los más débiles: los ancianos, los polimedicados y los niños. Hay eventos adversos prevenibles y, por tanto, evitables. Cuando se producen, se da un déficit en la calidad terapéutica con consecuencias para los pacientes.

Los medicamentos, eso sí, están regulados a lo largo de todo su ciclo de vida.

La farmacovigilancia se ocupa de la detección, la coordinación, el estudio y la prevención de los efectos adversos y de cualquier problema relacionado con los medicamentos, incluidos los errores de medicación que provocan daños en el paciente. El objetivo de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es intentar conocerlos lo más precozmente posible, antes y después de su comercialización, para poder realizar en todo momento una evaluación correcta de la relación beneficio-riesgo.

La raíz de los errores

Junto al escaso nivel de informatización en la asistencia sanitaria, la mayor agresividad y complejidad de los procedimientos terapéuticos hospitalarios y los nuevos medicamentos con elevada complejidad técnica, otras causas de los errores de medicación son el descono-



Latinstock

cimiento de las propiedades farmacológicas –interacciones y sus mecanismos– y la segmentación de la asistencia sanitaria (entre primaria y especializada).

Principalmente, los factores responsables de los acontecimientos adversos son: falta de seguimiento del tratamiento, dosis elevadas de medicamentos con estrecho margen de seguridad, falta de tratamiento preventivo, dosis excesivas según las características del paciente, automedicación incorrecta, interacciones medicamentosas no contraindicadas, historia previa de alergia y administración de dos o más medicamentos del mismo principio activo. El abanico es variado y hay muchas posibilidades de intervenir a distintos niveles.

A juicio de Domínguez-Gil Hurlé, los errores asistenciales tienen consecuencias «inaceptables» para los pacientes y para sus familias, generan un coste asistencial y económico «muy elevado», erosionan la «confianza» de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son su «segunda víctima».

Este catedrático describe que «la seguridad de los medicamentos no es un concepto estático». Sostiene que la percepción de lo que se acepta como segu-

La farmacovigilancia detecta, coordina, estudia y previene los efectos contrarios relacionados con los medicamentos

ro y las exigencias de seguridad de los medicamentos se han ido modificando conforme se han producido avances en los conocimientos farmacológicos.

También, se han modificado a raíz de los desastres terapéuticos que pusieron de manifiesto las consecuencias negativas que se derivan del empleo de los medicamentos. Ejemplo de ello, describe Domínguez-Gil Hurlé, es el desastre del elixir de sulfanilamida ocurrido en Estados Unidos en 1937. Allí, 105 personas murieron al utilizar el elixir de sulfanilamida Massengill, una formulación líquida de esta sulfamida que contenía dietilenglicol como excipiente. Este hecho condujo a promulgar en 1938 la *Federal Food, Drug and Cosmetic Act*, «primera disposición legal que exigió la realización de ensayos de toxicidad, hasta entonces no requeridos, para autorizar la comercialización de un nuevo medicamento y que modificó las competencias de la *Food and Drug Ad-*

ministration (FDA) norteamericana, organismo que, de ocuparse hasta entonces de confiscar los alimentos y medicamentos adulterados, pasó a estar encargado de supervisar la evaluación de la seguridad de los nuevos medicamentos y productos sanitarios antes de ser introducidos en el mercado».

Otra muestra de tragedia es la de la talidomida, a comienzos de la década de los 60. Esta «reveló los daños que pueden causar los medicamentos en el embrión, que hasta entonces se consideraba perfectamente protegido por la barrera placentaria, y produjo una gran sensibilización a nivel internacional sobre la toxicidad potencial de los medicamentos». Dicha catástrofe llevó a promulgar normas reguladoras sobre los aspectos metodológicos de los ensayos clínicos que se realizan para valorar la seguridad y la eficacia de los nuevos medicamentos destinados al ser humano. Una de ellas es la *Medicines Act*, en Gran Bretaña, de 1968. Igualmente, dio lugar al desarrollo de la Farmacovigilancia como conjunto de actividades dirigidas a detectar y valorar las reacciones adversas a los medicamentos una vez comercializados. Tuvo que ocurrir el desastre de la talidomida para que los efectos adversos ocuparan el primer plano de la actualidad, no solo en el campo sanitario.

En la década de los años 90, de acuerdo con las explicaciones de Domínguez-Gil Hurlé, se asistió a una nueva etapa en la seguridad de los medicamentos, que supuso un cambio en el enfoque metodológico de los estudios de vigilancia de los efectos adversos. «Esta nueva etapa implica el reconocimiento de que los medicamentos, además del riesgo intrínseco de producir reacciones adversas cuando se utilizan en condiciones apropiadas, provocan también numerosos efectos nocivos por fallos o errores que se producen durante el complejo proceso de su utilización clínica»,

expone. Diversos estudios han cuantificado que los efectos adversos causados por errores suponen entre un 19 y un 56 por ciento del total de los efectos adversos que se detectan.

En 1994 se estableció la necesidad de realizar estudios sobre acontecimientos adversos por medicamentos. Este término sumó a las reacciones adversas los efectos nocivos producidos por los errores de medicación; ya sean por prescripción, por dispensación o por administración. «Su objetivo radica no solo en detectar el tipo de efectos nocivos provocados por los medicamentos, sino en identificar aquellos producidos por errores y llegar a conocer los fallos que han permitido que sucedieran, con el fin de desarrollar estrategias dirigidas a prevenirlos», describe Domínguez-Gil Hurlé. Se trata de analizar dónde y cómo se produjo el error.

Un largo proceso

El proceso de investigación en el mundo farmacéutico es largo. Hasta que sale al mercado, un medicamento vive un extenso proceso, de unos diez años, desde que a alguien se le ocurre que hay una molécula que puede ser efectiva contra una patología hasta que llega a los pacientes. Las fases de la investigación con medicamentos abarcan la investigación básica, los ensayos preclínicos o en animales, y los ensayos clínicos en humanos. Cualquier ensayo clínico en humanos tiene que ser autorizado por la AEMPS antes de su realización. Para que un medicamento sea autorizado, tiene que pasar por estas etapas de investigación; que tienen como objetivo demostrar la calidad, la eficacia y la seguridad del medicamento.

Los fallos clínicos aparecen, en todo caso, una vez que el medicamento empieza a ser prescrito a la población. Es cuando comienzan a aparecer problemas que no se habían detectado en el

Notificaciones de sospechas de reacciones adversas recibidas en el Sistema Español de Farmacovigilancia Humana

Procedencia	2008	2009	2010	2011	2012
Notificaciones tarjeta amarilla	7.716 (76,9%)	12.144 (80,4%)	11.332 (78,6%)	11.533 (77,48%)	11.247 (72,19%)
Notificaciones industria farmacéutica	2.314 (23,1%)	2.955 (19,6%)	3.093 (21,4%)	3.353 (22,52%)	4.332 (27,81%)
TOTAL	10.030	15.099	14.425	14.886	15.579

Fuente: Memoria Anual 2012 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

proceso anterior. Cuando se perciben problemas de seguridad, porque haya consecuencias muy graves en muy pocos pacientes o porque haya consecuencias menos graves en muchos pacientes, se genera rápidamente una alerta.

El sistema de notificación de incidentes de ámbito nacional establecido en España es el programa nacional de notificación de errores de medicación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Es la delegación en nuestro país del Institute for Safe Medication Practices. Está establecida en el Hospital Universitario de Salamanca y cuenta con el apoyo técnico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Por otra parte, está la AEMPS, que comenzó su andadura en 1999. Como agencia estatal adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es responsable de garantizar a la sociedad la calidad, la seguridad, la eficacia y la correcta información de los medicamentos y productos sanitarios, desde su investigación hasta su utilización, en interés de la protección y promoción de la

salud de las personas, de la sanidad animal y el medio ambiente.

La AEMPS protege la salud pública. Sus evaluaciones permiten asegurar que se mantiene una relación positiva entre el beneficio y el riesgo del medicamento a lo largo de toda su trayectoria en el mercado. Evalúa y autoriza los medicamentos de uso humano y veterinario. Supervisa la seguridad y eficacia de los medicamentos una vez comercializados y controla su calidad. Autoriza e inspecciona a los laboratorios farmacéuticos. Supervisa el suministro y el abastecimiento de los medicamentos. Autoriza los ensayos clínicos. Lucha contra los medicamentos y productos sanitarios ilegales y falsificados. Certifica, controla y vigila los productos sanitarios. Hace seguimiento de la seguridad de los cosméticos y los productos de higiene personal. Informa de todo lo que tenga que ver con estos aspectos a los ciudadanos y profesionales sanitarios. Y elabora la normativa que facilite el cumplimiento de sus funciones.

El Sistema Español de Farmacovigilancia Humana (SEFV-H) está integrado por los 17 centros autonómicos de farmacovigilancia y la AEMPS. A su vez, la AEMPS comparte las reacciones adversas graves con la Agencia Europea de Medicamentos y las demás agencias nacionales de medicamentos de la Unión Europea. De esta forma, existe una red de vigilancia con una comunicación fluida, lo que posibilita la detección de los casos menos frecuentes. ♦

La AEMPS es responsable de garantizar a la sociedad española la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos y productos sanitarios

Iniciativas para limitar los efectos adversos en los hospitales

LA seguridad clínica, CLAVE DE LAS POLÍTICAS DE CALIDAD ASISTENCIAL

La seguridad de los pacientes se considera hoy día un aspecto clave de las políticas de calidad asistencial de los sistemas de salud. Es un objetivo fundamental de los gestores sanitarios. En su política de asesoramiento a los países para que ejecuten programas nacionales de fomento del uso racional de los medicamentos, la OMS promueve estructuras y medidas de política, información y educación. La ejecución de programas para notificar incidencias de medicamentos se ha convertido en una prioridad en los sistemas asistenciales de los países desarrollados.

Las principales organizaciones internacionales, como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Consejo de Europa, la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras, han incluido la seguridad de los pacientes en su agenda de prioridades. La propia OMS creó en 2004 la llamada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en la que el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad colabora activamente.

Por otra parte, el informe *HealthCast 2020*, de la consultora Pricewaterhouse & Coopers, de 2006, evidencia que la se-



Latinstock

En España, la seguridad del paciente ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para pacientes y familias como para gestores y profesionales

guridad para el paciente está incluida entre los objetivos prioritarios de los sistemas de salud en los países desarrollados.

Para mejorar el uso racional de los medicamentos, la OMS efectúa un seguimiento del uso mundial de los medicamentos y de las políticas farmacéuticas. Además, proporciona orientaciones de política y apoya a los países para que hagan un seguimiento del uso de los medicamentos y formulen, apliquen y evalúen estrategias nacionales para fomentar el uso racional de los medicamentos. Del mismo modo, elabora e imparte programas de capacitación para los profesionales sanitarios nacionales acerca del seguimiento del uso de los medicamentos y su mejoramiento en todos los niveles del sistema de salud.

En su política de asesoramiento a los países para que ejecuten programas nacionales de fomento del uso racional de los medicamentos, la OMS promueve estructuras y medidas de política, información y educación. Algunas de ellas son: la creación de organismos nacionales que coordinen las políticas sobre el uso de los medicamentos y hagan un seguimiento de sus repercusiones; la formulación de directrices clínicas basadas en datos probatorios destinadas a la capacitación, supervisión y apoyo a la toma de decisiones relacionadas con los medicamentos; la elaboración de listas de medicamentos esenciales para ser utilizadas en la adquisición de medicamentos y los reembolsos de los seguros; la creación de comités distritales y hospitalarios de medicamentos y tratamientos que apliquen intervenciones para mejorar el uso de los medicamentos y efectúen un seguimiento de sus efectos; la inclusión en los estudios universitarios de cursos de farma-

coterapia basados en problemas concretos; la inclusión de la formación médica continua como requisito para ejercer la profesión; la oferta de información pública independiente y no sesgada sobre los medicamentos, tanto para el personal sanitario como para los consumidores; el fomento de la educación de la población en materia de medicamentos; la eliminación de los incentivos económicos que facilitan la prescripción incorrecta, como la venta de medicamentos con ánimo de lucro por parte de los prescriptores, que ven así aumentados sus ingresos; la formulación de reglamentaciones que garanticen que las actividades de promoción se ajustan a criterios éticos; y la financiación suficiente para garantizar la disponibilidad de medicamentos y personal sanitario.

Formación y supervisión

De acuerdo con la OMS, la estrategia más eficaz para mejorar el uso de los medicamentos en la atención primaria en los países en desarrollo consiste en una combinación de la formación y la supervisión del personal sanitario, la educación de los consumidores y el suministro de medicamentos apropiados en cantidades suficientes. «Separadamente, todas estas intervenciones tienen un impacto reducido», advierte.

La creación de programas de notificación de incidentes por medicamentos es una de las estrategias esenciales para mejorar la calidad y la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos. Es necesario que cada país establezca un centro estatal que desarrolle y fomente prácticas para mejorar la seguridad del uso de los medicamentos. Igualmente, que recoja los incidentes por



medicamentos que puedan ser de interés general, que analice sus causas y que difunda información para evitar que vuelvan a suceder.

Para prevenir los efectos adversos por medicamentos, las autoridades sanitarias y los directivos de las instituciones deben liderar la implantación de una nueva cultura de seguridad. Alfonso Domínguez-Gil Hurlé, académico de número de la Real Academia Nacional de Farmacia, en su discurso *Medicamentos y seguridad del paciente*, afirma que la mejor forma de prevenir los errores es analizarlos desde una perspectiva del sistema. El desafío es encontrar la forma de proporcionar el apoyo necesario



Latinstock

a la persona que sufre el error y aprender del incidente, tanto los profesionales como los sistemas.

Asimismo, Domínguez-Gil Hurlé indica que los diferentes expertos recomiendan mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales y conseguir que los profesionales, en cualquier momento, puedan informarse correctamente acerca del tratamiento farmacológico que están realizando sus pacientes. Por ende, todos los profesionales que intervienen en la cadena terapéutica del medicamento (médicos, farmacéuticos, enfermeras, pacientes, gestores, etc.) han de colaborar entre sí y estandarizar y simplificar

todos los procedimientos de trabajo con el fin de disminuir los errores. Por ejemplo, hay que favorecer el uso de protocolos, implantar la receta electrónica, estandarizar los equipos, seleccionar y simplificar el número de medicamentos, etc.

Hay que favorecer la introducción de las nuevas tecnologías de la información para informatizar prescripciones médicas con programas que alerten sobre interacciones

Para que los pacientes participen activamente en su tratamiento, según Domínguez-Gil Hurlé, es necesario que reciban una educación sanitaria en términos claros. Igualmente, aconseja instaurar medidas que ayuden al cumplimiento correcto de la medicación, como pueden ser la revisión periódica del mismo, intentando su simplificación, enseñar a relacionar la toma del medicamento con alguna actividad diaria y el uso de pastilleros y alarmas.

Nuevas tecnologías

Domínguez-Gil Hurlé considera que «hay que favorecer la introducción de las nuevas tecnologías de la información, que permitan informatizar las prescripciones médicas con programas que alerten sobre posibles interacciones, alergias o sobre la necesidad de realizar controles analíticos y, por otra parte, que faciliten el acceso y la comunicación de la información clínica esencial de los pacientes».

En España, la seguridad del paciente ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales, que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

El Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, tal y como su propia estrategia de comunicación sostiene, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se viene desarrollando desde 2005 en coordinación con las comunidades autónomas. Su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto la establece la

Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo general de la Estrategia en Seguridad del Paciente es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. Los objetivos específicos son reflejo de los objetivos propuestos en el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje; implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud; promover la investigación en seguridad del paciente; promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente; y promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre la seguridad del paciente.

Estudio ENEAS

La publicación del Estudio ENEAS, el primer informe español sobre efectos adversos de la asistencia sanitaria, en 2006, supuso una herramienta de gran valor para la puesta en marcha de la Estrategia para la mejora de la seguridad del paciente. Representó un hito y un importante avance en el conocimiento de los efectos adversos de la atención sanitaria en nuestro país. Los resultados del estudio señalaron que un 8,4 por ciento de los pacientes ingresados en los hospitales españoles presenta algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Esta cifra aumentaba al 9,3 por ciento si se incluían todos los efectos relacionados con la asistencia sanitaria.

Estos resultados fueron comparables a los encontrados en otros estudios similares realizados en el Reino Unido,

Francia, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá, con lo que los hospitales públicos españoles se situaron en este terreno a la altura de los de algunos de los países más desarrollados del mundo. En el estudio se observó que una cuarta parte de los problemas que se definen como efectos adversos tenía que ver con el tipo de enfermedad que padece el paciente y que las otras tres cuartas partes eran achacables al modo en el que se aplican los tratamientos, se efectúan las pruebas diagnósticas o se organiza la atención sanitaria que recibe el paciente.

Otra conclusión fue que las tres causas principales de efectos adversos en los hospitales están relacionadas con el uso de los medicamentos (37,4 por ciento), con las infecciones hospitalarias (25,3 por ciento) y con la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25 por ciento), en particular si requieren anestesia. Estos efectos, además de perjuicios a los pacientes, ocasionan un mayor gasto sanitario ya que suponen ingresos hospitalarios adicionales, más días de estancia en el hospital y pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado, al menos, en casi la mitad de los casos. El estudio estimó que el 42,8 por ciento de los efectos adversos son evitables.

Campaña por la seguridad del paciente

Los servicios de urgencias son una de las áreas asistenciales donde existe mayor riesgo de eventos adversos. La aparición de los mismos se ve favorecida por distintas características: alto número de pacientes, diversa complejidad clínica de sus patologías, así como las particularidades laborales, profesionales y organizativas de estos servicios, que ayudan a que exista un elevado riesgo de problemas de seguridad. El estudio *Evadur (Eventos Adversos ligados a la asistencia en los servicios de Urgencias españoles)* ha situado en al menos un 12



FUNDACIÓN MAPFRE
desarrolla una campaña
para evitar eventos
adversos a los pacientes
durante su tratamiento en
urgencias, una de las áreas
asistenciales con mayor
riesgo de que ocurran

por ciento la incidencia de pacientes visitados en urgencias que sufren algún tipo de incidente relacionados con la asistencia sanitaria, de los que casi un 70 por ciento pueden ser evitables.

Por ello, dentro de las campañas que desarrolla FUNDACIÓN MAPFRE destaca *La seguridad del paciente está en nuestras manos*, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente. La campaña se centra en la difusión de diez recomendaciones a seguir por los profesionales para evitar eventos adversos a los pacientes durante la asistencia urgente, relacionados con los riesgos sanitarios más frecuentes detectados en Urgencias, de acuerdo los estudios realizados tanto por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como por FUNDACIÓN MAPFRE. ♦

CURSOS E-LEARNING DE ESPECIALIZACIÓN

FUNDACIÓN MAPFRE presenta su catálogo de cursos en modalidad e-learning en el área de prevención. Tras la superación del curso, se obtendrá diploma acreditativo expedido por la Universidad Pontificia de Salamanca (6 ECTS):

- Evaluación y prevención de riesgos psicosociales.
- Formación de formadores en seguridad.
- Riesgo biológico: criterios de actuación.
- Sistemas de gestión de la PRL: OHSAS.

Más información y becas:
+34 91 602 52 21



FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org



VI Encuentro de Salud y Trabajo

Valladolid, 5 y 6 de noviembre de 2014

La Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid acogerá la sexta edición del encuentro de Salud y Trabajo, en el que se debatirá entre otros, sobre los siguientes temas:

- Los factores individuales en relación a la salud.
- Promoción de la salud desde la empresa. Entornos de trabajo saludable.
- Nuevas tecnologías aplicadas a la salud.
- Estrategias en promoción de la salud desde las instituciones internacionales.

Más información:
+34 91 602 52 21



Universidad de Valladolid

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org

