

Editorial

Certificación de la Norma GCRP-25

El pasado 8 de julio de 2010, dentro de la II Reunión de la II Asamblea General de la Alianza General de Paciente (AGP), que se celebró en Madrid, en el Hotel Intercontinental, tanto a la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO) como a la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS), junto con otras cinco asociaciones, se les hizo entrega del Certificado de Norma GCRP-25, que establece los requisitos necesarios para la implantación de un Sistema de Gestión y Calidad y Responsabilidad Social, a medida, en una organización de pacientes.

El sistema de gestión se fundamenta en dos enfoques principales: el enfoque a procesos y el enfoque al usuario y la responsabilidad social.

El objetivo es conseguir un criterio preciso y diferenciador que sea de utilidad para todos los grupos de interés para identificar organizaciones de pacientes como interlocutores válidos que generen la confianza necesaria en aras a una participación real de estos grupos en el amplio ámbito de la salud.

Los requisitos para la evaluación que configuran esta norma han sido consensuados junto a



las organizaciones de pacientes que han formado parte del proyecto piloto y pretende ser una certificación a medida de estas organizaciones, comenzando por un sistema de mínimos básicos, tanto en el ámbito de calidad como en el de la responsabilidad social, en una senda de mejora continua y excelencia, consiguiendo sistemas de gestión más maduros y consistentes.

El control de la actividad que lleva a cabo una organización de pacientes para el cumplimiento de los requisitos de su cliente, que es el paciente y sus familiares, a través de un sistema de gestión, pretende a medio y largo plazo un aumento de la satisfacción de éstos y de todos los grupos de interés, como Administración central y autonómica, entidades privadas, donantes, los propios miembros de la organización, etc., desde la dirección al último colaborador.

Esta iniciativa pretende potenciar el papel de nuestros grupos de pacientes, y trasladar la experiencia al entorno europeo, a través de la credibilidad y la confianza que puedan transmitir en su forma de hacer, basada en criterios y evidencias objetivas para alcanzar sus fines.

EJERCICIO FÍSICO, OSTEOPOROSIS Y PLATAFORMAS VIBRATORIAS

Los lectores de este Boletín saben que el ejercicio físico ayuda a formar huesos más sólidos y a mantener la fortaleza de éstos. Además tiene efectos positivos previniendo las caídas y las fracturas y mejorando la calidad de vida. El mayor efecto del ejercicio sobre el hueso se produce con ejercicios de impacto y durante la infancia. Sin embargo, sigue aportando beneficios en todas las edades, tanto más cuanto más asiduo y enérgico pueda realizarse. En sentido contrario, las personas sedentarias descalcifican su esqueleto y tienen peor salud global, incluyendo mayor riesgo de discapacidad.

Recientemente han aparecido en el mercado del ejercicio físico plataformas vibratorias y nuestros pacientes y lectores frecuentemente nos preguntan por la efectividad de éstas en la osteoporosis (OP).

Para contestar mejor a sus preguntas hemos realizado búsquedas en bases de datos de ensayos clínicos de calidad y hemos encontrado los tres siguientes.

En un estudio con vibraciones de baja intensidad (frecuencia: 50 Hz, 30 min/día x 5 días/semana) en ratas ovariectomizadas (situación similar a la OP posmenopáusica), se comprobó que aquéllas previenen la pérdida de masa ósea tras la ovariectomía con resultados significativos respecto al grupo control. También aumentó la fuerza en el grupo intervención, pero en cuantía no estadísticamente significativa. Concluyen los autores que es un método seguro, fácil de aplicar y efectivo para prevenir la pérdida de masa ósea tras la ovariectomía (en las ratas).

Otro estudio se hizo con 151 mujeres posmenopáusicas (68.5 años +/- 3,1 años), que realizaron entrenamiento 2 veces/semana y se dividieron en 3 grupos: entrenamiento convencional (60 minutos de baile aeróbico, ejercicios de equilibrio, entrenamiento de fuerza y los últimos 15 minutos ejercicios de fuerza de miembros inferiores (MMII) en plataformas vibratorias apagadas). Otro grupo hizo entrenamiento convencional y los últimos 15 minutos de ejercicios de fuerza de MMII en plataformas vibratorias encendidas. Y, finalmente, el grupo control, que hizo ejercicios de baja intensidad y relajación. Se encontró aumento de densidad mi-

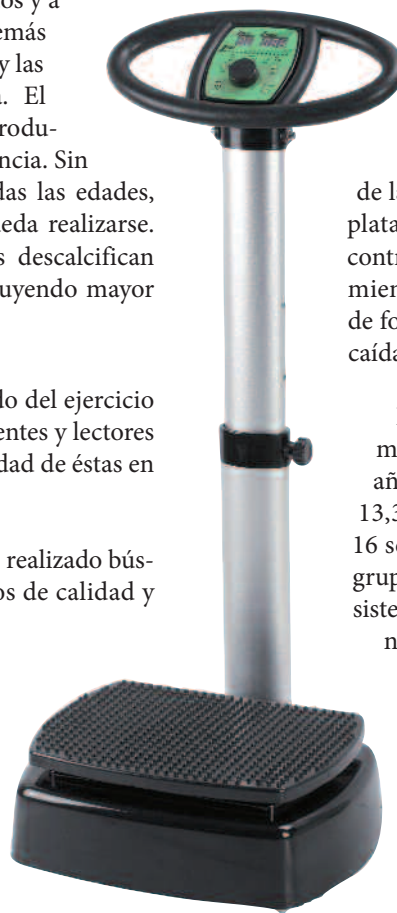
neral ósea (DMO) en columna lumbar después de un año en ambos grupos de intervención y de manera no significativa en las plataformas vibratorias, mantenimiento de la DMO en cadera en los grupos de intervención frente a pérdida en grupo control y reducción significativa de la tasa de caídas en los que se entrenaban en plataforma vibratoria comparado con el grupo control. Los autores concluyeron que el entrenamiento con vibración no aumentó la masa ósea de forma significativa, pero redujo el número de caídas.

Por último, en otro ensayo clínico con 51 mujeres jóvenes saludables de 21,02 +/- 3,39 años, altura 165,66 +/- 6,73 cm; peso 66,54 +/- 13,39 kg, que hicieron entrenamiento durante 16 semanas en: grupo 1: plataforma vibratoria; grupo 2: plataforma vibratoria + ejercicios de resistencia y grupo control. Se recogió mejoría significativa en grupo 1 a nivel del cuello femoral (2,7%) y en el grupo 2 en cuello femoral (1,9%) y vertebral (0,98%). Concluyeron que las plataformas vibratorias parecen mejorar la DMO aumentando la formación y disminuyendo la reabsorción ósea y que podría considerarse como una estrategia para alcanzar, en mujeres jóvenes, un mejor pico de masa ósea con esta nueva forma de entrenamiento.

En consecuencia, de los tres estudios publicados disponibles, creemos que, por ahora, se deduce que el entrenamiento con plataformas vibratorias en mujeres posmenopáusicas no aumentó la masa ósea de forma significativa, pero redujo el número de caídas, si bien aumentó la masa ósea de mujeres jóvenes sin OP ni osteopenia.

Por lo tanto, a falta de nuevos datos, por ahora no se ha demostrado que el ejercicio en plataformas vibratorias sea superior a cualquier otra forma de ejercicio comparable que no precise inversión en estos dispositivos.

PROF. DR. ANDRÉS PEÑA ARREBOLA
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación



Política de la calidad y la responsabilidad social de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO)

La Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO), con ámbito de actuación nacional, se creó como asociación en 1988 y se elevó a Fundación en 1993, con el fin de dar a conocer las enfermedades metabólicas óseas y en particular la osteoporosis, así como su prevención y tratamiento, y fomentar la docencia y la investigación.

Desde la dirección de FHOEMO siempre se ha establecido, y transmitido al resto de la organización, que el paciente es, dentro de las diferentes actividades y fines de la Fundación, nuestro principal grupo de interés, para y por el cual se trabaja. Con este principio en mente, se identifica la necesidad de desarrollar una gestión de calidad y socialmente responsable de forma que lleve a consolidar los valores de nuestra Fundación.

Para ello, la dirección de FHOEMO decide gestionarse bajo la referencia de la Norma GCRP-25 y trabajar en este sistema de gestión que integra la calidad y la responsabilidad social con una clara orientación hacia la mejora continua. Por esta razón, la presidencia del Patronato y el Comité Ejecutivo del mismo consideran necesario publicar esta declaración en la que se enuncian cuáles son sus principios estratégicos de actuación:

- ▶ Promover la ayuda y soporte a los pacientes y sus familiares, sin olvidar la información al público en general y a los medios de comunicación sobre la enfermedad, sus graves efectos, prevención y tratamiento, haciendo especial hincapié en la educación de niños, adolescentes y jóvenes en hábitos de vida que permitan mejorar la salud del hueso.
- ▶ Formar y sensibilizar a cada persona de FHOEMO, haciéndole partícipe de nuestra política hacia la gestión de calidad y responsabilidad social en todas sus actividades, priorizando la comunicación e información, de manera que la gestión incumba a todos los miembros de la organización.



- ▶ Formar a los profesionales sanitarios y a toda persona implicada con la Fundación a través de cursos, congresos, conferencias, etc., y promover la investigación desde la Fundación a través de becas, premios, estudios, etc.
- ▶ Establecer un modelo de gestión transparente y eficiente, como es la gestión por procesos para optimizar, a todos los niveles, los recursos, tanto económicos como humanos, de la Fundación.
- ▶ Establecer contactos con otras instituciones nacionales e internacionales con fines similares para coordinar programas, y para ganar peso a la hora de actuar ante la Administración central y autoridades regionales y municipales para concienciar sobre la osteoporosis.
- ▶ Buscar una mayor implicación de prensa, organizaciones públicas, sanitarias y farmacéuticas, potenciando aquellas relaciones estratégicas que faciliten la obtención de financiación y apoyo.

El cumplimiento de esta política, así como el de los objetivos y metas asociados a la misma, se revisará y actualizará al menos una vez al año, dentro del proceso de mejora continua de nuestro sistema de gestión de la calidad y la responsabilidad social.

DR. MANUEL DÍAZ CURIEL
Presidente FHOEMO

Política de la calidad y la responsabilidad social de la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS)

AECOS es una organización de ámbito nacional, creada en 1994 (antes AFHOEMO) y declarada de utilidad pública en 2004, con la finalidad de promover el conocimiento, divulgación y comprensión de la osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas, además de luchar por la mejora de las condiciones de vida del paciente y sus familiares.

Como pieza fundamental del sistema y primer paso para el cumplimiento de esta política, AECOS establece los siguientes objetivos estratégicos:

1. Velar por las personas con osteoporosis desde un punto de vista sanitario, social, laboral y familiar, facilitándoles la información necesaria y promoviendo un buen conocimiento de la enfermedad en la sociedad en general.
2. Elevar a los poderes públicos cuantas peticiones, estudios y sugerencias se consideren oportunas desde la posición de la dirección de AECOS. Del mismo modo, la dirección lidera al resto de la organización en el reto de sensibilizar a la opinión pública y a la Administración sobre los problemas de diagnóstico, tratamiento y prevención.
3. Promover relaciones de colaboración con entidades e instituciones con la misma finalidad, y participar en aquellas federaciones, coordinadoras o confederaciones que agrupen a asociaciones de similar carácter.
4. Potenciar todos los canales y sistemas de ayuda en la Asociación, motivando e implicando en una gestión de calidad y bajo los principios de responsabi-

lidad social a todos ellos (personal, voluntariado, grupos de ayuda mutua, etc.).

5. Llegar a un nivel de desarrollo de la implantación de la gestión por procesos tal que se logre la optimización de los recursos y de la prestación del servicio.

Estos objetivos se revisarán a intervalos de tiempo definidos para trabajar bajo el compromiso de la mejora continua.

Conscientes de que el logro de nuestros objetivos depende de la total satisfacción del paciente y seguros de que para su consecución es imprescindible la prestación de un servicio de calidad y socialmente responsable, la dirección de AECOS se asegura una gestión ética, transparente y de calidad, tomando como referencia la Norma GCRP-25 segunda edición, asumiendo el compromiso de cumplir los requisitos de la misma.

Desde la dirección se dará a conocer a toda la organización los principios de la gestión de calidad y responsabilidad social de AECOS, buscando la implicación de la Junta Directiva para potenciar su motivación y participación en la consecución de los fines de la organización.

La dirección de AECOS asume la tarea de impulsarlo y dedicar los recursos necesarios. Anualmente someterá el sistema a una revisión, introduciendo las modificaciones necesarias para asegurar la mejora continua del mismo.

CARMEN SÁNCHEZ CHICHARRO
Presidenta AECOS

AVISO IMPORTANTE SECRETARÍA (conviene guardar)

A partir de septiembre, para poder apuntarse a las excursiones y visitas culturales, no se podrá realizar ninguna reserva por teléfono, tendrán que ser realizadas en los despachos:

Madrid: C/ Gil de Santivañes, 6 bajo (lunes a viernes de 11 a 13 horas).

Alcorcón: C/ Timanfaya s/n (jueves de 11 a 13 h y de 17 a 19 horas).

Condiciones de reserva:

- ◆ Para todas las actividades es imprescindible ser socio.
- ◆ Las reservas se harán individualmente y no se podrán apuntar a varias personas a la vez, excepto la pareja o familiar que viva en el mismo domicilio y sea también socio.
- ◆ Una vez realizada la inscripción se abonará la actividad, y dependiendo de la actividad que se realice, se hará en efectivo o por ingreso bancario (AECOS c/c 2038 1816 24 6000271754) indicando la actividad.
- ◆ Habrá un número de plazas limitadas para Madrid y Alcorcón.
- ◆ Para mayor agilidad en las informaciones, comunicados y convocatorias a los socios suministramos tu correo electrónico o el de un familiar. También precisamos tu teléfono móvil, DNI para completar las fichas.

Resumen del viaje a *las Rías Baixas*



Del 28 al 31 de mayo, la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS) realizó un viaje de «fin de curso», al que se apuntaron 55 socias.

No ha podido salir mejor, nos hemos divertido muchísimo y hemos convivido en armonía, ha sido sensacional.

Hola, me llamo M^a Isabel y soy la socia nº 2775. No sé si sabré explicaros cómo ha resultado el viaje de fin de curso, «como los niños, nos dan las vacaciones en las mismas fechas y hacemos nuestro viajecito, corto pero intenso».

Salíamos de Madrid el día 28 con muchas nubes y en el camino nos llovió, la temperatura no era mala, paramos a comer en A Gudiña (Orense) y continuamos hasta El Grove (capital del marisco) donde teníamos el hotel, por cierto pequeñito pero casi dentro de la ría de Arosa, ¡güay! Como llegamos sobre las 19:30 h, nos dio tiempo a dar una vuelta por el pueblo, pues la hora de cenar era a las 21:00.

Día 29: Por la mañana, visita a la isla de La Toja, llovía; tras un pequeño paseo por la isla pudimos visitar una pequeña ermita que está toda forrada de conchas y la famosa fábrica de jabones, que en realidad ya no se hacen allí, pero que pudimos ver en fotos todo el proceso, «muy interesante». Luego hicimos una excursión que Alicia, nuestra guía, nos propuso, y que resultó de lo más divertida, nos fuimos a ver las mejilloneras (bateas) de las rías de Arosa y Sanxenxo, divertido y sabroso a la vez, pues nos invitaron a mejillones y a un vino de Ribeiro, típico de la tierra, todo ello amenizado con música y nosotros nos encargamos de poner el cuadro de baile. Fenomenal.

Por la tarde visitamos Pontevedra, el monasterio de Poio y Combarro, pueblo típico por sus hórreos, y regresamos al hotel.

Día 30: visitamos la catedral de Tuy, y ya que estaba cerca entramos en Portugal, en un pueblecito que está separado de España por un puente, llamado Valencia do Miño, muy bonito, y además tomamos un aperitivo de bacalao, típico de la zona, muy rico, y aprovechamos para hacer algunas compras. Después salimos para ir al restaurante, que estaba en lo alto de una montaña (el monte de Santa Tecla), donde desemboca el Miño, una vista espectacular. Estando comiendo pasó una cosa extrañísima, de pronto se

dejó de ver el paisaje y no había nada más que niebla, a los dos segundos otra vez se veía todo, impresionante, por cierto el monte además tiene restos de los celtas nada menos. Por la tarde estuvimos en Bayona visitando el parador y una copia de la carabela «la Pinta» y regresamos al hotel.



Día 31: dejamos el hotel y El Grove para visitar Santiago de Compostela, con la plaza del Obradoiro, la Catedral y algunas de sus bellas calles. Como es año jubilar, algunas quisieron oír la misa de 12:00, llamada del peregrino, y de paso ver el Botafumeiro funcionando, otros hicieron cola para abrazar al Santo y otros/as optamos por ver y comprar más aún de lo que ya llevábamos. Comimos y camino de Madrid, con mucho calor y cansados, pero creo que todos muy contentos.

Hasta el próximo viaje, feliz verano a todos/as.

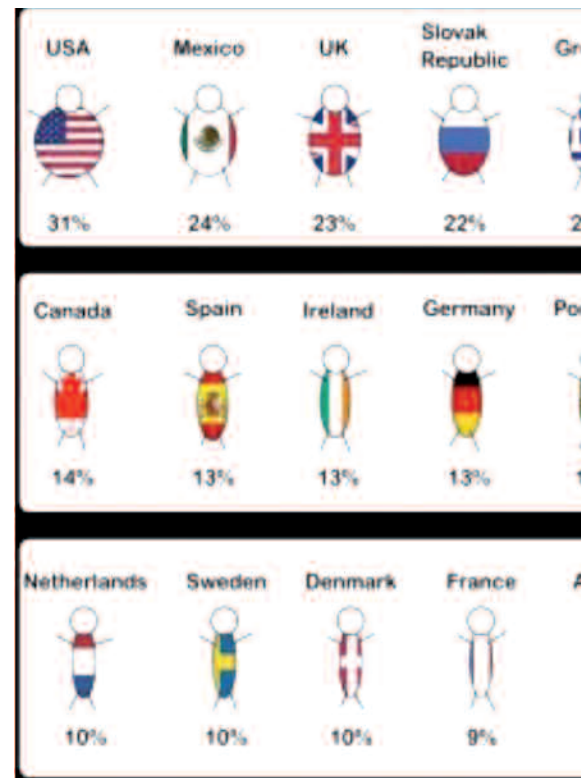
M^a ISABEL TERRERO GÓMEZ

Cambio en la composición corporal y la

Aunque la posición social y el estado de salud de las mujeres han mejorado de modo global desde que empezó «la década de las mujeres» en Naciones Unidas en 1975, no es menos cierto que los campos en los que conseguir la mejora de calidad de vida de las mujeres de edad mediana han sido abordados de modo desintegrado y no haciéndolo de un modo integrador y holístico. Se han realizado multitud de encuentros internacionales de expertos y en todas las agendas tanto científicas como de políticas sanitarias figuran aspectos relativos al envejecimiento femenino. El Plan de Acción Internacional de Viena identifica las áreas de interés para las mujeres, pero sólo al finalizar la década de los 80 las Naciones Unidas mencionan el envejecimiento como un proceso. En 1997, en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Nueva Delhi, el envejecimiento y la salud de las mujeres fueron considerados foros importantes de discusión y acción. En 1999, Naciones Unidas declara el Año Internacional del Adulto Mayor y eso proporciona otra oportunidad importante para observar, conocer en más profundidad la situación y asegurar si se presta la debida atención a la salud de las mujeres que envejecen. De modo sucinto en muchos de estos abordajes se ha puesto de manifiesto que tan importante como lo patológico, senso estricto la pobreza, la soledad y la alienación son comunes en países en vías de desarrollo y de modo mucho más sutil en los países desarrollados. La Comisión Global sobre Salud de las Mujeres vertebra cinco temas claves que se identifican como problemas de género de importante impacto sobre la calidad de vida de las mujeres:

- La nutrición.
- La salud reproductiva.
- Las consecuencias sanitarias de la violencia tanto mantenida como esporádica.
- Los problemas relacionados con el estilo de vida.
- El entorno de trabajo.

Pero se olvida a menudo que el género es una construcción social de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres. El conseguir la equidad de género en salud implica eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres que son innecesarias, injustificables y a menudo injustas. Si se adopta la definición de salud de la OMS: Estado de bienestar físico, mental y social completo, cuando se aplica a las mujeres lo primero es reconocer que el envejecimiento es un proceso, parte del ciclo vital humano, continuo y no patológico, pero que en buena medida va a depender de cómo se han vivido las etapas anteriores. Es pues esencial el considerar la salud de las mujeres maduras dentro de una perspectiva vital total. Si se quiere promocionar salud hay que saber prevenir tomando iniciativas de alerta tanto primarias como se-

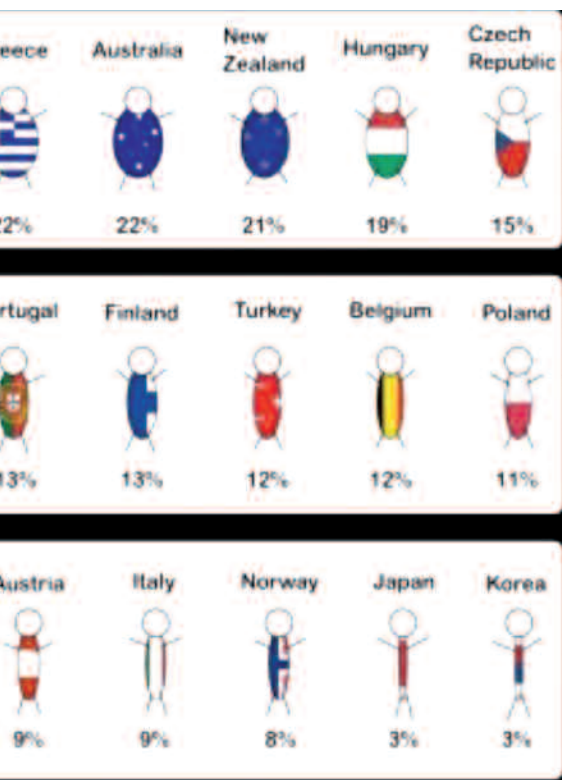


cundarias que abarquen no sólo este período de vida, sino etapas previas a modo de programas de educación para y por la salud futura.

A modo de ejemplo sencillo: la degeneración ósea, pérdida de estructuras, masa y contenido mineral del hueso, es un proceso fisiológico normal que acontece ligado a la edad como consecuencia del paulatino deterioro de la suficiencia en los procesos de osteoblastosis. Se sabe que el máximo de eficiencia en la formación y acumulación de masa ósea (pico de masa ósea) se produce en la etapa adolescente. Una acción preventiva eficiente aseguraría que en esta fase los recursos y patrones de alimentación fueran los adecuados para la génesis de un «banco de hueso», suficiente para afrontar en etapas sucesivas de la ontogenia el proceso de pérdida sin sobrepasar el umbral de fragilidad que condiciona situaciones de osteopenia /osteoporosis.

Pero no sólo este tipo de acciones que requiere de un planificado actual para obtener resultados de salud favorables a medio y largo plazo son posibles. Si en 1992, ya la OMS reconoció el importante papel que desempeñan las mujeres como cuidadoras y agentes de salud, ¿por qué no utilizar ese potencial en la optimización de su propio cuidado? Dar protagonismo al cuerpo saludable desde el conocimiento del mismo, de su variabilidad y desde las posibilidades que las

Alimentación en las mujeres de edad mediana



buenas prácticas de normativa de vida tienen en envejecer en femenino y con salud. Las mujeres, conocedoras de su «yo» completo, pueden abordar problemas que son exagerados en algunos casos e infravalorados en otros, fundamentalmente en base a desconocimiento o por intereses económicos que pueden llevar a una sobremedicación y/o intervenciones inapropiadas.

Mujeres, ya es hora de que les toque a vuestros cuerpos

Desde la óptica de lo biológico y de la antropología física hay que conocer si estas problemáticas pueden afectar e interactuar en los procesos vitales y éstos en la calidad de vida de las mujeres, buscando soluciones (unas veces habrá de acometer la propia mujer y otras instar a las instituciones a favorecerlas). Hay que afrontar la formación en aspectos como el conocimiento de su propio cuerpo, «herramienta imprescindible» y especialmente útil para poder ser y actuar, sabiendo que es un elemento cambiante, educable y valioso.

En un reciente estudio realizado por nuestro equipo en el ámbito rural español se pudo constatar el desconocimiento que las mujeres tienen de sus procesos vitales, así como del

peso de prejuicios injustificados. Al preguntarse sobre qué era para ellas la menopausia, un 24,2% no sabía y un 21,2% lo asumía como una etapa muy negativa sentirse viejas y socialmente minusvaloradas. Sin embargo, al abordar desde el conocimiento permite a las mujeres aceptar que es:

- Señal evidente de una nueva fase en la ontogenia femenina. NO el final de la vida.
- Cambios endocrino/ováricos fisiológicamente normales que pueden ser mejorados o paliados cuando así sea necesario.
- Oportunidad para la valoración del estado de salud de la mujer. De manera holística, ante una nueva etapa que en el caso de las mujeres españolas es de más de 30 años.
- Romper mitos e implementar salud. No se trata de tener cuerpos de 20 años, sino cuerpos sanos ante una nueva situación metabólica.

En esta fase de cambio, uno de los escollos básicos para la salud es el estado nutricional, malnutrición que no debe abordarse sólo como carencia o exceso de sino también como desequilibrio entre lo gastado y lo aportado, y entre los diferentes componentes del aporte. Así se define como:

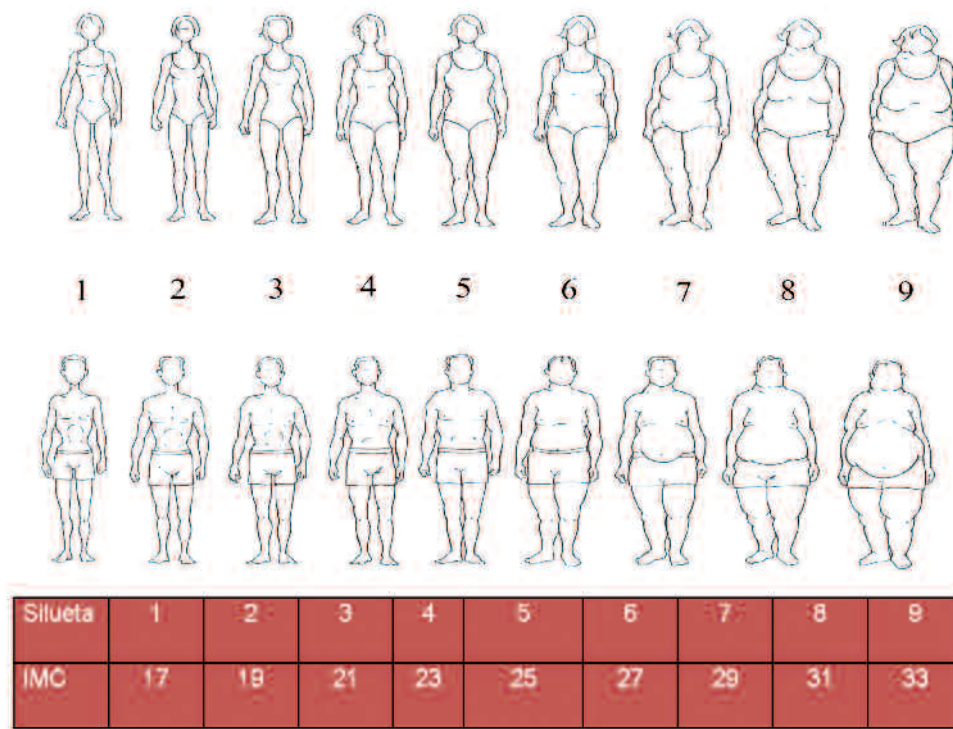
- Primaria: pautas alimentarias incorrectas a la nueva demanda energética y de nutrientes.
- Secundaria: origen fisiológico, están perturbadas las funciones de absorción, transporte, reserva o excreción.

También puede ser aguda o crónica, y aparecer por déficit, exceso o desequilibrio de nutrientes, de todo ello dependerá su evolución y actuación de mejora.

La malnutrición puede ser detectada analizando la situación morfofisiológica de esta nueva fase del ciclo vital. Uno de los parámetros más comúnmente considerados como pronósticos será el IMC (Índice de Masa Corporal), también conocido como BMI (en inglés *Body Mass Index*). Este es una sencilla relación entre la estatura y el peso de los sujetos en un momento determinado de su ciclo vital. Todos podemos calcularlo y evaluarlo aplicando la siguiente fórmula en la que el peso se considera en kilogramos y la estatura al cuadrado en metros.

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$$

Una mujer que mida 159,8 y pese 64 kg tendrá un IMC de 25,06. ¿Qué supone eso? De acuerdo con los puntos de corte y categorías estimadas para población adulta por la OMS, esta mujer estaría en el límite superior de una situación so-



mática de normopeso (peso adecuado a su estatura). A modo de referencia se dan a continuación los valores clasificatorios de la OMS.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CLASIFICACIÓN OMS
< 18,5	Bajo peso
18,5 – 24,9	Peso adecuado (normopeso)
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidad I
35,9 – 39,9	Obesidad II
>= 40	Obesidad mórbida

A partir del BMI de los individuos también a nivel de población se puede estimar la situación de «desadaptación» del óptimo equilibrio entre lo requerido y lo suministrado. En una palabra, los riesgos y actuaciones para evitarlos en una determinada sociedad. En la gráfica de las páginas 6 y 7 puede verse la aplicación del IMC entre diferentes poblaciones. Hace referencia al % de individuos en la categoría de IMC igual o superior a 30 (obesidad). Si bien España presenta valores intermedios, algo está fallando y se refleja en las diferencias existentes con otros países de nuestro entorno y características como son Francia e Italia.

Además de lo anterior, los hombres y mujeres son permeables a presiones psicosociales que pueden deformar o alterar la visión y percepción de su cuerpo y consecuentemente desarrollar comportamientos tendentes a optimizar una imagen que en algunos casos no se ajusta a la realidad. Por ello, ante el cambio que se produce en el cuerpo y su composición en fases críticas del ciclo vital humano, como es el caso de la etapa puberal y del climaterio en las mujeres, se

manifiestan en mayor medida anomalías en la identificación del estatus somático, además de idealizar y desear cánones utópicos o inapropiados a la etapa vital correspondiente. Es importante su identificación y, una vez conocidos, ser autogestionarios sobre su corrección si es posible o recurrir a los profesionales del campo.

Sobre la base de que ya conocen el IMC, se puede evaluar sobre las normas establecidas cuál sería la tipología real dimanada del IMC, cuestionarse cuál sería la silueta deseada y cuál es con la que nos identificamos.

Por ejemplo, la mujer cuyo IMC era de 25,06 realmente se correspondería a la silueta 5 de las figuras anexas, pero podría percibirse al ser cuestionada como de tipología 7 deseando por el contrario estar en la situación de la silueta 3. ¿Cómo actuaría?

Una situación de normopeso puede ser violentada por esa falsa asunción de lo somático.

Junto a lo anterior hay que considerar una nueva fuente de variación y es que el valor del peso se asume como unitario y no lo es, en él hay diferentes componentes a los que hay que prestar atención. En efecto, bajo un mismo peso, dos individuos pueden tener composiciones corporales muy diferentes y es notoria también la diferencia que sobre esta composición corporal se registra entre varones y mujeres.

De todo esto se continuará hablando en el próximo boletín.

Gracias AECOS.

CONSUELO PRADO MARTÍNEZ
Profesora Titular Universidad Autónoma de Madrid
Departamento de Biología, Facultad de Ciencias
consuelo.prado@uam.es

Shiatsu (3ª parte) No todo el mundo sale igual de una sesión

Si es la primera vez que vamos a una sesión, va a influir mucho sobre el estado en que salgamos lo que esperamos del shiatsu. A lo mejor nos decepciona porque esperábamos otra cosa y es muy distinto lo que recibimos. Por eso, la primera vez que se va a una sesión de shiatsu hay que ir con la mente abierta y aceptar «lo que me hagan»; bueno... en el shiatsu se trabaja con presiones y se intenta evitar hacer daño, y se hace por todo el cuerpo y...

A eso me refería, que llevamos una idea preconcebida de lo que es shiatsu y luego nos encontramos con que nuestra idea no se corresponde con la realidad. Un compañero mío aprieta mucho, y es muy fácil que haga daño. Pero hay gente que le gusta esa presión (sobre todo en Oriente). Otra compañera aprieta siempre con las manos y lo hace muy flojito, es decir, que cada practicante de shiatsu tiene su estilo propio. Por eso la primera sesión es de encuentro entre terapeuta y paciente, y los dos son los que irán marcando ritmo y presión.

A partir de la segunda sesión ya sabemos cómo va a ser, ya no hay miedos o inquietudes o falsas expectativas y es entonces cuando más efectivo comienza a ser. Ya queda despejada esa incógnita de «qué me va a hacer».

Aun así, hay personas que observan distintas sensaciones. La más común después de haber recibido una sesión de shiatsu es de calma y descanso. Puede durar todo el día y dar como resultado final un sueño profundo y reparador; a muchos pacientes de la última hora del día les tengo que decir: «nada, que yo me voy, tú te quedas aquí tumbado en la camilla y cuando salgas, apaga la luz y cierra bien la puerta».

Podíamos decir que el shiatsu, en general, va a producir «relajación», debido a que el sistema nervioso libera las tensiones y permite que mente y cuerpo se relajen y descansen.

Sin embargo, hay constituciones o temperamentos que al final de la sesión se sienten con «aumento de vitalidad», ello permite llevar a cabo el trabajo del día con agilidad; me comentan alguna vez: «después de venir aquí, me voy a dar un paseo».

Recibiendo shiatsu con regularidad es muy frecuente oír la expresión de que después de la sesión se siente «alivio del dolor». Los síntomas tienden a desaparecer. El shiatsu aumenta el poder autocurativo del cuerpo, aliviando el dolor sin producir efectos secundarios. «La verdad es que me encuentro mejor cuando vengo a la sesión», «me duele menos», «desde que vengo aquí...»

Otra expresión que se oye con mucha frecuencia es que des-

pués del shiatsu, ese día, se «duerme muy bien». Personas que padecen de insomnio, el día de la sesión pueden descansar a gusto.

No siempre todo es positivo, en algunas ocasiones, sobre todo después de la primera sesión, puede aparecer cierta «incomodidad o dolor». La palabra japonesa a la que hace referencia esta sensación es «menken», indica un estado de reacción del organismo que se considera positivo. En algunas personas el shiatsu produce sensaciones desagradables, como agujetas o dolores o malestar general. El cuerpo empieza a eliminar toxinas produciendo estas sensaciones. Pasados unos días este estado se pasa y la persona se suele encontrar mejor que antes de la primera sesión.



Todo este mundo de sensaciones es debido a algo, la pregunta que nos podemos hacer ahora es ¿qué pasa en mí al recibir shiatsu?

Cuando se recibe shiatsu todo mi organismo empieza a cambiar. Se equilibra el sistema nervioso. A través de la modulación de las presiones se establece una comunicación con el sistema nervioso autónomo, equilibrando posibles descompensaciones en las funciones de los órganos y glándulas.

Se vitaliza la piel, el shiatsu estimula la circulación de los capilares. Se mejora el sistema circulatorio, porque las presiones sobre los músculos ayudan a mantener flexible los vasos sanguíneos y regula la tensión arterial.

La terapia shiatsu es un importante medio terapéutico modulador del tono muscular y del buen funcionamiento de las articulaciones.

Se facilitan las funciones del sistema digestivo, la aplicación de shiatsu en la zona abdominal ayuda a mantener los órganos y vísceras flexibles permitiéndoles un mejor funcionamiento.

Se mejora el control del sistema endocrino, el shiatsu aplicado a las glándulas, de forma distante o refleja, ayuda a intensificar su funcionamiento modulando la secreción de diferentes hormonas y mejora el equilibrio entre los componentes de la sangre.

El shiatsu aplicado en todo el cuerpo, además de proporcionar bienestar físico, ayuda a equilibrar el estado emocional, lo que proporciona un bienestar integral.

ANDRÉS HUERTA
Shiatsupractor
Director del centro Tai-Shen

Actividades delegaciones AECOS

BARCELONA

- ❖ El día 7 de junio acudieron a la presentación del libro *20 años de encuestas nacionales de salud* en la sede de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. La presentación estuvo a cargo de D. Santiago Pérez del Instituto Max Weber, Álvaro Hidalgo del Seminario de Investigación Económica y Laboral de la Universidad de Castilla-La Mancha y del Dr. Juan del Llano.
- ❖ El día 10 de junio de 2010 se impartió la charla-coloquio sobre osteoporosis en la sede de AWV Congrès-Indians de Barcelona, en la que hubo un animado debate respecto a la medicación y las consecuencias de cada medicamento para la osteoporosis.
- ❖ El día 28 de junio tuvo lugar el encuentro sobre «Valor, precio e innovación biofarmacéutica» en la Real Academia de Farmacia de Cataluña, al que acudió D^a Carmen Oliva en representación de AECOS.

VALENCIA

- ❖ 26 de mayo, un grupo de nuestras socias de esta localidad realizó una visita al Museo del Chocolate «Comes» y al concluir la misma tuvieron una comida de fin de curso para despedirse hasta octubre cuando reanuden sus actividades de gimnasia. ¡Felices vacaciones a todas!
- ❖ El día 30 de mayo, la nueva presidenta de nuestra delegación en Valencia, D^a Pilar Sáez Lozano, junto a otros miembros de la Junta Directiva, participaron en la primera ronda de prueba para la elección del mobiliario del nuevo Hospital La Fe, junto a representantes de otras asociaciones de pacientes. Sus criterios, junto con los del personal sanitario y la valoración económica, servirán para definir los muebles más funcionales para el nuevo hospital, según se ha reseñado en el diario *Las Provincias* de la Comunidad Valenciana en su edición del 16 de junio de 2010.
- ❖ Los días 30 de mayo y 17 de junio fueron entrevistadas algunas socias de esta delegación para Canal Nou en el programa de noticias para comentar la participación de los pacientes en la inauguración del nuevo Hospital La Fe.



- ❖ El día 26 de junio fue emitido por Punto Radio el coloquio de diálogos médicos-pacientes para potenciar el conocimiento de la osteoporosis, que constituyó la primera de una serie de reuniones a celebrar en las diferentes comunidades autónomas a lo largo del año. El formato de este encuentro se hace con el auspicio de Amgen S.A. y estuvo presidido por el doctor Manuel Díaz Curiel –presidente de FHOEMO– y el Dr. Giner –médico de Atención Primaria de Valencia–, moderado por un locutor de la mencionada cadena de radio.

PAMPLONA

- ❖ El día 6 de mayo, D^a Carmen Sánchez –presidenta AECOS– y D^a Cruz Benavente –secretaria AECOS– acudieron a la presentación del nuevo grupo de gimnasia recomendada para pacientes de osteoporosis, celebrada en el Colegio de Médicos de Pamplona.

La presentación estuvo a cargo de la Dra. Eva Cuesta, quien resaltó la importancia del ejercicio físico para la osteoporosis, y un técnico del gimnasio Jolaskide –donde se desarrollarán las clases–, quien explicó los beneficios de los nuevos ejercicios que ellos proponen para esta patología.

Durante el encuentro, la presidenta tomó la palabra para animar a las socias a participar en las actividades de la asociación contando con la Dra. Cuesta como presidenta de la delegación. Se hizo énfasis en la importancia del voluntariado para realizar actividades y ayudar a conseguir medios económicos privados y de la Administración.

Las participantes expresaron sus sugerencias para la reactivación de esta delegación.

Os animamos a que os suméis a este propósito para aumentar la representatividad de los pacientes con osteoporosis en la Comunidad Foral de Navarra y conseguir una asociación cada vez más fuerte.

CARMEN SÁNCHEZ CHICHARRO
Presidenta AECOS



II Asamblea General de la Alianza General del Paciente (AGP)

El pasado 8 de julio, en el Hotel Intercontinental de Madrid, se celebró la II Asamblea General de la AGP. La Alianza General de Pacientes es una unión transversal de entidades, asociaciones y organismos sanitarios alrededor de las organizaciones de pacientes. La AGP utiliza criterios de calidad y transparencia, mediante la implementación de un sistema de Gestión de la Calidad y Responsabilidad Social en organizaciones de pacientes. Los miembros de la Alianza General de Pacientes pertenecen a los diversos ámbitos de la sanidad y se agrupan en cuatro núcleos: pacientes, profesionales sanitarios, administraciones sanitarias y entidades privadas, es requisito imprescindible obtener la certificación de la norma GCRP-25 para ser miembro de pleno derecho.

Tanto la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS) como la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO) pertenecen a la AGP.

En la apertura del acto tomó la palabra D. Emilio Marmaneu, presidente de la AGP, quien dio la bienvenida a los asistentes, indicando la necesidad de desarrollar grupos de trabajos para mejorar la organización de las asociaciones de pacientes.

Posteriormente tomó la palabra D^a Elena Juárez Peláez, directora de Atención al Paciente, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. En su intervención indicó que los pacientes tienen la sensación de no ser atendidos, como si el paciente se quedara solo, por eso los ciudadanos tienen que ser oídos y participativos en las decisiones de las Administraciones públicas, fortaleciendo el diálogo entre pacientes, Administraciones, ministerios y profesionales del mismo ámbito.

D. Enrique Sánchez de León, presidente de Fundamed, indicó que la misión principal de la AGP es fortalecer el diálogo de las organizaciones de pacientes, así como ir incorporando más entidades a la misma y a lo que dedican especialmente sus recursos.

D. Santiago de Quiroga, vicepresidente de Fundamed, hizo un resumen de las actividades desarrolladas por la AGP en los últimos 12 meses. Aprovechando para dar la bienvenida a las cuatro nuevas asociaciones que acaban de incorporarse a la AGP. También indicó que desde el 10 de junio del 2009 en que nace la AGP, en el Ministerio de Sanidad y Política Social han intentado consolidar y mejorar de manera continua la presentación de la AGP incorporando instituciones sanitarias, públicas o privadas. Establecer acuerdos entre entidades, la comunicación como elemento imprescindible para dar a conocer la AGP a través de la web. Mejorar la gestión acrecentando la capacidad de gestión y organización de las asociaciones de pacientes que lo requieran. Compartir experiencias entre las organizaciones más desarrolladas. Así como la creación de la norma CGPR-25 adaptación INACEPS de calidad y transparencia mediante la implantación de un sistema de Gestión de la Calidad y Responsabilidad Social.

También durante el acto se hizo la votación para la confirmación de la presidencia de la AGP, que continuará como anteriormente estaba, con D. Emilio Marmaneu, presidente, y D. Alejandro Toledo Sensín, vicepresidente.

Después de un receso se hizo entrega a las organizaciones que han obtenido la certificación de la norma GCRP-25, en total siete

miembros adheridos, entre los que nos encontrábamos la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO), recogiendo el certificado el Dr. Manuel Díaz Curiel, presidente, y la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS), recogiendo el certificado D^a Carmen Sánchez Chicharro, presidenta, hizo entrega de los mismos D. Javier Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

También se hizo entrega de las «Medallas de los Pacientes» a las Administraciones e instituciones sanitarias por votación. La Comisión Médica otorgó la Placa de Plata de la Sanidad Madrileña a Fundamed, por su trabajo con las organizaciones de pacientes en relación a la búsqueda de mecanismos que ayuden a mejorar las asociaciones de pacientes.

CARMEN SÁNCHEZ CHICHARRO
Presidenta AECOS

V CONFERENCIA INTERNACIONAL

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Doña Carmen Sánchez, presidenta de AECOS, asistió a la V Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente celebrada los días 3 y 4 de junio en el Auditorio Ramón y Cajal, de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, dentro del programa de actividades de la Presidencia española de la Unión Europea.

La Seguridad del Paciente se ha consolidado como una estrategia prioritaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, para el Sistema Nacional de Salud español en coordinación con la OMS.

Desde el año 2005, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social viene organizando jornadas, seminarios y conferencias internacionales al respecto.

La conferencia tuvo como objetivo presentar las experiencias internacionales y nacionales en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y la resistencia antimicrobiana (RAM).

Entre los temas abordados estuvieron:

- Intervenciones para hacer frente a las RAM y a las IRAS tanto a nivel nacional como internacional en relación con las experiencias de diferentes organizaciones y algunos países europeos.
- Experiencias para promover la participación de los profesionales y ciudadanos en la prevención de las IRAS y las RAM.
- Acciones de la Comisión Europea en Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.
- Proyectos de investigación de la Comisión Europea en relación con la seguridad de los pacientes.

CARMEN SÁNCHEZ CHICHARRO
Presidenta AECOS

ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA AECOS

Celebrada el pasado día 14 de junio de 2010 en el salón de actos de la Casa de Canarias, C/ Jovellanos, 5 de Madrid, con una asistencia de 36 socios y 28 votos delegados.

Tras dar lectura al acta de la asamblea anterior, que es aprobada por unanimidad, se ofrece la charla-coloquio con el título «Cambio en la composición corporal y la alimentación durante el climaterio», impartida por la Dra. Consuelo Prado, profesora titular del Departamento de Biología de la Facultad de Ciencias de la Universidad Autónoma de Madrid y socia de AECOS.

Tras esta amena charla, y debido al gran interés suscitado entre todos los presentes, se ve necesario continuar con este tema en la próxima asamblea de octubre, para poder tratar el tema de la alimentación en el climaterio que, por falta de tiempo, no se pudo tratar.

Se continúa la asamblea informando de las próximas actividades para Madrid y Alcorcón del último trimestre del año, así como las nuevas condiciones para apuntarse a ellas a partir de septiembre. LAS RESERVAS DE PLAZAS SE REALIZARÁN PERSONALMENTE en los despachos de AECOS en Madrid y Alcorcón, NO TELEFÓNICAMENTE como se ha hecho hasta ahora. Con esta medida se intenta aliviar el trabajo de la oficina de

Madrid saturada de llamadas y poder dedicar más tiempo a las labores propias de la oficina.

D^a M^a Antonia Robles, vicepresidenta de AECOS, comenta que la asociación se propone como objetivo para el curso próximo la captación de socios, ya que cuantos más seamos, más fácil será presionar a las Administraciones para conseguir más propósitos. También comenta que es una forma de autofinanciarnos ya que, a causa de la presente situación económica, resulta el doble de difícil conseguir financiación tanto privada como de la Administración. Por esto se va a lanzar la campaña «Un socio, un regalo». La idea es estimular con un pequeño obsequio a cada socio que genere un nuevo socio. Ante esta iniciativa, una socia comenta que para ella no sería necesario el regalo ya que siente que la asociación ya le ha regalado lo suficiente, con la información y charlas como la que acabábamos de escuchar. «El mejor regalo -insiste- es la salud que AECOS trata de fomentar y divulgar». Ante este comentario, los socios presentes le agradecen esta acción con un aplauso.

Sin más asuntos que tratar finaliza la asamblea a las 20:00 h. En la misma sala se ofrece un refrigerio a nuestros socios, momento que aprovechamos para fomentar la interacción entre los socios y tener un rato de convivencia.

CRUZ BENAVENTE CASADO. *Secretaría AECOS*

Socios corporativos de la FHOEMO

- AMGEN.
- DANONE.
- FAES.
- G. E. MEDICAL SYSTEM LUNAR.
- GEBRO.
- GLAXO SMITHKLINE.
- GRUPO FERRER.
- INTERSAN.
- ITALFARMACO.
- LECHE PASCUAL.
- MEDTRONIC.
- MERCK SHARP & DOHME.
- NORDIC.
- NOVARTIS.
- NYCOMED SPAIN.
- FARMACÉUTICA OSETECH.
- PROCTER&GAMBLE.
- PULEVA.
- ROCHE FARMA.
- ROVI.
- SERVIER.
- WARNER CHILCOTT.

Actividades y servicios de AECOS

Programas de salud:

- Conferencias informativas.
- Programas de gimnasia y ejercicio.
- Grupos de ayuda mutua.
- Voluntariado.

Actividades y servicios de AECOS:

- Excursiones.
- Talleres diversos.
- Paseos y meriendas.

Publicaciones:

- Boletín trimestral.
- Material divulgativo.
- Guía de servicios para los asociados.

Información:

- Telefónica.
- Postal.

SALUD HUESO

Boletín de la Asociación Española
Contra la Osteoporosis (AECOS).
Publicación trimestral con la colaboración
institucional de:



Secretaría: Gil de Santivañes, 6, bajo interior D.
28001 Madrid
AECOS: Tel. / Fax: 91 431 22 58
FHOEMO: Tel. / Fax: 91 578 35 10
Apartado de Correos: 14662 - 28080 Madrid
<http://www.aecos.es>
e-mail: info@aecos.es
Edita: FHOEMO
Comité Editorial:
Director: A. Torrijos.
Vocales: A. Lorente, C. Sánchez y B. Soto
Realización:
Qar Comunicación
Depósito legal: M-25086-2001