

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 74 · Gener del 2009



**Efectes dels mitjans
audiovisuals sobre els
nens i els adolescents**



Pel que pugui passar...

Medicorasse li ofereix una assegurança de vida que li ajudarà a fer més còmodes els moments delicats, proporcionant estabilitat econòmica davant de situacions difícils.

La pòlissa de vida de Medicorasse li assegura tranquil·litat, perquè passi el que passi el benestar de la seva família és el primer.

BUTLLETÍ mèdic

Número 74, gener del 2008

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41
e-mail: comll@comll.es
http://www.comll.es
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:
Tomás Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esqueda Aresté
Josep M Greoles Solé
Xavier Matías-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Manel Pons Juanati

Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
Jose Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester Comunicació

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Fotografia: IBCE i Laurent Sansen

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

Fotomecànica: Euroscript, SL

Impressió: Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	2.404,06 €

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

Els fotollits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

EDITORIAL

Adolescents i noves tecnologies

El ZX Spectrum de Synclar, un ordinador de 40 K, va sortir al mercat l'any 1982. Vint anys després, noves tecnologies que aleshores eren impensables són a l'abast de tothom: telèfons mòbils, ordinadors, sistemes GPS i una xarxa d'interconnexió mundial. Aquests avenços, són bons o dolents? Tot depèn de la capacitat que tingui la societat de madurar a la mateixa velocitat que la recerca i la innovació tecnològiques. És a dir, dependrà de la nostra capacitat de fer-ne un ús racional.

Sabem, per exemple, que al Japó hi ha 1.200.000 joves tancats i aïllats a la seva cambra que viuen només a través del món tecnològic (*hikikomori*). No mantenen cap relació social ni amb amics ni amb els pares. Probablement, el vertiginós ritme de vida i de treball ha allunyat i incomunicat les famílies.

Els experts ens adverteixen del perill de determinades conductes entre joves i adolescents, que generen l'abús del mòbil i Internet i que poden crear desequilibris en el seu comportament similars als que provoquen les addiccions. Alguns estudis afirmen que les addiccions a les noves tecnologies poden convertir-se en un procés biològic relacionat amb la dopamina, que connecta amb els circuits de la recompensa; la noradrenalina, relacionada amb l'excitació, i les endorfines, també conegudes com les hormones de la felicitat.

Els efectes de l'abús de les noves tecnologies entre els joves i els adolescents ens preocupen. Per aquest motiu, BUTLLETÍ MÈDIC publica les reflexions sobre el tema de diferents professionals amb la voluntat de fer una petita aportació a un debat social que considerem necessari.



SUMARI

Seqüeles de l'ingrés a la unitat de Cures Intensives

Els facultatius del servei de cures intensives de l'HUAV exposen els resultats del seu estudi sobre les seqüeles de l'estada a l'UCI **20**)))

Posada en marxa de la Unitat de Càncer Familiar a Lleida

La nova unitat de Càncer Familiar i Consell Genètic de Lleida presentada pels seus responsables **25**)))



Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries entre el 25 de novembre i el 13 de gener de 2009, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- S'ha premiat, dins del I Concurs de Felicitacions de Nadal del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, el treball presentat per Carme Pifarré Esquerda, de 4 anys. El dia 16 de desembre, es van lliurar el premi i els obsequis als participants.

- Signatura electrònica: s'ha iniciat distribució dels dispositius en diferents centres d'atenció primària de la província, així com a la seu col·legial, per tal d'implementar la recepta electrònica.

- S'ha presentat a la Facultat de Medicina de Lleida una proposta per al reconeixement de crèdits de lliure elecció, en coordinació amb la UdL, que versarà sobre l'estructura, les funcions i els serveis del Col·legi.

- S'acorda felicitar el Dr. Emiliano Astudillo Domènech per la concessió que ha rebut del Premi President Francisc Macià que atorga la Generalitat de Catalunya.

- Instal·lacions col·legials: s'ha procedit al canvi de la caldera de gas

- La Junta de Col·legi està estudiant diferents ofertes per a la protecció de les dades personals del col·lectiu de metges, així com altres d'interès professional.

- El passat 20 de novembre, es va celebrar al saló d'actes del Col·legi una sessió informativa amb la temàtica de les darreres modificacions de l'impost sobre successions i donacions i l'eliminació de l'impost sobre el patrimoni

- El col·lectiu de metges de Medicina del Treball ha elaborat el reglament de la secció, que està en fase de constitució, document que han de ratificar en assemblea.

- La Junta de Govern ha aprovat la normativa que facilita la precol·legiació al COMLL dels estudiants de segon cicle de Medicina de la Facultat de Medicina de Lleida, amb l'objectiu que aquest col·lectiu pugui participar al Col·legi per tenir accés a la informació col·legial i als serveis que ofereix als seus col·legiats i que aquests estudi-

ants comencin a conèixer de primera mà el que suposa l'exercici de la professió de metge i col·laborin en les activitats del que serà el seu col·legi professional.

- Acords presos sobre quotes col·legials per a l'any 2009: s'absorbeix l'increment de la quota fixada pel Consell General de Col·legis Mèdics per part de la quota establerta pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida. En conseqüència, la quota col·legial global no té cap increment per a l'any 2009 i queda fixada, un any més, en 56,94 euros.

- La Secció Col·legial de Metges Acupuntors, Homeòpates i Medicina Naturista ha renovat tres càrrecs de la seva junta, que ha quedat de la manera següent: president, Dr. José A. Morales del Río; secretària, Josefa Macià Fornós; tresorer, Dr. Xavier Forns Balcells, i vocals, Maria Dolors Monturiol Moreno i el Dr. Antoni Tribó Pascual.

Moviment de col·legiats

ALTES

Mes: Novembre
Juan Enrique Ariza Banderas (3173), Eric Thomsen (4320), Luis Juan San José Mallen (4321), Margarita Creus Verni (4322)

Mes: Desembre

Francisco J. Restrepo Aramburu (4323), Dogaru Dragos Ion (4324), Ruth Maria Romero Domínguez (4325), Carmen Patricia González Rivera (4326), Francisco Sestorain Cestau (3135), Miguel Maria Bretcha Vivó (1970)

BAIXES

Novembre: 1. Desembre: 4

El COMLL tanca l'any amb 1.623 col·legiats

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha acabat l'any 2008 amb 1.623 col·legiats, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística. La franja d'edat amb més metges registrats és la d'entre els 45 i els 54 anys. Del total, 141 són professionals jubilats.

Número de médicos colegiados

(datos referidos a 31-XII-2008)

Total de personal colegiado

	Total	Varones	Mujeres
TOTAL	1.623	910	713
Menos de 35 años	270	81	189
De 35 a 44 años	416	168	248
De 45 a 54 años	549	325	224
De 55 a 64 años	235	191	44
De 65 a 69 años	52	46	6
De 70 y más años	101	99	2
No consta	0		

Número de médicos colegiados según su situación laboral

(datos referidos a 31-XII-2008)

Total de personal colegiado

	Total	Varones	Mujeres
TOTAL	1.623	910	713
No jubilados	1.482	780	702
Jubilados	141	130	11
No consta	0		

Adaptació dels estudis de Medicina a l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), una gran oportunitat

La creació de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), o Procés de Bolonya, representa la culminació de la Declaració de Bolonya signada pels ministres d'Educació de 29 països europeus, el 19 de juny de 1999. Aquest procés, que té com a principal objectiu facilitar la mobilitat tant d'universitaris com de graduats, ha de materialitzar-se l'any 2010. És desitjable que el procés ens condueixi cap a la reorganització i harmonització, amb la resta d'Europa, dels ensenyaments universitaris. En el nou model, desapareixen les diplomatures i les llicenciatures, que seran substituïdes pels graus i els màsters. A partir de la seva implantació, els llicenciats en Medicina passaran a ser graduats en Medicina. Pel que fa a la durada dels estudis de Medicina, continua essent de 6 anys, mentre que la resta de graus, amb algunes excepcions, tindran una durada de 4 anys. Aquesta reorganització de títols pràcticament no afecta l'ensenyament de la medicina, ja que només en canvia la denominació, que serà grau en Medicina i de graduats en Medicina per als que la cursin. Un dels avantatges del nou grau de Medicina és que els nous graduats podran accedir directament al doctorat sense necessitat de fer un màster, en canvi, els actuals llicenciats en Medicina han de fer els cursos de doctorat o un màster per poder iniciar el doctorat.

Aprofitant l'atmosfera creada per aquesta situació, s'ha iniciat un procés de reestructuració dels ensenyaments universitaris i un intent de fer un replantejament de la metodologia docent orientada en el propòsit que l'alumne sigui el protagonista de l'aprenentatge.

En aquest nou marc que recull el Reial Decret 1393/2007, s'insisteix especialment en el procés d'aprenentatge centrat en l'adquisició de competències i no de coneixements, i també en el fet que l'ensenyament-aprenentatge ha d'estar íntimament relacionat amb la futura pràctica professional. Aquest ha de ser un procés transparent en què el reconeixement dels títols depèn d'una avaluació inicial i periòdica duta a terme per l'ANECA (Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació). Així doncs, només tindran validesa aquells títols que obtinguin l'acreditació nacional. A més, periòdicament s'haurà de

demonstrar la coherència i viabilitat de tots els ensenyaments; aspecte molt nou en el nostre sistema universitari en què, fins ara, la concessió d'unus estudis era de per vida.

La nova unitat de mesura és l'ECTS (Sistema Europeu de Transferència de Crèdits), indicador del temps (hores d'estudi, treball personal, pràctiques, classes, etc.) que ha de dedicar l'estudiant per assolir un objectiu d'aprenentatge. A la majoria d'universitats, es va considerar que l'ECTS correspon a 25 hores de treball de l'estudiant, mentre que en el sistema anterior, 1 crèdit corresponia a 10 hores de classe del professor. Aquesta diferència és molt significativa, ja que dona tot el protagonisme a l'estudiant.

El nou sistema posa una mica d'ordre al nombre total d'ECTS que ha de tenir un ensenyament; aquest nombre d'ECTS s'unifica per a totes les titulacions, ja que considera que un curs acadèmic complet té 60 ECTS: 60, multiplicat pels anys de durada del grau, és el nombre d'ECTS que pot tenir un determinat grau.

En realitat, tota aquesta normativa el que fa és posar una mica d'ordre en l'organització dels ensenyaments universitaris i fer-los més harmònics, fet que els fa més transparents i més entenedors per a la resta de països europeus.

Novetats en la normativa referent a les directrius dels nous plans d'estudis de Medicina

A primer cop d'ull, i pel fet que Medicina continua tenint una durada de 6 anys, sembla com si tot pogués continuar com fins ara, però la realitat és una altra. En primer lloc, aquesta adaptació fa que hi hagi una unificació quant a la seva durada, 360 ECTS, i que aquesta sigui la mateixa en totes les facultats. En segon lloc, s'introdueix un curs rotatori d'una durada de 54 ECTS al final de l'etapa formativa i un treball de final de grau com a matèria transversal. El rotatori és un aspecte que tres de les quatre facultats catalanes (UAB, UdL i URV) ja tenien incorporat a l'antic pla d'estudis i que és fonamental per assegurar l'adquisició de competències professionals, sempre que s'avalui. El pla d'estudis de la Facultat de Medicina de Lleida és una aposta clara cap

a un model de formació basat en l'adquisició de competències i, a part del rotatori, s'hi incorpora un bloc anual de pràctiques clíniques (minirotatori) a partir de tercer curs, amb una avaluació de la seva adquisició a través d'ACOES.

Una altra de les novetats importants (Ordre Ministerial 332/2008, de 13 de febrer) són les directrius del grau de Medicina, en què es descriu el paquet de competències que han d'assolir els estudiants i que estan agrupades en 5 mòduls, en què cada un d'aquests té assignat un nombre mínim d'ECTS, fet que permet evitar els desequilibris formatius que podrien derivar de l'elaboració d'un pla d'estudis més adaptat a les expectatives d'expansió que tenen les diferents unitats departamentals, i no als objectius formatius docents.

Les directrius per a l'elaboració dels plans d'estudis inclouen una sèrie d'objectius i competències formulades de manera que no es corresponen amb les assignatures clàssiques ni amb cap àrea de coneixement en concret. Novetat molt important respecte a les antigues directrius de l'any 1990 (BOE 278/1990), ja que això fa que els nous plans d'estudis hagin d'oferir un tipus d'aprenentatge integrat amb la participació de professors de diferents àmbits. Excepte algun cas aïllat, el pla d'estudis de la Facultat de Medicina inclou una integració que en alguns casos és fins i tot vertical, bàsica en clíniques.

Una altra de les novetats és que són més flexibles i permeten la incorporació als nous plans d'estudis de disciplines com Biologia Molecular, Genètica, Biologia Cel·lular, Comunicació, Bioètica, Càncer, Medicina de Família o Immunologia, coneixements i metodologies que són imprescindibles per als metges del segle XXI. Però el gran inconvenient pot ser que les pressions dels grans grups de recerca acabin per hipertrofiar els plans d'estudis. Malgrat la importància que tenen avui dia aquestes disciplines per a la formació del metges, moltes facultats de medicina espanyoles són refractàries i es tanquen en banda per a la seva incorporació als nous plans d'estudi. La Facultat de Medicina de Lleida ha d'incorporar aquests aspectes de la formació al seu pla d'estudis com a matèries amb entitat pròpia.

Com a gran novetat, els nous plans

]] d'estudis han d'incloure aspectes de bioètica, informàtica i comunicació, que suposen un gran avenç respecte a l'anterior pla d'estudis per la importància que té en les relacions humanes el respecte a la persona i a les normes ètiques que deriven de l'aplicació dels nous tipus de teràpies moleculars i cel·lulars. D'altra banda, cada cop es dona més importància a la relació metge-malalt, així com al tracte amb les persones o amb el fet de donar males notícies. És per tot això que la Conferència Nacional de Degans de Medicina aconsella que en els nous plans d'estudis s'hi incorporin les disciplines d'ètica i comunicació. La gran importància que té per als metges adquirir habilitats de comunicació està avalada pel fet que a partir del 2011 l'examen del MIR incorporarà una prova per avaluar les habilitats de comunicació dels aspirants. La Facultat de Medicina de Lleida ha estat sensible a aquest fet i ha inclòs aquestes matèries al seu pla d'estudis.

Davant d'aquest repte, a la Facultat de Medicina s'han deixat de banda els interessos corporativistes de les àrees de coneixement i tothom ha fet un gran esforç d'imaginació comú i amb una gran visió de futur i modernitat per poder dissenyar plans d'estudis que estiguin en consonància amb els temps actuals i pensats per al tipus d'estudiants que tenim a l'aula, de forma que ens permetin aprofitar al màxim les seves qualitats. Com a degà, em sento especialment agraït per la bona disponibilitat de tots els col·lectius per fer un dels millors plans d'estudis de Medicina de tot l'Estat.

Ara només ens cal que els governants i les institucions universitàries hi donin el suport adient, creguin en el canvi cap al nou model i facin una aposta decidida i sense complexos, ja que, com tothom sap, la universitat és la millor aposta de futur que pot fer un país tan petit com el nostre. Tothom ha de ser realista, i dir que aquesta transformació s'ha fet a cost zero és com sentenciar la seva mort abans de néixer.

Realment, el Procés de Bolonya hauria de significar un pas evolutiu endavant per a les facultats de Medicina i no hauríem de permetre que per interessos corporativistes el camí cap a Bolonya sigui, en realitat, un pas enrere.

Joan Ribera
Facultat de Medicina UdL

REFERÈNCIES

Bologna Process (<http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/>)
Directrius estudis de Medicina (<http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/15/pdfs/A08351-08355.pdf>)



Dibuix guanyador de Carme Pifarré



Dibuix finalista de Maria Pifarré



Dibuix finalista d'Àngel Reñé

Carmé Pifarré Esquerda guanya el concurs infantil de nadalles del COMLL

El dibuix de la nena Carme Pifarré Esquerda, de 4 anys, va guanyar el Concurs de Felicitacions de Nadal del COMLL 2008. Els dos finalistes van ser Àngel Reñé García, de 7 anys, i Maria Pifarré Prats, de 9 anys.

El jurat ho va tenir molt difícil a l'hora

d'elegir els dibuixos finalistes i guanyador, ja que ho complicaven la creativitat i espontaneïtat expressada pels 15 dibuixos participants en el concurs. Malgrat això, van haver d'emetre una decisió, tot fent constar la qualitat dels treballs rebuts.



Imatges de la jornada que va tenir lloc a Lleida els dies 2 i 3 de desembre



Lleida acull la VIII Jornada de Coordinadors Hospitalaris de Trasplantament de Catalunya

Durant els dies 2 i 3 de desembre de 2008 va tenir lloc a Lleida la VIII Jornada de Coordinadors de Trasplantament, convocada per l'Organització Catalana de Trasplantament (OCATT). Les jornades van ser inaugurades pel doctor Sebastià Barranco, delegat de la Conselleria de Salut a Lleida; el doctor Jaume Capdevila, coordinador dels dispositius i processos de suport especialitzat extrahospitalari; la doctora Roser Deulofeu, directora de l'OCATT, i la doctora Mariona Badia, coordinadora de trasplantaments de Lleida.

Es van reunir cinquanta coordinadors de trasplantament de diferents hospitals de Catalunya per analitzar la situació de la donació i trasplantament. Es va revisar el pla estratègic 2008-2009 i es van proposar noves línies i objectius estratègics per al futur. Hem acabat el 2008 i ja es preveu un lleuger increment del nombre de donants, fet que destaca l'augment de trasplantaments de viu i l'èxit del programa de donants a cor aturat.

La temàtica principal que més preocupa el col·lectiu de coordinadors és la persistència d'un percentatge de negatives a la donació situat entre el

18 i el 24%. La inquietud d'aquesta problemàtica ha motivat l'inici d'un estudi multicèntric que avaluï els factors determinants de l'entrevista familiar que poden influir en la negativa a la donació. Es va estudiar per centres el percentatge de donants vàlids d'acord amb les seves característiques i pobla-

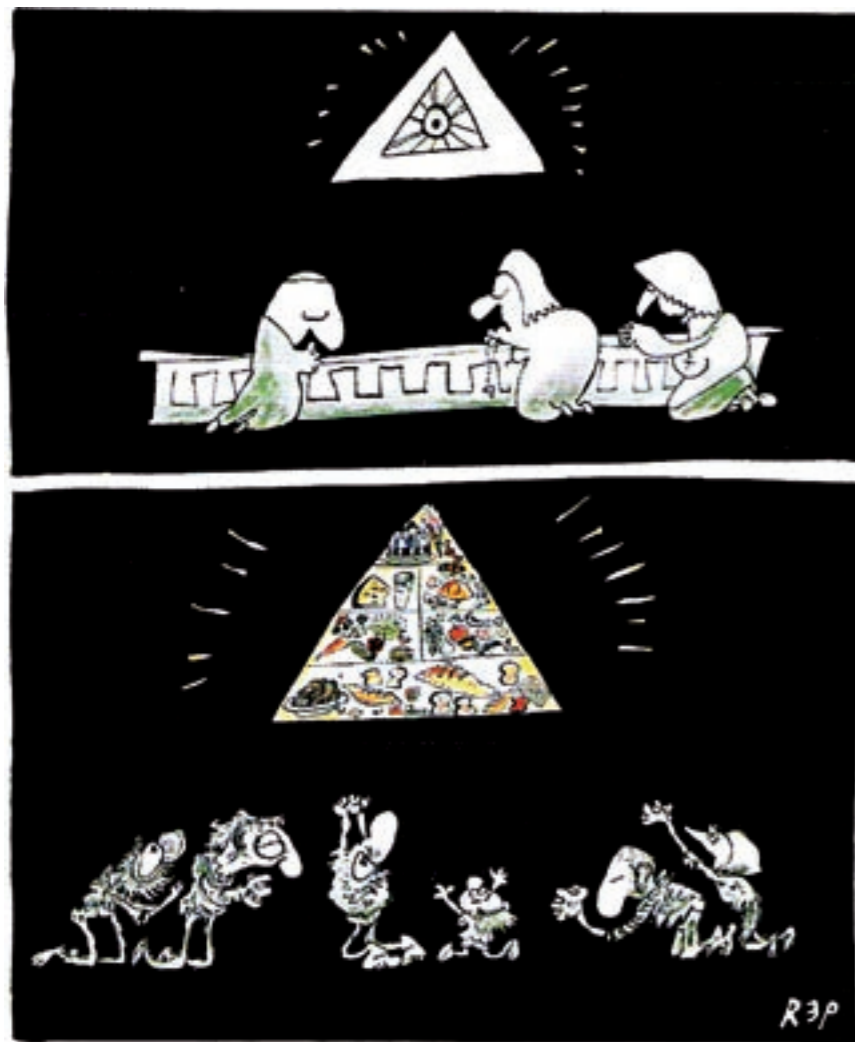
ció de referència. Una de les taules rodones es va centrar en la patologia cerebrovascular greu i l'impacte en la donació d'òrgans.

Garantir la seguretat del donant i del receptor és un element essencial en aquesta activitat clínica, de manera que es va revisar el nou registre de biovigilància de teixits i cèl·lules de Catalunya, que té l'objectiu de detectar, notificar i registrar tots els incidents, efectes i reaccions adverses que s'hagin pogut produir. Aquest registre sorgeix de la necessitat d'aplicar unes normes de qualitat exhaustives que van destinades a garantir tots els processos relacionats amb la donació i trasplantament de cèl·lules i teixits, i en un futur pròxim s'estendrà en la donació d'òrgans.

La jornada va impulsar la comunicació i l'intercanvi d'experiències entre els diferents coordinadors hospitalaris de Catalunya amb l'objectiu d'aconseguir la millora constant de l'avaluació i l'efectivitat de la donació.



Dinar dels coordinadors durant la jornada



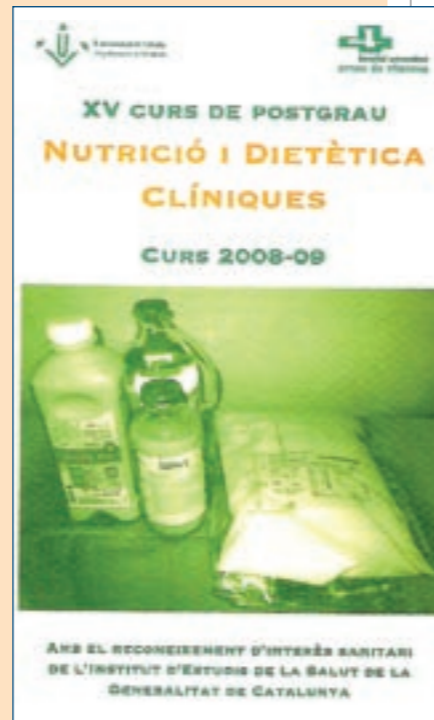
Concurs d'Humor Gràfic i Salut

Segon premi de la III edició del Concurs d'Humor Gràfic i Salut de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, que va rebre dibuixos de tot el món. Autor: Miguel A. Repiso, "Rep". La IV edició del certamen tindrà lloc la primavera vinent.



Assemblea i sopar de Nadal de la Secció de Metges Jubilats

La Secció de Metges Jubilats del COMLL va celebrar, el passat 17 de desembre, l'assemblea ordinària, que va comptar amb la presència de tretze membres. En l'acte es va aprovar per unanimitat l'acta de l'assemblea anterior i el tancament del compte d'ingressos i despeses de l'exercici del 2008. Posteriorment, tots els assistents, acompanyats de les seves esposes i de les vídues dels antics companys, van celebrar el tradicional dinar de Nadal a l'hotel Condes de Urgel.



Arrenca la XV edició del curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clínicas

La XV edició del curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clínicas, de la Universitat de Lleida (UdL), comença el proper 23 de febrer. La unitat docent de la Facultat de Medicina de la UdL és la responsable d'impartir aquest postgrau, que correspon al curs acadèmic 2008-2009.

Les sessions s'adrecen a postgraduats en titulacions relacionades amb l'àmbit biosanitari. El curs, que finalitza el 21 d'abril, consta de 16 crèdits computables.

Nutrició i Dietètica Clínicas consta de quatre mòduls dedicats a analitzar diferents aspectes de la nutrició. El primer mòdul es destina a fer una introducció a la fisiologia de la nutrició i a l'anàlisi dels aliments i els nutrients. El segon mòdul tracta l'avaluació de l'estat nutricional i el càlcul de les necessitats nutricionals. La tercera secció es dedica a analitzar la nutrició en relació amb determinades malalties. El quart i últim mòdul estudia la dietètica clínica.

Com incideixen els mitjans audiovisuals en els més joves?

Aquesta és la pregunta que planteja aquest número del Butlletí Mèdic. Diferents experts analitzen quins efectes positius i negatius tenen les noves tecnologies de la comunicació (NTC) o mass media en el dia a dia dels nens i adolescents.

Adolescents i NTC

Malgrat que fa uns anys que estic interessat en el tema dels adolescents (en fa nou que pertanyo al grup Adolescència i Salut de la CAMFiC), encara no em sento segur quan em conviden a parlar d'ells com a grup. Són tantes i tan diverses les possibilitats de transitar per l'adolescència a la nostra societat...

Però quan el tema es complementa amb les sigles NTC (noves tecnologies de la comunicació) la seguretat desapareix del tot per deixar pas a un estat d'estupor fonamentat en la meua persistent ignorància i sòlidament compactat amb el formigó d'una, fins fa ben

poc, notòria tecnofòbia.

Per superar les fòbies cal enfrontar-s'hi, i davant la ignorància buscar algú que t'ensenyi. D'acord, accepto l'encàrrec del BUTLLETÍ (m'hi enfronto) i busco algú que m'ensenyi (algú que sigui jove, expert i, és clar, que vulgui ensenyar-me).

Casualment, trobo la professora a casa!

Convido la meua filla Mireia (18 anys) a apropar-me, per a mi, a l'encara opaca realitat virtual. No només accepta, amb negociació econòmica prèvia saldada amb una doble paga setmanal, també hi afegeix d'altres persones que puguin aportar experiències i punts de vista complementaris (del sexe

NTC: ús en funció de l'edat i el sexe

	NOIS	NOIES
< 11	GameBoy Nintendo DS Jocs d'ordinador (Rayman, Sonic...)	Tamagotxi Nintendo DS Jocs d'ordinador (Els Sims)
11-13	Messenger Jocs d'ordinador d'estratègia (Age of Empires) Consoles (PS2, PSP, GameCube, XBOX...)	Messenger Nintendo DS Els Sims...
14-16	Fotolog Jocs online (Travian, Gladius...) Jocs de rol per a consola (Final Fantasy, Kingdom Hearts, Zelda...) Jocs multijugador (PRO, Tekken...) Pàgines d'humor (Tonterias.com...) Descàrregues d'anime	Fotolog Messenger, SMS Jocs de consola (Singstar, Kingdom Hearts...) Pàgines d'humor (Tonterias.com...) Descàrregues d'anime
> 16	Blocs online (Facebook, Netlog...) Pornografia online Youtube, eMule, iPod MMORPG (Counter-Strike, SilkRoad, WoW) Consoles	Blocs online (Facebook, Netlog...) Fòrums, xats Youtube, eMule, iPod Consoles

NTC: recull de termes

SMS	Missatges de text per mòbil, normalment escrits en llenguatge abreujat (K tal? Km stas?).
Anime	Sèries d'animació oriental (la gran majoria japoneses), sovint creades a partir d'un manga (còmic japonès).
Rol	Joc d'imaginació en què tractes de defensar el teu personatge per diferents vies (Dungeons and Dragons, Final Fantasy, Zelda...).
Jocs online per web	Jocs d'actualització directa en què es juga a través d'un portal web amb altres usuaris connectats al mateix temps.
MMORPG	Massive Multiplayer Online Role-Playing Game, videojocs que permeten jugar a milers d'usuaris al mateix temps, interactuant en un món virtual. Poden ser de cost o gratuïts.
WoW	World of Warcraft, el joc MMORPG més famós de cost.
PRO	Pro Evolution Soccer, videojoc molt popular de futbol que cada any treu una nova versió amb els jugadors i els equips reals actualitzats, competeix amb el FIFA i s'anomenen pel número de l'any (ProEvolution Soccer 08, FIFA 08).
Bloc	Pàgina web d'actualització periòdica on apareixen textos (amb imatges o sense) escrits per un usuari o més d'un i que permeten als lectors deixar comentaris.

oposat, vull dir).

Així sumem l'Oriol (de 18 anys, com ella), practicant, amb mesura, de la nova religió dels videojocs i amb demostrada capacitat d'observació de l'entorn tecnològic adolescent.

Aquest article em costarà un ull de la cara, ja ho veig...

Per la meua banda, he revisat uns quants articles en català recollits al Google (crec que és un navegador, però com que navegador no s'accepta en català, queda com "el Google"). N'he après una mica i, del que he après, he resumit en forma de corol·lari uns aforismes que m'han semblat interessants de comunicar-vos.

Deixo pas als experts amb el meu agraïment per moltes coses, entre altres, per no haver permès que em quedí completament en fora de joc amb les noves tecnologies (encara que el fet de no tenir mòbil em retretreu a la baixa edat mitjana als seus ulls).

5 aforismes a tall de corol·lari

Des de ben petits, els nens se senten més còmodes davant l'ordinador, amb un ratolí a la mà, que enfront d'un llibre i un quadern. Llegint el mateix, estan més contents quan ho fan a la pantalla que al paper.

Les NTC s'han convertit en "l'espai natural" de socialització dels adolescents, substituint, en part, l'ara insegur carrer d'anys enrere.

La major part dels adolescents fan un ús adaptatiu de les NTC, però els continguts poden convertir-se, ocasionalment, en un problema. Tanmateix, l'excés de temps que hi arriben a passar és més preocupant.

L'ús de les NTC per part de l'adolescent requereix major atenció quan interfereix en la resta d'activitats de la vida diària.

Les NTC no fan mal pel que fan, sinó pel que no deixen fer.

Dr. Ignasi Casado Zuriguel

Noies, nois i NTC

Quan parlem de NTC, hi ha diferències entre nois i noies? Sí, grans diferències, sobretot dels tretze als setze anys.

És l'època en què els nois solen enganxar-se a les consoles i als jocs online. No tots, però molts passen les hores amb el futbol o el bàsquet de la Play o perfeccionant les seves habilitats amb els videojocs, sols o en companyia (Age of Empires, Final Fantasy, FIFA, PRO...).

En canvi, les noies no hi estan tan posades. Queden més amb les amigues, a casa o al carrer, per comentar/criticar/explicar el que passa dins i fora de l'institut.

Això sí, són les reines del Messenger i dels SMS, tot i que, evidentment, hi ha molts nois connectats al Messenger —si no per moltes noies no seria tan interessant. De fet, s'ha convertit en la via de flirteig principal per als més joves (entre tretze i quinze anys). Al Messenger, mentre miren de lligar amb el noi que els agrada, tenen

cinc o sis converses més obertes amb altres amigues, parlant d'altres temes o simplement comentant com va la conversa amb el noi en qüestió.

```
>>> \\NERE@//
NeReA&MiRiAm= FriENdS
FoREvER!! :) TKM
PEKE! (L) dice:
k tal va con dani?
Kte dice??
>>> [MiRi@M]-[Yo Ya No Se
ViViR SiN Ti... ] dice:
Le dixo kstoy triste
pk no tengu novio...
>>> [MiRi@M]-[Yo Ya No Se
ViViR SiN Ti... ] dice:
y ma cntestao kno entiende
kmo no tengo, k dice
ksoy muy guapa!!! =>D
>>> \\NERE@//
NeReA&MiRiAm= FriENdS
FoREvER!! :) TKM
PEKE! (L) dice:
woooooo! pues dile ksi
kiere ser EL tu noviooooo!
diselo diseloooooo!!!
>>> [MiRi@M]-[Yo Ya No Se
ViViR SiN Ti... ] dice:
wuaaaaa... k dices k
verguenza... enserio??
>>> [MiRi@M]-[Yo Ya No Se
ViViR SiN Ti... ] dice:
krees kme dira ksi?¿?
>>> \\NERE@//
NeReA&MiRiAm= FriENdS
FoREvER!! :) TKM
PEKE! (L) dice:
ksi ksiii, ya veras!!!
>>> [MiRi@M]-[Yo Ya No Se
ViViR SiN Ti... ] dice:
k nervioossssss
```

Aquest llenguatge també s'estén als missatges de mòbil (SMS). Encara que es veegin a classe, la tarda és molt llarga i poden passar moltes coses que s'han de comentar amb les amigues, ja sigui per llargues trucades (disgust per a molts pares) o per SMS. I quan nois i noies "surten" (especialment als 14 anys), els SMS formen una part molt important de la relació, a partir de la qual es mesurarà el grau de romanticisme de la parella.

També hi entraria el món de les "perdudes" (trucades que pengen



abans que acabi el primer "piiiiip", perdudes que signifiquen: "Estic pensant en tu" (a qualsevol hora del dia), "fas tard, on ets?" (quan es queda) o "vull que em truquis" (si són diverses de seguides), entre altres. Cada parella i grup d'amics i amigues té els seus significats per a les perdudes, com pot ser, per exemple, la perduda de "bona nit" a les 0:00 h.

Aquesta diferència entre la pas-

sió pels videojocs dels nois i la de comunicar-se amb les amigues de les noies canvia a partir dels setze, quan nois i noies solen barrejar-se per fer activitats junts, especialment a la nit, com anar a la discoteca. Ara les relacions socials augmenten —tant d'amistat com amoroses—, i es fan més serioses: els grups es defineixen molt més, amics i amigues s'enfaden i se separen, apareixen els "rotllos" d'una nit o de diverses setmanes i/o relacions sexuals amb parella estable (o no).

Però això no significa que als setze s'oblidin de les NTC, més aviat al contrari. Ara cal espremer Internet. Aquesta edat coincideix amb l'inici de batxillerat o cicle mitjà, que ocupen només el matí i deixen la tarda lliure. És l'edat en

Si no existissin els mitjans de comunicació de massa, la nostra societat seria millor?

què es descarreguen més coses (música, vídeos, sèries, còmics, jocs...).

També és l'edat, especialment en el cas dels nois, en què més s'interessen per la pornografia, tot i que molts ja l'exploren abans, als catorze. Internet és el mètode més fàcil, ràpid i barat que troben per accedir a vídeos o imatges pornogràfiques.

Igual que abans solien agafar les revistes dels germans grans i portar-les a classe per ensenyar-les als amics, ara busquen vídeos/pàgines web i passen els enllaços/adreces als companys per comentar-ho a classe l'endemà.

El Messenger es va abandonant a poc a poc i, quan comences a pagar-te tu mateix la factura del mòbil, també disminueixen les llargues trucades i els SMS a totes hores.

És el moment de crear el teu propi espai dins de la web, creant foto-blocs, blocs, Facebook i altres, on penges les teves fotos i expliques el teu dia a dia, expressant dèries i sentiments o donant la teva opinió sobre temes diversos. Aquests espais cal actualitzar-los regularment, així com visitar i comentar les pàgines dels amics.

I el que vindrà!

Mireia Casado Huertas

Què diu, que el Barça perdrà la Lliga?

Si no existissin els mitjans de comunicació de massa, la nostra societat seria millor? Si no hi hagués ràdio ni televisió, els nostres infants i els nostres adolescents creixerien amb una educació més sòlida i més eficaç? En definitiva, si mai no s'haguessin inventat els *mass media*, seriem èticament i moralment més desenvolupats?

Aquesta pregunta ha neguitejat els teòrics de la comunicació des del començament del segle passat. Ben aviat, els pensadors es van dividir en dos grans bàndols: els apocalíptics i els integrats.

Els primers culpaven els mitjans de comunicació de massa de tots els mals de la humanitat. Els segons sostenien que els *mass media* eren una eina de gran valor per a l'enriquiment i l'evolució de la cultura i l'educació. Qui tenia raó?

Només en una qüestió es van posar d'acord tots els intel·lectuals: bona o dolenta, els *mass media* tenen influència sobre les audiències. Les discrepàncies vénen a l'hora de determinar la mesura, l'abast i els efectes d'aquesta influència. La demostració més evident de la preocupació social (i política) pels efectes dels *mass media* la trobarem en el fet que tots els països occidentals avançats disposen d'organismes (més o menys independents) encarregats de regular els continguts dels mitjans audio-

Les noies no hi estan tan posades. Queden més amb les amigues, a casa o al carrer, per comentar què passa a l'institut. Això sí, són les reines del Messenger

visuals. A Catalunya, l'encarregat de fer aquesta feina és el famós CAC (Consell de l'Audiovisual de Catalunya), més conegut per la polèmica adjudicació de freqüències de ràdio i de televisió que no pas per les feines de control, vigilància i, fins i tot, sanció als operadors que incompleixen les normes establertes, sobretot en matèria d'horaris de protecció de la infància i de continguts que vulnerin els codis deontològics. Aquesta feina, a França, la fa el Consell Superior de l'Audiovisual francès (CSA). Una de les últimes mesures que ha adoptat és la prohibició d'emetre pel·lícules porno a les televisions franceses sense que els protagonistes usin preservatiu.

Però tornem a l'origen de la controvèrsia, ja que els organismes reguladors no són res més que la conclusió final majoritària a la qual s'ha arribat socialment per tal de tenir més o menys controlats els efectes dels *mass media*.

Farem un tast de les diverses teories que han omplert llibres, càtedres i debats. J. D. Halloran, després d'amplis treballs sociològics, va arribar a la conclusió que la influència dels *mass media* s'exerceix al màxim quan no som conscients "que ens estan apuntant". Això ratificaria l'especial preocupació pels menors, la població més indefensa en no tenir consciència que són un *target* prioritari dels mitjans de comunicació. Tanmateix, Halloran relativitza la potència dels efectes. El teòric de la comunicació sosté que, en general, és més probable que els *mass media* produeixin reforçament que no pas canvi. Quatre factors incideixen en els efectes de la comunicació de massa:

- Les predisposicions de l'individu i els processos derivats de la percepció selectiva.
- La pertinença al grup i a les seves normes.
- La disseminació interpersonal del contingut de la comunicació.
- El lideratge de l'opinió.

Per posar un exemple molt casolà: és molt difícil que un aficionat del Barça, d'aquells de pedra picada, es deixi influenciar per un programa de Radio Marca en el qual es digui que els blaugrana perdran la Lliga. Però, en canvi, si aquesta opinió ve des d'un líder d'opinió futbolístic, per exemple, Miguel Rico, els efectes de la percepció poden variar.

Els organismes reguladors no són res més que la conclusió final majoritària a la qual s'ha arribat socialment per tenir controlats els efectes dels mitjans

En una línia similar van les conclusions del estudi de Joseph T. Klapper.

"Els mitjans —diu l'autor— no determinen els gustos, sinó més aviat són usats de conformitat amb els gustos ja determinats per una altra via."

Per centrar-ho en l'àmbit familiar, Klapper diu que els mitjans de comunicació actuen com a "reforçament" d'altres variables mediadores, com la personalitat, les

normes culturals, els interessos del grup, la influència de la família...

Un altre autor, Suchman, va ratificar aquesta teoria amb un experiment amb ràdio. Després d'investigar 700 oïdors de música clàssica va concloure que, en pràcticament cap cas, l'emissora havia actuat com a "causa necessària i suficient", sinó com un "agent estimulant", o implementant tendències adquirides per una altra via.

Tinguem en compte que la majoria de totes aquestes teories van ser fetes en uns moments en els quals la televisió no havia arribat al grau de fragmentació que té en l'actualitat. I, el més important, encara no havien aparegut fenòmens com Internet i la telefonia mòbil, que obre noves possibilitats encara gens previsible.

La fragmentació de les audiències relativitza els efectes socials, però no els individuals dels *mass media*. De la mateixa manera, Internet desembarca amb unes possibilitats, com són la immediatesa, la ubicuïtat i la interacció, que incorporen noves perspectives als efectes dels sistemes de comunicació.

Res no fa pensar, però, que els mitjans de comunicació puguin arribar a ser socialment perillosos o beneficiosos per ells mateixos.

La interacció del grup, de la família, de l'escola i de l'entorn són fonamentals per orientar els efectes d'una maquinària cada vegada més potent, però també cada cop més domesticada. Ja no podem dir "ho he vist a LA televisió" o "ho he escoltat a LA ràdio". La pluralitat i el trencament dels monopolis audiovisuals han desactivat la càrrega nuclear que duia aquesta eina tan potent. Ara, però, guaiten a la vora armaments com els SMS, ofertes

Els pares creuen que proporcionen als fills un mitjà de comunicació per poder tenir un cert control sobre ells, però el mòbil s'ha convertit en un instrument d'oci

de contingut de mobilitat amb 3G i altres tècniques, la força dels quals encara s'ha de veure. Esperem que no ens esclatin a les mans.

de contingut de mobilitat amb 3G i altres tècniques, la força dels quals encara s'ha de veure. Esperem que no ens esclatin a les mans.

Josep Ramon Correal

Director general de Publicacions de La Mañana

La telefonia mòbil

La telefonia mòbil ha irromput amb èxit al mercat —no només del món dels adults, sinó també en el dels adolescents— i, actualment, els programadors i publicistes estudien com captar els infants per fidelitzar-los a un mòbil. Avui dia costa trobar un lloc on no sonin els tons, politons i vibracions d'un aparell telefònic i, si s'observen els joves que estan en un grup, la majoria de les vegades el tema de conversa és es explicar les excel·lències del mòbil d'última generació.

Els pares creuen que proporcionen als fills un mitjà de comunicació per poder tenir un cert control sobre ells, però la realitat es que el mòbil s'ha convertit en un instrument d'oci, ja que només el 24% dels adolescents l'utilitzen per fer trucades, davant el 59% que es gasten entre dotze i quaranta euros al mes en trucades i missatges. Un 68% reconeixen que reben fotos i invitacions per participar en jocs i dos de cada tres compren els productes que anuncien les empreses de telefonia, com fons de pantalla, logos, música, etc. Entre els sis i els nou anys hi ha un 1% de nens que tenen mòbil.

Com que no hi ha una cultura per fer un ús responsable de les noves tecnologies, quan els pares proporcionen al fill un aparell corren el risc de crear-li una dependència que pot arribar a ser additiva. Per aquest motiu, cal tenir en compte la personalitat del noi, ja que si té dificultats per establir relacions o és impulsiu, immadur, inestable emocionalment o influenciable hi tindrà més propensió perquè controlarà menys els impulsos i cercarà un plaer immediat. No obstant això, entre l'ús normal del mòbil i l'addició hi ha una franja denominada



abús i es aquí on han d'intervenir els pares per evitar que els seus fills hi arribin.

Sembla que un 12% dels adolescents abusen del mòbil. Com que no es pot establir un nombre determinat de trucades o missatges per decidir si hi ha addicció o no, és important observar fins a quin punt l'ús del mòbil es fa imprescindible i com reacciona el noi quan no pot usar-lo. Si apareixen símptomes d'ansietat, irritabilitat, alteracions del son, tremolors, problemes digestius, mal de cap o baix rendiment escolar podríem estar davant una addicció que es confirmaria en fer acte de presència l'agressivitat quan s'obliga el jove a interrompre l'activitat.

Hi ha controvèrsia sobre si la telefonia mòbil és perjudicial per a la salut, ja que encara no s'ha establert si les emissions cel·lulars poden influir en el desenvolupament del cervell perquè no està definitivament format. D'altra banda, el que sí que s'ha confirmat és que, a alguns nois, els mòbils, més que ajudar-los a comunicar-se, els porten a un aïllament que augmenta si s'hi afegeixen l'ordinador i la videoconsola.

Segons els experts, el temps necessari per deshabituar-se de l'addicció al mòbil és de dos anys, atesa la dificultat del tractament, ja que cal potenciar la maduració, reforçar l'autoestima i fer front a les temptacions publicitàries. Com que abans de tractar cal prevenir, és convenient prendre mesures preventives i fomentar un consum responsable del telèfon. Per començar, cal que els pares exerceixin un control utilitzant el sistema de contracte en detriment del de targeta, ja que d'aquesta manera és més fàcil controlar el consum i instar l'usuari a fer-se càrrec de les despeses. Pel que fa a les operadores, aquestes hi haurien de col·laborar facilitant sistemes de filtratge i no promocionant l'assentament, la pornografia, els jocs d'atzar, etc.

Dr. Àngel Pedra Camats
Psiquiatre. Hospital Santa Maria

Mitjans audiovisuals i educació

Estem envoltats de pantalles per tot arreu. La pantalla del televisor i de l'ordinador; la pantalla que ens acompanya a les cues del supermercat; la pantalla del rellotge; la pantalla del mòbil; la pantalla que



ens informa quan agafem un autobús, un tren o un avió; la pantalla que trobem dins dels autobusos, els trens i els avions; la pantalla del cinema; la pantalla dels jocs electrònics i moltes altres. De manera exagerada, però no mancada de veritat, podríem dir que ens passem més hores veient imatges a través de la pantalla que imatges de la realitat. El darrer terç del segle XX i els primers anys del segle XXI han estat marcats per la presència de la pantalla dels mitjans audiovisuals a la nostra vida diària. És bo, això?

Prendre una posició acrítica a l'hora de respondre la pregunta de si la nostra vida ha perdut qualitat i es veu perjudicada per aquest fet és no encertar la resposta. En molts sectors hi ha el tòpic i el prejudici de creure que els mitjans audiovisuals són responsables de molts dels mals que patim. La banalització de la cultura, el predomini de l'emoció sobre la raó, la distorsió de la realitat i la manipulació dels nostres gustos i de les nostres idees són alguns dels mals que atribuïm a l'hegemonia dels mitjans audiovisuals en les nostres vides i

en el nostre temps. És cert, això?

Els mitjans audiovisuals són mitjans, i cal considerar-los com a tals. És, en tot cas, l'ús que en fem el responsable dels mals que puguin generar, però no ells mateixos. El problema principal dels mitjans audiovisuals no són aquests *per se*, sinó la manera en què els usem. Així doncs, la principal tasca a la qual ens veiem abocats és saber-los usar bé i no lloar-los o criticar-los per si mateixos. Aquesta és la tesi que defensaré en aquest article.

Podem trobar molts exemples en què els mitjans audiovisuals han estat beneficiosos socialment. També podem trobar molts exemples que ens diguin el contrari. En l'àmbit educatiu, tenim tendència a responsabilitzar la televisió i l'ordinador de molts dels mals que els nostres joves manifesten en el seu procés educatiu. Així, responsabilitzem aquests mitjans audiovisuals del fet que els adolescents i joves no llegeixin, no portin a terme recerca bibliogràfica i no contrastin la informació que recullen, no elaborin el coneixement en el decantar-se pel famós retalla i enganxa i disminueixin i malbaratin qualitativament les seves relacions personals a favor de relacions a través del Messenger o els missatges SMS. Part de raó hi deu haver, en tot això, però també és cert que les potencialitats educatives de tots aquests mitjans són enormes. De fet, un centre que es vanti d'estar al

la que s'ha d'encarregar d'educar per un bon ús d'aquests mitjans. Aquesta és una de les feines que l'escola ha de fer, però també és segur que no només l'escola ha de fer aquesta feina. La família i la resta de la societat també tenen molt a dir-hi.

La societat ha de tenir institucions que vetllin per un ús beneficiós d'aquests mitjans. La intel·ligència i els sectors més preparats socialment han de criticar una vegada i una altra els mals usos d'aquests mitjans. Ens hem de protegir de l'ús interessat i distorsionador que se'n pugui fer per part de complexos econòmics i altres entitats a les quals pugui anar bé que veiem les coses d'una manera determinada. És cert que els mitjans audiovisuals poden distorsionar la realitat i ens en poden donar una visió esbiaixada, però també és cert que la complexitat social fa que la justificació del poder, sigui del caire que sigui, es trobi ara, més que mai, sota un punt de vista crític dels mateixos mitjans. Seria nefast i absolutament perillós un control d'aquests mitjans per part del poder establert. Però la llibertat d'expressió i comunicació ens en poden salvaguardar. El perill del 1984 d'Orwell és present, però només si deixem que els mitjans estiguin del tot controlats. D'altra banda, els totalitarismes ho tenen més difícil que mai gràcies a la llibertat d'expressió i d'ús dels mitjans. Aquests, de nou, no són cap perill, però sí que ho és l'ús que en puguem fer.

profit educatiu, no només estarem usant correctament aquests mitjans audiovisuals, sinó que els estarem orientant adequadament sobre la manera d'usar-los.

Pel que fa a l'escola, els mitjans audiovisuals són uns mitjans preciosos dels quals no podem prescindir. Al contrari, cal esbrinar-los al màxim al servei de la finalitat que té encarregada l'escola: la de transmetre coneixements i acompanyar en la formació humana dels nostres infants i joves. A l'escola també caldrà ensenyar els nostres joves a usar correctament aquests mitjans. Però, com molt encertadament diu el sociòleg Salvador Cardús, "l'educació de la mirada (de l'ús) no és l'educació de la gramàtica" dels mitjans. No es tracta de saber descodificar els missatges, sinó d'educar en l'ús i en la mirada de la pantalla.

Són perfectament compatibles el llibre i la pel·lícula, la raó i l'emoció, la reflexió i la imatge. M'atreviria a dir que no només són compatibles, sinó que uns i altres han de conviure. La convivència d'un i altre terme de la dualitat és enriquidora. Els mitjans audiovisuals són un bon estri per avançar socialment si els sabem usar. L'únic problema dels mitjans és tenir clares quines són les finalitats per a les quals volem que serveixin. Les tenim clares? Aquesta és la qüestió.

Josep Maria Forné i Febrer
Professor de filosofia

No patiu, que els mitjans audiovisuals passaran per Internet

L'aparició dels mitjans audiovisuals a finals del segle XIX i principis del segle XX va tenir una gran repercussió en aquelles societats, que van poder veure i escoltar a través de la nova tecnologia: cinema, ràdio i, després, televisió. Fins a aquell moment, els relats col·lectius es transmetien a través del paper, i el seu mitjà de difusió era i continua sent els periòdics i revistes.

La proliferació del cinema i la ràdio va anar canviant l'estructura de les societats, va tenir una important repercussió en la vida social i cultural, en l'oci i el temps lliure, en l'economia i en la política. L'extensió de la televisió a les llars dels països més desenvolupats encara va tenir un impacte més gran i és un dels paradigmes del segle XX en la con-

L'únic problema dels mitjans és tenir clares quines són les finalitats per a les quals volem que serveixin. Les tenim clares? Aquesta és la qüestió

dia ha d'oferir connexió a Internet a l'aula, amb ordinadors i canons de projecció al servei de la tasca docent. Crec que no és possible ni adequat fer simplificacions sobre aquest tema, ja que no podem enganyar-nos i reduir les causes dels nostres problemes socials i culturals a un fet que no és més que un símptoma dels nostres temps. El problema no són els mitjans, sinó com els usem.

El pas següent, doncs, és saber usar correctament aquests mitjans. I llavors, la pregunta que ve immediatament al cap és si és l'escola

La família també ha de ser una altra de les institucions fonamentals per garantir un bon ús dels mitjans audiovisuals. Si la televisió i l'ordinador, principalment, substitueixen i omplen molts dels espais i el temps que havíem omplert amb altres activitats i es converteixen en guarderies dels nostres infants i joves, sense que en facin un ús profitós en aquests períodes de formació i maduració personal, poden ser elements perjudicials. Però si els ensenyem a veure la televisió i usar l'ordinador, sigui per passar ociosament el temps o per treure'n un

]]] cepció dels sistemes democràtics.

Però si avui dia, en ple trànsit al segle XXI, parlem de la repercussió dels mitjans audiovisuals en els diferents estrats i cohorts de la nostra població, hem de referir-nos, sens dubte, al món digital. El pas del món analògic al món digital ha suposat, per sobre de tot, un canvi de llenguatge, una nova manera de comprendre l'entorn i, per tant, una nova tecnologia per a la seva difusió.

Avui tots els mitjans audiovisuals tenen tendència a fusionar-se amb Internet i els experts assenyalen clarament que aquest serà el futur, la no distinció entre els móns *online* i *offline*. Internet és la cristallització d'aquest nou llenguatge, la nova revolució tecnològica que acabarà aglutinant tots els mitjans d'expressió i comunicació.

A Espanya, el 100% de la població té televisió a casa, el 100% té telèfon mòbil i gairebé el 50% de les llars tenen connexió a Internet. A més, aquests tres mitjans, juntament amb altres, estan en permanent interconnexió i beuen els uns dels altres, cadascun des de la revolució pròpia del seu camp d'acció, per poder conformar els nous sistemes de comunicació, els mitjans audiovisuals del futur.

Les noves i velles generacions estan sent socialitzades, a una velocitat de vertigen, en aquesta nova realitat audiovisual, en aquest nou entorn digital, que, evidentment, encara conviu amb el nostre passat analògic. La pregunta que podem fer-nos i que dona motiu a aquest article és: com afecten a la població aquests canvis? Què passa en les diferents edats, com hi influeixen? La resposta més precisa o la més justa amb les nostres pròpies conseqüències ens l'hauria de donar un viatger en el temps, algú que pogués venir del futur i explicar-nos què va passar al final del procés de canvi social que estem vivint. Algú amb prou distància històrica per veure com va quedar la transformació social i individual en finalitzar la revolució científicotècnica que comença a mitjans del segle XX i que no sabem quan s'acabarà.

Però com que els viatges en el temps encara no estan inventats, hauriem de buscar una bona talaia en el moment actual per poder reflexionar de forma precisa sobre la intensitat dels canvis, tant els positius com els negatius.

De les principals opinions i reflexions que s'escolten avui dia sobre la repercussió dels mitjans audiovisuals

en la població, la majoria són negatives, sobretot pel que fa a la influència d'aquests mitjans sobre els nens i els joves. Molts dels problemes socials, familiars o en l'àmbit educatiu són atribuïts als canvis tecnològics i la influència negativa dels mitjans audiovisuals sobre els esmentats sectors. Davant la complexitat actual, el més probable és que siguin molts els factors que influeixin en la turbulència que viuen les famílies o l'educació. Els mitjans audiovisuals hi deuen tenir, de ben segur, el seu paper, com a mitjà i com a reflex social de les diferents problemàtiques, però són una peça més en el trencaclosques social.

En aquest sentit, hi ha un aspecte interessant que cal destacar en parlar del canvi a la nova era digital: la profunda transformació a l'hora de construir i definir els símbols, la construcció simbòlica del nostre entorn. L'aprenentatge simbòlic de les noves generacions es basa en

ser "població passiva afectada pels mitjans audiovisuals". Per tant, es produeix un nou fenomen de bidireccionalitat o interactivitat que, en certa manera, canvia l'emissor i que és un fidel reflex dels nous temps i les noves regles entre l'emissor i el receptor.

Aquests nous comportaments encara no són majoritaris, però des d'Internet —i, com deia anteriorment, la plena fusió de la xarxa amb la resta de mitjans— està començant a caminar aquesta nova realitat, on els usuaris són cada vegada més protagonistes dels continguts, emissors d'aquests i, per tant, conformadors d'una nova realitat en la comunicació individual i social.

Com destacava anteriorment, el principal xoc es produeix, sobretot, en l'àmbit educatiu en nens i joves, que són les generacions que pateixen, a manera de subjectes experimentals, aquest canvi social. Aquí es troba el punt més negatiu en la

El pas del món analògic al món digital ha suposat, per sobre de tot, un canvi de llenguatge, una nova manera de comprendre l'entorn

les imatges, en un món que s'expressa, es comunica i es comprèn amb imatges. Els mitjans audiovisuals repercuteixen sobre totes les generacions, però el seu impacte és ben diferent segons si l'individu ha nascut i s'ha desenvolupat sota el seu paraigua o bé li ha tocat adaptar-s'hi en edats més avançades. Molts experts assenyalen precisament que aquest és l'origen del fracàs escolar, de la falta de comprensió dels joves cap al text escrit, en definitiva, de la incomunicació entre aquests i el saber heretat.

Malgrat tot, la revolució tecnològica dissenya a gran velocitat nous suports, nous dispositius de comunicació i d'entreteniment, però no tanca les seves possibilitats. És a dir, la tecnologia (també la que afecta la revolució en els mitjans audiovisuals) està més centrada en la creació i l'avanç tècnic que en les seves possibilitats d'ús i, per tant, els diversos continguts s'adapten o es creen per al nou desenvolupament. Tant pel que fa a les noves possibilitats d'ús com en l'àmbit dels continguts, les noves generacions són subjectes actius i deixen de

repercussió que tenen els mitjans audiovisuals sobre aquestes generacions, anomenem-les de trànsit. Fa només unes dècades, veure no era suficient per comprendre, i avui dia la societat es construeix sota la premissa que veure és comprendre i poder comunicar-se. L'escala de valors ha canviat i ha donat pas a una premissa encara més rellevant que les anteriors i que resumeix bastant bé el moment actual: el contingut és la mateixa transacció. És a dir, que els feixucs continguts, les matèries, els tractats i, per exemple, les ideologies, en certa manera han estat buidats per donar pas a la connexió, a la transacció i, en definitiva, a la connectivitat.

Ara, amb Internet, es reprèn el debat que va plantejar Umberto Eco als anys 80 amb l'obra *¿El público perjudica a la televisión?* Ara com ara, Internet és el públic. Els mitjans audiovisuals estan entrant per aquesta porta i no saben quina serà la seva transformació, ni la nostra amb ells.

Sisco Sapena Soler
Director executiu de Lleida.Net

Disfunciones del suelo pélvico

1. Importancia del tema

La importancia del tema viene dada por su prevalencia, su fuerte impacto sobre la calidad de vida y una cada vez más fuerte demanda social.

1.1 Prevalencia

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) engloban el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia de orina y otros síntomas del tracto urinario inferior (por ejemplo: la urgencia miccional con o sin incontinencia), la incontinencia fecal, el dolor pélvico crónico y las disfunciones sexuales.

Los estudios epidemiológicos muestran gran variabilidad en función de los criterios establecidos para definir las DSP, la población de estudio elegida y la edad de los pacientes, pero todos concluyen que es un problema de salud pública de primer orden y que tratar la incontinencia es rentable respecto de no tratarla.

1.2 Impacto sobre la calidad de vida

En las DSP, aunque rara vez tienen un impacto sobre la esperanza de vida del paciente, las repercusiones sobre la calidad de vida pueden ser muy severas. Actualmente, en los países desarrollados se han diseñado herramientas para conocer el estado de salud objetivo de la población y la percepción que tienen los pacientes sobre el mismo. Esto ha permitido conocer el grado de afectación y limitación psicossocial que producen estas patologías.

Empleando algunos de estos cuestionarios (SF-36) se ha podido comprobar que la vejiga hiperactiva produce un mayor impacto sobre ámbitos como el funcionamiento físico, la sensación de vitalidad, el funcionamiento social, la limitación de la actividad y el estado de salud mental que patologías crónicas como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, o que produce un deterioro de todos los ámbitos psíquicos mayor que la artritis reumatoide.

1.3 Demanda social

El desarrollo de la sociedad del bienestar en el primer mundo ha aumentado las expectativas sobre el estado de salud y se ha aceptado la incontinencia de orina como un componente más del envejecimiento. La incorporación de la mujer al mercado laboral y un aumento de su actividad física y del deporte hacen que las DSP interfieran en el desarrollo de su vida diaria.

A ello se une una mayor oferta y

Las repercusiones de las DSP sobre la calidad de vida pueden ser muy severas

La incorporación de la mujer en el mercado laboral y un aumento de su actividad física hacen que las DSP interfieran en el desarrollo de su vida diaria

calidad de los tratamientos rehabilitadores, farmacológicos y quirúrgicos en los últimos tiempos, lo que permite ofrecer cirugías menos agresivas, fármacos mejor tolerados y estrategias de prevención con excelentes resultados.

Todo ello ha llevado a una demanda social creciente de tratamiento de las DSP, que se estima mayor en el futuro si sigue el camino de los países de nuestro entorno.

2. Definición

2.1 Prolapso de órganos pélvicos

Entendemos por prolapso de órganos pélvicos o prolapso genital el descenso parcial o total de uno o varios de los siguientes órganos a través de la vagina o incluso por debajo de ella: uretra, vejiga, útero, intestino delgado, intestino grueso, recto...). Todo ello se produce al fallar uno o varios de los compartimentos del suelo pélvico (anterior, medio o posterior).

La descripción del prolapso se hace sobre la base de la parte prolapsada. Así, diferenciamos varios tipos: uretrocele o descenso de la uretra, cistocele o descenso de la vejiga, rectocele o descenso del recto, enterocele o descenso de asas de intestino delgado a través del saco de Douglas, prolapso uterino o descenso del útero y prolapso de cúpula vaginal o descenso del fondo vaginal en una paciente previamente histerectomizada.

El grado de prolapso genital permite

orientar el tratamiento. Según el descenso, se clasifica en cuatro grados (BADEM 1972) del I al IV, de forma separada por cada parte prolapsada y según el grado de prolapso.

2.2 Incontinencia de orina (IU)

La incontinencia de orina se produce al mantener una presión uretral superior a la vesical en cualquier circunstancia salvo en la micción. Para mantener una adecuada continencia se debe cumplir lo siguiente:

- a) Vejiga con buena capacidad, que permita un llenado sin grandes aumentos de la presión intravesical.
- b) Mecanismos de cierre uretrales: anatómicamente normales y funcionalmente competentes.
- c) Integridad de SNC y SNP.

La IU es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y origina un problema social o higiénico.

Puede ser transitoria (por un problema agudo, como infecciones, posparto inmediato, etc.) o crónica.

Clasificación:

- a) Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE):

Pérdida involuntaria de orina originada por un esfuerzo brusco de la presión abdominal (tosar, reír, correr, etc). Es la causa más frecuente de IU en la mujer fértil y posmenopáusica (en la senectud la primera causa es un detrusor inestable).

Causas:

- Debilidad de los elementos de sostén uretrales (IUE por hipermotilidad uretral). Es la más frecuente. La DSP puede producirla al faltar los soportes que estabilizan y cierran la uretra durante los esfuerzos. Las principales causas son traumatismos obstétricos y sobrecargas continuas (obesidad, tos crónica, esfuerzo físico laboral o deportivo).

- Lesión del mecanismo uretral esfinteriano intrínseco o denervación de la musculatura intrínseca uretral. Las principales causas son lesiones en la pared uretral, fibrosis periuretral o denervación de la musculatura intrínseca uretral.

- b) Incontinencia urinaria de urgencia (IUU) / síndrome de vejiga hiperactiva (VH).

Pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar. Es más frecuente en mujeres posmenopáusicas que en jóvenes. Son característicos los síntomas irritativos vesicales, la polaquiuria diurna o nocturna, el dolor en la distensión vesical, la micción imperiosa, la incapacidad de interrumpir la micción una vez iniciada y la enuresis nocturna.

Clasificación:

- Motora o por detrusor hiperactivo: contracciones objetivables y medibles del detrusor en la cistomanometría y que la mujer no puede inhibir. Tiene dos orígenes:]]] 17

» - Neurológico (vejiga o detrusor hiperrefléxico): ACV, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson...

- No neurológico (vejiga o detrusor inestable).

Idiopático: es la forma más frecuente en la mujer.

Obstrutivo secundario a intervenciones previas por IE o a grandes cistoceles o prolapso.

- Sensorial: no hay contracciones involuntarias del detrusor. Urodinámicamente existe una disminución de la capacidad y adaptabilidad vesical, pero con un detrusor sin contracciones voluntarias. Las causas más frecuentes: ITU, litiasis y cuerpos extraños, tumores, cistitis intersticial o rádica, etc.

c) IU refleja:

Causa: actividad refleja anormal de la médula espinal con ausencia de la sensación asociada al deseo de orinar. En la clínica se evidencia la lesión neurológica e incontinencia inconsciente (actividad del detrusor con relajación involuntaria de la uretra) junto con un vaciamiento vesical incompleto.

Tratamiento: valoración neurológica.

d) IU por rebosamiento:

Causa: pérdida involuntaria de orina por sobredistensión de la vejiga en ausencia de actividad del detrusor y de esfuerzo físico. Se manifiesta como goteo o pequeñas pérdidas de orina continuas, asociadas a un vaciado incompleto de la vejiga durante la micción. Es más frecuente en varones.

Tipos:

- Obstructiva: retenciones posparto, poscirugía vaginal o de IU, tumoraciones pélvicas que comprometan la uretra.

- Neurológica:
- Lesión medular sacra: hernia discal, traumatismo.
- Lesión de fibras motoras periféricas, cirugía radical pélvica.
- Lesión de fibras sensitivas periféricas: DM, etc.

Tratamiento: sondajes intermitentes o suprapúbicos si se prevé que la retención va a ser larga.

3. Diagnóstico

1. Historia clínica de la paciente, en la que se incluirá:

Edad, peso, talla e IMC.
Antecedentes familiares.

Antecedentes personales (haciendo hincapié en tratamientos con diuréticos, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas...).

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: menopausia, partos (número, peso...).

2. Cuestionario de síntomas de calidad.

3. Exploración física general y ginecológica, que incluirá:

- Valoración del grado de prolapso en cada uno de los compartimentos

Diagnóstico diferencial etiopatogénico de las incontinencias urinarias			
I.U	CONDICIÓN	ETIOPATOGENIA	TRATAMIENTO
Esfuerzo	Hipermotilidad uretral Disfunción uretral intrínseca	Relajación suelo pélvico Cirugía; RT, denervación	Rehabilitación Cirugía
Urgencia	Detrusor hiperactivo (urgencia motora) Baja capacidad o acomodación (urgencia sensorial)	Idiopática (detrusor inestable) Neurógena (detrusor hiperrefléxico) Infección/patología vesical	Farmacológico y rehabilitación del suelo pélvico Neurológico Etiológico
Rebosamiento	Sobredistensión vesical Ausencia de actividad del detrusor	Obstrucción Neurógena	Cateterismo intermitente o catéter suprapúbico Neurológico
Refleja	Hiperactividad del detrusor y relajación involuntaria de la uretra	Neurógena	Neurológico

Fuente modificada de: Grangell JL, Carmona M, Espuña M, Fillol M, Garriga J, Pascual MA.

implicados:

· Compartimento anterior: vejiga y uretra.

· Compartimento medio: útero, cerviz y, en su defecto, cúpula vaginal.

· Compartimento posterior: recto o fondo del saco de Douglas.

- Objetivación de la incontinencia de orina de esfuerzo.

- Exploración vulvo perineo vaginal:

· Evaluar la presencia de cicatrices, episiotomías, desgarros perineales y patología vulvar.

· Evaluar signos de trofismo vaginal y vulvar.

· Evaluar mediante el tacto bimanual los genitales internos.

· Evaluar el grado de contractilidad de los músculos del suelo pelviano y tono del esfínter anal (*testing* perineal).

- Exploración neurológica: comprobación de los reflejos dependientes del arco sacro.

4. Cultivo de orina siempre que la paciente presente clínica de urgencia, para descartar cistitis.

5. Estudio urodinámico para el diagnóstico de la incontinencia de orina y otras disfunciones miccionales: consiste en la realización de una flujo-metría, con medición de residuo posmiccional, cistometría de llenado y de vaciado (EMG simultánea cuando exista sospecha de disfunción de vaciado vesical) y valoración de la función uretral con el perfil de presión uretral y/o presión abdominal de fuga.

6. Registro o diario miccional: supone el registro por parte de la paciente durante un periodo de tiempo preestablecido de las micciones, la ingesta de líquidos y la frecuencia e intensidad de los escapes involuntarios.

Para completar el estudio se pueden

solicitar de manera selectiva las siguientes pruebas: test de la compresa (*pad test*), cistoscopia, uretrocistografía y, en algunos casos, estudios electrofisiológicos.

4. Tratamiento

Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos

1. Tratamiento conservador
- Asesoramiento del estilo de vida: disminución de peso, disminución de las actividades que aumenten el prolapso (tos crónica, actividad física intensa), evitar el estreñimiento, etc.

- Rehabilitación del suelo pélvico en caso de prolapso de bajo grado.

- Mecánico (pesarios): los pesarios están indicados excepcionalmente en caso de patología de base que suponga un riesgo quirúrgico elevado o bien como alivio sintomático mientras se espera la cirugía.

2. Tratamiento quirúrgico

Son numerosas las intervenciones descritas para el tratamiento de los órganos pélvicos. Aquí sólo mencionaremos las más frecuentes:

- Colporrafia o plastia anterior: para corregir el cistocele. Se incide en la vagina anterior, se separa y se eleva la vejiga. Se recortan los colgajos de vagina sobrantes y se sutura.

- Colpoperineorrafia o plastia posterior. Se incide en la vagina posterior, se despega el tabique recto vaginal y se separa el recto. Se dan puntos de aproximación, se recorta la vagina sobrante y se sutura.

- Las últimas técnicas suponen la incorporación de mallas para la reparación del defecto del compartimento anterior (mallas anteriores) o bien para la reparación del defecto del compar-

timiento posterior (mallas posteriores). Actúan como una rejilla para la formación de tejido de granulación denso con la finalidad de disminuir el número de recurrencias.

- Histerectomía vaginal en caso de prolapso uterino, normalmente acompañada de plastia anterior o posterior.

- Intervención de Manchester: en casos de prolapso uterino con elongación cervical importante o bien en mujeres jóvenes que deseen preservar la fertilidad.

- En caso de prolapso vaginal, los tratamientos más utilizados son:

· Colpopexia sacroabdominal.

· Colpopexia al ligamento sacroespinoso.

· Mallas para reparar el defecto de las paredes anterior y posterior.

Tratamiento de la incontinencia de orina

1. Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia. Hiperactividad del detrusor de origen no neurogénico.

- Tratamiento farmacológico con anticolinérgicos.

- Tratamiento rehabilitador.

- Tratamiento hormonal con estrógenos locales.

Anticolinérgicos: actúan bloqueando los receptores muscarínicos, reducen

las contracciones involuntarias del músculo detrusor y aumentan la capacidad vesical. No se deben usar en inestabilidades por obstrucción uretral. Los defectos secundarios más frecuentes son sequedad de mucosas, estreñimiento y visión borrosa. Están contraindicados en mujeres con glaucoma, miastenia gravis, estenosis digestivas y arritmias.

Los más utilizados son:

- Solifenacina.

- Tolterodina.

- Cloruro de trospio.

- Clohidrato de oxibutinina.

Otros: relajantes del músculo liso (flavoxato), antidepresivos tricíclicos (imipramina), etc.

Tratamiento rehabilitador:

- Terapia conductista: micciones horarias, aumentar los tiempos entre micciones, control de la ingesta de líquidos.

- Electroestimulación para inhibir el músculo detrusor.

- *Biofeedback*.

Estrógenos locales

2. Tratamiento de la incontinencia de esfuerzo

Tratamiento rehabilitador: con el fin de mejorar el soporte visceral pelviano, la función esfinteriana uretral y anal voluntarias y el reflejo de contracción

del suelo pélvico con los esfuerzos.

- Ejercicios de Kegel, conos vaginales...

- Técnicas de *biofeedback*.

- Estimulación eléctrica.

Tratamiento quirúrgico

Indicado en pacientes con IUE severa demostrada por urodinámica o con IUE moderada que no deseen o en los que no sea efectivo el tratamiento rehabilitador. Intenta, en la IUE por hipermotilidad uretral, elevar y mantener fija la uretra y la unión vesicouretral.

Las técnicas son múltiples, pero en líneas generales se utilizarán:

- Técnicas vaginales:

1. Banda libre de tensión (TVT o TOT) en incontinencia de esfuerzo primaria.

2. Técnica de bandas (cabestrillo suburetral tipo Remex): para incontinencia de orina recidivada y disfunción uretral intrínseca.

- Técnicas abdominales: Marshall-Marchetti-Burch (puede realizarse por vía laparoscópica).

Inyección uretral: en mujeres con incontinencia recidivada multioperada y/o diagnóstico de disfunción uretral intrínseco en las que exista un riesgo quirúrgico.

Dra. Ana Calvo



Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau
i dos diamants de talla princesa.



PERE TENA

JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · www.peretena.com · Pàrquing Blondel Gratuït

Seqüeles de l'ingrés a Cures Intensives

Quan un malalt ingressa en un hospital, deixa en mans del personal que l'atén i del marc que l'envolta la seva persona, cosa que el fa especialment vulnerable als riscos de l'entorn, ja siguin físics o psicològics.

El repte de l'atenció del malalt crític inclou la utilització d'unes cures específiques per aconseguir una reducció de la morbiditat i el manteniment o millora de la seva qualitat de vida en un entorn que, malgrat els esforços per intentar crear una atmosfera més amable, continua sent un àmbit enormement esquerp. L'efecte del tractament intensiu realitzat als nostres pacients pot ser responsable d'un gran nombre de seqüeles, tant des del punt de vista físic com des del psicològic, que influeixen en la seva qualitat de vida posterior. La seva avaluació suposa anar més enllà de la recopilació i gradació de la presència i severitat dels efectes adversos motivats per l'estada en una unitat de cures intensives (UCI), significa conèixer com el malalt percep i experimenta aquestes manifestacions i, sobretot, com l'afecten en el desenvolupament de la seva vida diària.

La millora de les UCI ha estat condicionada per la possibilitat d'incorporar noves estratègies terapèutiques que

L'atenció al malalt crític inclou cures específiques per tal de reduir la morbiditat i millorar la seva qualitat de vida

La millora de les UCI ha estat condicionada per la incorporació de noves estratègies terapèutiques amb tècniques invasives

sovint requereixen la utilització de tècniques instrumentals invasives —com la implantació de catèters endovasculars, drenatges pleurals o suport de ventilació mecànica— que poden suposar una agressió de la barrera anatòmica cutània i produir lesions que, amb el temps, es convertiran en



Figura 3. Cicatrius de traqueostomies: esquerra quirúrgica i dreta percutània

per les lesions cutànies produïdes per les tècniques cruentes o derivades de l'estada a l'UCI, examinar els records del malalt després d'haver-hi estat ingressat i avaluar l'aparició de símptomes d'estrès posttraumàtic, com possibles seqüeles físiques i psicològiques secundàries a l'ingrés.

Marques físiques

Durant l'ingrés a l'UCI es van produir lesions sobre la pell del malalt. La major part d'aquestes lesions, amb el temps, es faran pràcticament invisibles, però de vegades queden cicatrius que per la seva magnitud o localització són molt evidents per al malalt i provoquen conseqüències psicològiques adver-

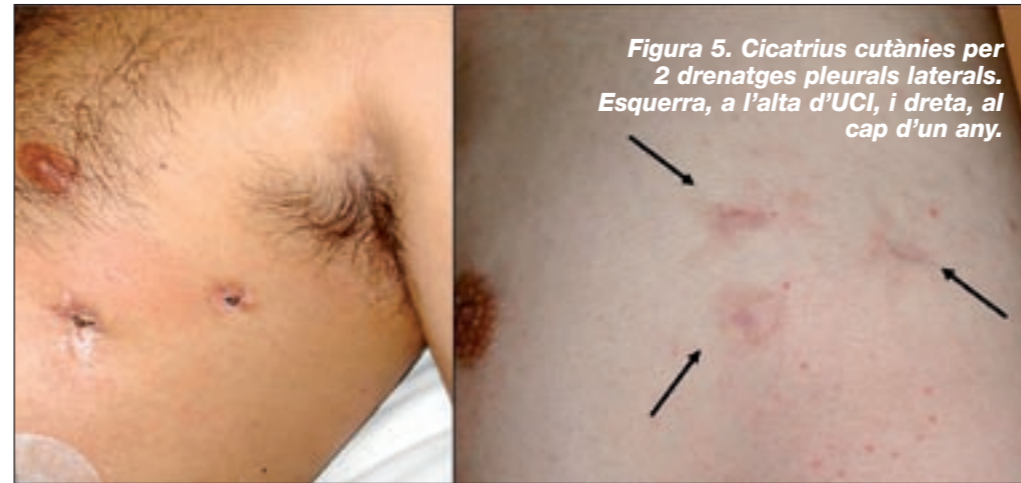


Figura 5. Cicatrius cutànies per 2 drenatges pleurals laterals. Esquerra, a l'alta d'UCI, i dreta, al cap d'un any.

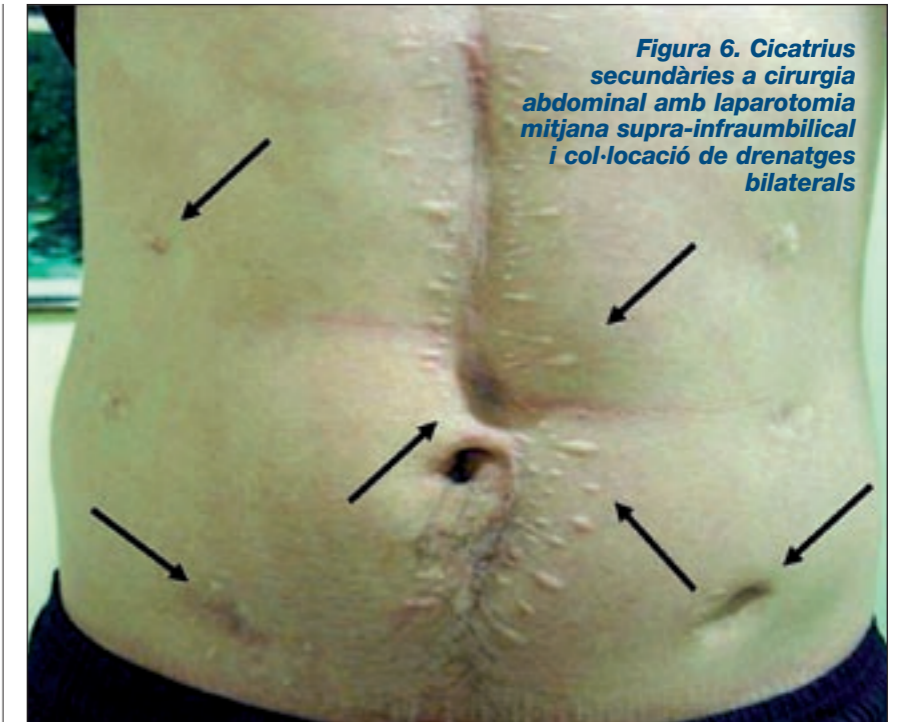


Figura 6. Cicatrius secundàries a cirurgia abdominal amb laparotomia mitjana supra-infraumbilical i col·locació de drenatges bilaterals

cicatrius. D'altra banda, l'entorn de l'UCI, amb activitat constant, sorolls, manca de cycle lumínic o privació del son, afegit als dispositius emprats que limiten el moviment i la comunicació (ventilació mecànica, sonda nasogàstrica, catèters vasculars, etc.), pot provocar l'aparició de seqüeles tant a

nivell físic, com cicatrius cutànies permanents, com a nivell psicològic, com records desagradables perdurables en el temps.

El nostre grup de treball (en la línia de l'estudi de la qualitat de vida en els malalts que sobreviuen a l'ingrés a l'UCI) es va plantejar el repte de conèi-

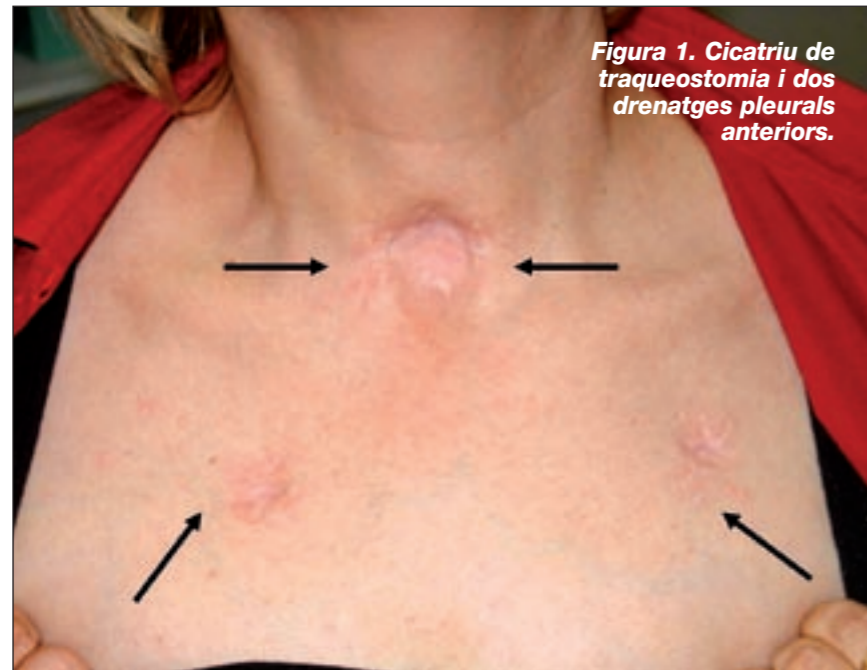


Figura 1. Cicatriu de traqueostomia i dos drenatges pleurals anteriors.

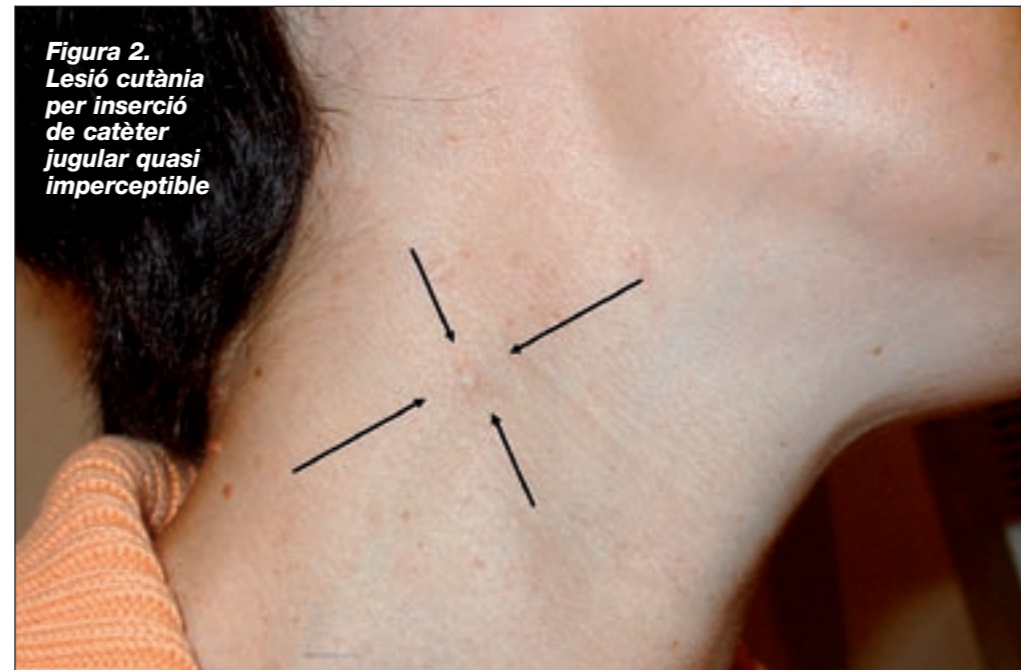


Figura 2. Lesió cutània per inserció de catèter jugular quasi imperceptible



Figura 4. Úlcera de pressió occipital

TAULA 1 – Tipus de lesions iatrogèniques cutànies

1	Secundàries a tècniques cruentes pròpies de l'UCI: Cateterització arterial radial, cateterització venosa subclàvia, jugular, femoral i Catèter Central d'Inserció Perifèrica (CCIP); traqueotomia percutània o quirúrgica; drenatge toràcic tipus tub o Pleurocath; sensor de pressió intracranial (PIC), i lesions produïdes per sondes/instruments per monitoratge i/o alimentació.
2	Secundàries a la situació d'immobilització: Com les úlceres de pressió (occipital, de sacre i de taló).
3	Secundàries a procediments pròpiament quirúrgics: Però que el malalt identificava com a pròpies de l'UCI (per haver-hi viscut les cures i tot el procés de cicatrització), com laparotomia, craneotomia i altres ferides quirúrgiques.

ses. Definim com a lesió iatrogènica cutània (LIC) la lesió produïda a la pell durant l'ingrés a l'UCI i originada pels procediments (tant quirúrgics com no quirúrgics) derivats de la teràpia, el monitoratge o l'estada del malalt crític a la unitat. Distingim tres tipus de LIC (taula 1):

1. LIC secundàries a tècniques cruentes pròpies de l'UCI: aquí incloem totes les lesions degudes a cateterització venosa o arterial, inserció de drenatges pleurals o monitoratge de pressió intracranial, les secundàries a traqueostomia i les produïdes per altres tubs o instrumental utilitzats per al monitoratge i control del malalt.

2. LIC derivades de la situació d'immobilització: aquí incloem les úlceres de pressió localitzades habitualment en punts de suport com la zona occi-

Més del 80% dels malalts ingressats a l'UCI presentaven almenys una LIC en el moment de rebre l'alta

El malalt crític es veu sotmès a múltiples agressions cutànies

pital, el sacre o el taló.

3. LIC secundàries a procediments pròpiament quirúrgics: Aquí incloem lesions típicament secundàries a un procés quirúrgic específic però que el malalt relaciona amb l'estada a l'UCI —on viu el procés de cures, seguiment

TAULA 2 – Classificació de lesions iatrogèniques cutànies

TÈCNICA	PRESENTEN (%)	REFEREIXEN (%)
TRAQUEOTOMIA		
Percutània	8	70
Quirúrgica	4	100
CATÈTER (inserció)		
Subclàvia	33	34
Jugular	15	26
Femoral	22	26
CCIP	46	19
Arteria radial	51	14
DRENATGE PLEURAL		
Catèter petit	6	42
Tub	6	70
LAPAROTOMIA	8	100
CRANEOTOMIA	6	100
ULCERA PRESSIÓ (sacre, taló, etc.)	9	50
ALTRES	11	40

i cicatrització—, com les cicatrius de laparotomia o craneotomia i altres ferides quirúrgiques.

En l'estudi realitzat durant un període de 18 mesos vam observar que més del 80% dels malalts ingressats a l'UCI presentaven almenys una LIC

en el moment de rebre l'alta. En canvi, quan interroguem els malalts al cap d'un any sobre les lesions que tenen a la pell, aquestes continuen sent referides, aproximadament, per un 40% dels malalts (taula 2).

Les LIC que queden més visibles en

la seva vida diària són, com es podia preveure, les més referides a l'any de seguiment. Un exemple el tenim en la figura 1, on les lesions inferides a la pell, tant les secundàries als drenatges pleurals com la cicatriu de traqueostomia, són força evidents amb un resultat estètic deficient. Altres vegades, com mostra la figura 2, les lesions són pràcticament imperceptibles. Hem observat diferències segons les tècniques emprades en la realització del procediment. Així, la traqueostomia quirúrgica és visible en el 100% dels casos; en canvi, la traqueostomia percutània ho és en un 70%, fet que suggereix que la lesió cutània passa més desapercebuda i el resultat estètic sol ser millor (figura 3). Un altre punt que cal tenir en compte és la localització de la lesió, ja que les lesions inferides en llocs menys visibles (figures 4 i 5) passen més inadvertides. Altres LIC referides habitualment pel malalt són les cicatrius de laparotomia (Figura 6) i craneotomia, que, tot i no ser pròpies de l'UCI, són relacionades pel malalt amb l'estada a la unitat, ja que és allà on s'adona de la seva existència i viu tot el procés de les cures.

També cal considerar l'estat de consciència del malalt quan es realitza una tècnica cruenta. Si el malalt va viure el procés amb angoixa o dolor, serà capaç de localitzar-la tot i que sigui pràcticament imperceptible.

En resum, podríem dir que el malalt crític es veu sotmès a múltiples agressions cutànies perdurables en el temps. El tipus de tècnica emprada, la localització de la lesió, la capacitat de cicatrització i les condicions en què s'ha realitzat la tècnica poden influir en el record posterior d'aquesta.

L'anàlisi de les marques que deixem en els nostres malalts és un indicador de qualitat de les cures practicades durant la seva estada a l'UCI. Podem reconèixer, només inspeccionant-li la pell, si un malalt ha viscut un procés crític que requerís ingrés a l'UCI.

Records

Els pacients de l'UCI estan malalts, sovint en un llit incòmode, amb tubs al nas i a la boca, catèters intravenosos i connectats a diversos aparells. Moltes vegades tenen dolor i, si estan conscients, poden tenir sensacions desagradables. No és sorprenent que se sentin ansiosos, espantats o desorientats, i sovint han passat un període perllongat del seu ingrés sota els efectes de sedoanalgesia. Alguns malalts poden presentar records desagradables de la seva estada a la unitat, siguin reals o no; d'altres no presenten cap tipus de record o en tenen molt pocs. Per poder analitzar els records dels malalts, primer cal classificar-los. Seguint la classificació de Jones distingim tres tipus de memòria (taula 3):

TAULA 3 – Definicions de tipus de memòria

Memòria: Capacitat de recordar. Com a terme psicològic es defineix com el procés d'emmagatzematge i recuperació de la informació al cervell.
Memòria real (factual memories): Record de fets reals, com haver dut un tub endotraqueal o alarmes de l'UCI.
Percepcions (memories of feeling): Record de sensacions reals experimentades, com dolor o confusió.
Memòria il·lusòria (delusional memories): Record d'un fet que realment no ha existit, com al·lucinacions o malsons. També pensar que se li volia fer mal.

TAULA 4 – Qüestionari de memòries d'UCI

Assenyali les coses que recordi:			
Família ¹	Cares ¹	Foscor ¹	Confusió ²
Al·lucinacions ³	Alarmes ¹	Tubs a la boca o al nas ¹	Rellotge ¹
Por ²	Malsons ³	Veus ¹	Aspiracions ¹
Ansietat ²	Somnis ³	Dolor ²	Llums ¹
Disconfort ²	Habitació ¹	Volien fer-me mal ³	Tubs per respirar ¹
			Pànic ²
¹ Memòria real	Rang (0-11)		
² Percepcions	Rang (0-6)		
³ Memòria il·lusòria	Rang (0-4)		

TAULA 5 – Exemples de memòria il·lusòria

"El meu fill (que va morir fa 6 anys) arribava amb la furgoneta i venia la mercaderia a les infermeres."
"Creia que estava segrestat i em vaig posar molt violent."
"Tota l'habitació estava a l'inrevés, el sostre a terra i el terra al sostre, i jo tan aviat estava cap per amunt com cap per avall."
"Somiava sempre amb la meua mare (havia mort en l'accident)."
"Veia una cosa molt baixa que de sobte es convertia en una muntanya enorme que després s'ensorrava."
"Em feien empassar targetes de crèdit."

TAULA 6 – Perfil de malalts segons tipus de memòria

Tipus memòria	%	Perfil	Importància
NO MEMÒRIA	23	Neurològics (TCE, ACVA) Alta gravetat	Pocs símptomes d'estrès posttraumàtic "El millor és no tenir memòria"
OBJETIVA (real i percepcions)	53	Politraumes Menys greus Menys estada	Vivència neutra
IL·LUSÒRIA	24	Postquirúrgics Més greus Més ventilació mecànica Més DOPAMINA Més PROPOFOL (sedació)	Vivència negativa Símptomes d'estrès posttraumàtic

- Memòria objectiva (*factual memories*): record de fets reals, com haver dut un tub endotraqueal o les alarmes de l'UCI.
- Percepcions (*memories of feeling*): record de sensacions reals experimentades, com dolor o confusió.
- Memòria il·lusòria (*delusional memories*): record d'un fet que realment no ha existit, com al·lucinacions o malsons.

S'ha relacionat la incidència de memòries en relació amb diverses situacions clíniques, com la necessitat de ventilació mecànica, relacionada amb alguns tractaments com la sedoanalgesia o les drogues vasoactives com la dopamina, i determinats quadres clínics, com el *distress* respiratori o processos sèptics.

Vam voler conèixer els diferents tipus de memòria dels malalts que sobreviuen a l'UCI i analitzar-ne les possibles associacions amb el tractament intensiu rebut durant la seva estada a la unitat.

Un any després d'haver rebut l'alta de l'UCI, per avaluar els records sobre l'experiència viscuda a la unitat vam emprar l'ICU Memory Tool (qüestionari de memòries d'UCI) elaborat per Jones, que recull les vivències experimentades pel malalt durant l'estada a l'UCI i classifica la memòria segons les seves característiques (taula 4). A més, inclou una valoració global de les memòries (bona, dolenta, neutra) així com una descripció dels malsons o al·lucinacions més destacats. Per poder avaluar possibles seqüeles psicològiques també es va administrar l'Escala de l'Impacte de l'Estressor (EIE) com a instrument de mesura de l'estrès posttraumàtic.

Prop del 78% dels malalts presentaven algun record de l'estada a l'UCI. La meitat (53,3%) dels malalts presentaven memòria no il·lusòria (objectiva i/o percepcions). Les memòries objectives més freqüentment expressades eren records de la família, cares i el fet d'haver tingut tubs al nas o a la boca. Pel que fa a les percepcions, cal des-

Prop del 76% dels malalts presentaven algun record de l'estada a l'UCI un any després

La visió diària de les marques cutànies pot fer reviure records de l'ingrés a l'UCI i causar símptomes d'estrès posttraumàtic

taçar que la més referida va ser haver tingut dolor. El 24,3% dels malalts van presentar memòria il·lusòria, sobretot en forma d'al·lucinacions i malsons. Aquest records són viscuts de forma molt real i sovint desagradable. La taula 5 en recull alguns dels més significatius.

Els malalts amb problemes neurològics (TCE i ictus) són els que menys records tenen i els que després presenten menys símptomes d'estrès posttraumàtic, els malalts amb politraumatisme són els que presenten un major percentatge de memòria no il·lusòria, amb el record de la visita de la família com a principal memòria objectiva, fet que indica la importància de la presència de la família com a lligam amb la realitat per als malalts ingressats a l'UCI. Cal tenir en compte que un de cada quatre malalts refereixen memòria il·lusòria en forma d'al·lucinacions i malsons, vivències sempre considerades negatives i que es relacionen amb una proporció més elevada de símptomes d'estrès posttraumàtic. Hi ha diversos factors que poden contribuir a la seva aparició: la

utilització de sedants com el propofol, drogues vasoactives com la dopamina, malaltia quirúrgica o un alt nivell de gravetat han estat els factors predictius més importants (Taula 6).

Una proporció substancial dels malalts que sobreviuen a l'UCI i al tractament presenten seqüeles físiques i psicològiques al cap d'un temps. Els malalts que presenten més memòria il·lusòria solen ser malalts amb gravetat alta i estada perllongada, fet que comporta, habitualment, més necessitat de procediments invasius i, per tant, més marques físiques. Cal valorar la importància d'aquestes cicatrius i com poden contribuir a la recuperació psicològica del malalt. La visió diària de les marques cutànies (com, per exemple, les cicatrius de traqueostomia o laparotomia) pot fer reviure records, siguin reals o no, de l'ingrés a l'UCI i no sabem com pot influir aquest fet en l'aparició de símptomes d'estrès posttraumàtic.

Dins de l'atenció integral del malalt d'UCI cal tenir en consideració les possibles conseqüències psicològiques degudes a la malaltia crítica i al tractament. Així mateix, cal intentar minimitzar les agressions cutànies i avaluar en tot moment la necessitat de realitzar una tècnica invasiva, valorant-ne prioritàriament la indicació terapèutica, però sense deixar de banda les possibles seqüeles posteriors.

Aquest estudi mostra la importància de l'experiència viscuda a l'UCI i la seva influència en la recuperació posterior més enllà de la recuperació de l'estat de salut i ha obert la porta a futurs estudis que permetin relacionar les marques físiques amb la memòria del malalt i la seva influència no només psicològica, sinó també pel que fa a l'impacte sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Dra. Mariona Badia, Dr. Lluís Servià, Dr. Àngel Rodríguez-Pozo i Dr. Javier Trujillano

Servei de Cures Intensives. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Puesta en marcha de la Unidad de Cáncer Familiar y Consejo Genético de Lleida

El objetivo de la lucha contra el cáncer (segunda causa de muerte en nuestro medio) es conseguir reducir la mortalidad no sólo a través del desarrollo de métodos diagnósticos y fármacos, sino también mediante la prevención primaria y secundaria.

Los avances de los últimos años en biología y genética han permitido que aparezca un nuevo campo dentro de la oncología cuyo objetivo principal es la identificación de individuos con alto riesgo de desarrollar cáncer. La identificación de dichas familias permite una valoración individualizada del riesgo de cáncer y ofrece medidas de prevención y cribado ajustadas al riesgo y con el objetivo de disminuir tanto la incidencia como la mortalidad.

Se han identificado varios genes de alta penetrancia responsables de algunos síndromes conocidos de predisposición hereditaria al cáncer; los más frecuentes son el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario, el síndrome de cáncer colorrectal hereditario y la poliposis adenomatosa familiar.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres de Cataluña y representa el 28% de todos los tumores en mujeres. Se estima que se diagnostican 3.650 nuevos casos de cáncer de mama anualmente en Cataluña y que cada año mueren unas 1.000 mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 32,5 por 100.000 mujeres. Actualmente se sabe que el 5-10% pueden atribuirse a mutaciones en genes de alta penetrancia transmitidos de forma autosómica dominante. Teniendo en cuenta la incidencia en Cataluña, se puede prever que un 5-10% de los casos (145-290) serán debidos a esta predisposición hereditaria y que un 15-20% (436-580 casos) presentan agregación familiar.

En cuanto al cáncer colorrectal, se diagnostican unos 5.200 nuevos casos

La identificación de familias con riesgo de desarrollar cáncer permite una valoración individualizada del riesgo y medidas de prevención
El proceso de valoración de riesgo puede llevar a la recomendación de realizar un estudio genético

anuales, de los que aproximadamente el 5-6% (entre 260 y 312) podrían estar relacionados con mutaciones hereditarias y un 15-20% (entre 780 y 1000 casos) podrían estar en el contexto de una agregación familiar.

¿Qué es el consejo genético?

El consejo genético es el proceso por el que un individuo y/o familia en situación de riesgo de cáncer son informados sobre la probabilidad de presentar o transmitir a su descendencia una determinada susceptibilidad genética a desarrollar una neoplasia, sobre sus implicaciones, sobre la posibilidad de realizar un diagnóstico molecular y sobre cuáles son las medidas disponibles para la prevención y el diagnóstico precoz.

El proceso de valoración de riesgo puede llevar a la recomendación de realizar un estudio genético que, en caso de identificarse una mutación,

confirma una predisposición hereditaria conocida. En caso contrario, no puede descartarse otro tipo de predisposición hereditaria al cáncer en la familia a causa de la existencia de modelos poligénicos de predisposición moderada a dicha enfermedad.

La información sobre el estudio genético dentro del consejo genético debe ser lo más objetiva posible, incluyendo los beneficios, las limitaciones y los riesgos que comporta.

Los beneficios más destacables son:

- Mejorar la estimación del riesgo de cáncer.
- Evitar la incertidumbre y la ansiedad generada por el riesgo de padecer cáncer.
- Ayudar en la toma de decisiones conductuales y sobre el estilo de vida.
- Informar y asesorar al resto de la familia.

Las principales limitaciones son:

- No todas las mutaciones que confieren mayor riesgo pueden ser detectadas.
- Algunas mutaciones son de difícil interpretación.
- Los resultados indican probabilidad, no certeza de desarrollar la enfermedad.
- La mayoría de las medidas de intervención no tienen una eficacia demostrada.

Entre los riesgos más destacables se pueden considerar:

- Posibles trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión, sentimiento de culpa...
- Pérdida de la privacidad.
- Discriminación.
- Falsa sensación de seguridad.

¿Cómo se desarrollan las visitas en las consultas?

Ante la sospecha por parte de un clínico de un posible síndrome de predisposición hereditaria, la persona y los familiares de primer grado que estén interesados deberían remitirse para su evaluación en la Unidad. El médico que deriva debe rellenar una hoja de interconsulta dirigida a la Unidad de Consejo Genético y Cáncer Hereditario en la que se especifique el número de cánceres en la familia y la edad de los familiares en el momento del diagnóstico. La Unidad enviará al paciente una carta en la que se especifica la documentación que debe aportar y se le indica a qué teléfono debe llamar para solicitar la primera visita. La consulta se realiza en el Área de Consultas Externas del Hospital de Santa Maria los lunes de 10.00 a 14.00 h.

La primera visita tiene una hora de duración y la realiza la enfermera de la Unidad. Se recogen datos de la historia personal del individuo, se confecciona un árbol genealógico del mismo

BIBLIOGRAFIA

- Sukantarat K, Greer S, Brett S, Williamson R. Physical and psychological sequelae of critical illness. Br J Health Psychol 2007; 12: 65-74.
- Fauroux B, Lavis JF, Nicot F, Picard A, Boelle PY, Clément A, Vázquez MP. Facial side effects during noninvasive positive pressure ventilation in children. Intensive Care Med. 2005; 31: 965-969.
- Silvester W, Goldsmith D, Uchino S, Bellomo R, Knight S, Seevanayagam S et al. Percutaneous versus surgical tracheostomy: A randomized controlled study with long-term follow-up. Crit Care Med. 2007; 34: 2145-2452.
- Badia M, Trujillano J, Servià L, March J, Rodríguez-Pozo A. Skin lesions after intensive care procedures: Results of a prospective study. J Crit Care 2008; 23: 525-531.
- Broomhead LR, Brett SJ. Clinical Review: Intensive care follow-up – what has it told us? Crit Care 2002; 6: 411-417.
- Jones C, Hunphris G, Griffiths RD. Preliminary validation of the ICUM tool: a tool for assessing memory of the intensive care experience. Clin Intensive Care 2000; 11: 251-255.
- Jones C, Griffiths RD. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. Memory 2000; 8: 79-94.
- Badia M, Trujillano J, Servià L, March J, Rodríguez A. Recuerdos y memoria del paciente crítico a largo plazo. Desarrollo de estrés posttraumático. Med Clin 2006; 102: 90-95.
- Capuzzo M, Pinamonti A, Cingolani E, Grassi L, Bianconi M, Contu P, Gritti G, Alvisi R. Analgesia, sedation, and memory of intensive care. J Crit Care 2001; 16: 83-89.
- Boer KR, Mahler CW, Unlu C, Lamme B, Vroom MB, Sprangers MA, Gouma DJ, Reitsma JB, De Borgie CA, Boermeester MA. Long-term prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in patients after secondary peritonitis. Crit Care 2007; 11: R30.

]] y se realiza una primera valoración de riesgo. Se ofrece información hablada y escrita sobre cáncer y genética y se llevan a cabo medidas de educación sanitaria.

La segunda visita la realiza el médico. En ella se completa la información de la visita anterior, se da información sobre el riesgo de acuerdo con la historia personal y/o familiar del paciente, sobre las medidas de educación sanitaria recomendadas y sobre los métodos de prevención y cribado y se define un plan de seguimiento asistencial de acuerdo con este riesgo. Si está indicado el estudio genético, se explican sus implicaciones, se realiza una valoración psicológica y se firma el consentimiento informado.

Tras esta visita, los pacientes y sus familias quedan clasificados en:

- Riesgo equivalente al de la población general: no requieren medidas especiales ni existe evidencia de la eficacia de un programa de detección precoz diferente al de la población general. El objetivo de la Unidad sería, tras efectuar una valoración, tranquilizar a estos individuos, que pueden tener una percepción de alto riesgo de cáncer innecesaria.
- Riesgo moderado: debido a una agregación familiar de cáncer sin patrón hereditario claro, la estimación de riesgo de estos pacientes es superior al de la población general, pero, en la mayoría de los casos, no se indica la realización de estudio genético dada la baja probabilidad de encontrar una mutación. Estos individuos se podrían beneficiar de un programa de detección precoz específico ajustado a su riesgo.
- Alto riesgo: la estimación de ries-

La realización del estudio propiamente dicho se lleva a cabo en una tercera visita que tiene lugar en el Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona

La unidad ofrece consultas de seguimiento para las familias de riesgo alto y moderado

go en estos individuos es mucho mayor a la de la población general y podría estar indicada la realización de un estudio genético tras el proceso de asesoramiento genético.

La realización del estudio propiamente dicho (muestra de sangre periférica) se realiza en una tercera visita que tiene lugar en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Los trámites de derivación a dicha unidad y la cita serán gestionados por la Unidad.

El paciente recibirá posteriormente las visitas de seguimiento y comunicación de resultados en la Unidad. Si procede, recibirá en el domicilio el informe de alta, donde constarán las medidas de prevención recomendadas.

La Unidad de Cáncer Familiar ofrece consultas de seguimiento para las

familias de riesgo alto y moderado. No obstante, dichas familias reciben en su domicilio un informe de alta en el que se especifican las medidas de prevención primaria y secundaria recomendadas en esa familia en función de su riesgo.

Las pruebas genéticas actualmente disponibles para el estudio de genes de predisposición hereditaria se pueden clasificar en:

1. Familias con síndromes hereditarios bien definidos, en las cuales un resultado positivo o negativo del estudio genético influirá en la decisión médica posterior y para las cuales está indicada la realización de un estudio genético.

- Poliposis colónica familiar.
- Neoplasia endocrina múltiple II.
- Retinoblastoma.
- Síndrome de Von Hippel-Lindau.

2. Síndromes hereditarios en los que la identificación de un portador puede revertir en un beneficio clínico. El resultado positivo o negativo puede tener consecuencias médicas y psicológicas importantes.

- Cáncer de colon hereditario no polipósico (síndrome de Lynch).
- Síndrome de mama y ovario.
- Síndrome de Li-Fraumeni.
- Neoplasia endocrina múltiple I.

3. Síndromes en los que el beneficio clínico de la determinación genética no está establecido.

- Melanoma hereditario.
- Ataxia telangiectasia.
- Neurofibromatosis.

Dra. Elena Aguirre, Teresita Martí y Tere Mas

Unidad de Consejo Genético y Cáncer Familiar. Hospital Arnau de Vilanova y Hospital de Santa Maria

El doctor Combelles

Josep Oriol Combelles i Navarra, fill de Josep Combelles i Joaquina Navarra, va néixer a Barcelona el 1841 i va morir a Lleida el 25 d'octubre del 1897, als 56 anys, a la seva casa del carrer de Cavallers número 6, d'una invaginació intestinal (còlic *miserere*) diagnosticada pel doctor Robert.

Va estar casat en primeres núpcies amb Raimunda Laborda, de Barcelona, i en segones núpcies amb Concepció Bergós, de Lleida. Josep, un dels fills del segon matrimoni, va anar com a metge a la Guerra de Cuba i un altre fill, militar, va ser el pare de Pilar Combelles, muller de l'oftalmòleg de Lleida doctor Calvet.

L'avi matern del doctor Combelles, Josep Oriol Navarra, va ser metge cirurgià de Barcelona.

El doctor Combelles es va llicenciar a Barcelona i va fer el doctorat a Madrid, com era preceptiu en la seva època.

Va ser alcalde de Lleida des del 16 d'agost del 1877 al 25 d'octubre del 1878, període inclòs dins de l'anomenada època de la Restauració, iniciada el 1875, un cop acabada la tercera Guerra Carlina. Regnava Alfons XII († 1885).

El 16 d'agost del 1877, el doctor Combelles va presidir la sessió de l'ajuntament com a alcalde interí accidental. Una real ordre de 15 de setembre contenia l'admissió de la dimissió de l'alcalde Camil Boix i Ibarz.

Va ser en la sessió del 21 de novembre quan el doctor Combelles es va possessionar del càrrec d'alcalde president per nomenament reial.

En la sessió municipal del 25 d'octubre del 1878, l'alcalde Combelles va comunicar que pel fet d'haver estat elegit i proclamat diputat provincial pel districte de Cervera, càrrec incompatible amb els de conseller i alcalde, havia renunciat a aquests últims. Per això va presentar la dimissió i va demanar que fos admesa.

Aquell mateix dia, a la tarda, el rei Alfons XII va ser víctima d'un atemptat quan tornava de la cort després d'haver passat revista a l'exèrcit del nord i d'haver visitat les seves províncies. Tres dies després, en la sessió municipal del 28 d'octubre, es va dur a terme un solemne tedèum en acció de gràcies pel fet que el monarca hagués sortit il·lès de l'atemptat.

El doctor Combelles també va ser vicepresident de la Diputació.

La personalitat polifacètica del doctor Combelles

La seva tasca com a epidemiòleg. En la seva època d'alcalde, un problema sanitari de molta importància era el de



Doctor Josep Oriol Combelles i Navarra, primer president del COMLL

la verola. El doctor Combelles va informar que els facultatius de Beneficència havien començat a vacunar. Però volia que s'adquirissin tres paquets de cristalls de limfa procedents de l'Institut Mèdic Valencià, amb la finalitat de comparar els resultats d'aquests amb el dels tubs que s'havien utilitzat. En la sessió municipal del 23 d'agost del 1878, es va acordar adquirir l'esmentada limfa valenciana.

El mateix dia, a iniciativa de l'alcalde i amb l'objectiu d'atendre com més aviat millor les urgents necessitats de salubritat pública, es va aprovar la constitució de la Junta Local de Sanitat, que van compondre, com a

president, el doctor Combelles, i com a vocals, els doctors Sebastià Aran Planella i Carles Mostany Castanera i Antoni Abadal Grau, Joan Blavia Codolosa, Manuel Perenya Puente, Josep Sol Torrens i Agustí Biscarri Soteres.

El doctor Combelles va destacar en la lluita contra el còlera de l'estiu del 1885, juntament amb els doctors Francesc Fontanals Araujo i Marià Torres Castellà, pare del metge Humbert Torres. En aquell temps perdurava encara l'antiquíssima fe en la protecció divina contra les epidèmies. Per aquest motiu, el 30 d'agost es va fer una extraordinària processó presidida]]]

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà.

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

]] pel bisbe Costa Fornaguera, amb la imatge de la marededéu de l'Acadèmia (verge blanca), actual patrona del col·legi Episcopal. Es va dir que des d'aquell dia va minvar molt l'epidèmia, que es va esfumar del tot a finals de setembre.

En el ple de la Diputació del 3 de novembre d'aquell any, es va agrair amb un emotiu record la tasca dels metges que van actuar en la lluita contra el còlera, com el doctor Combelles i, sobretot, el doctor Francesc Fontanals, el millor epidemiòleg que ha tingut Lleida després de Jaume d'Agramunt.

La marededéu de l'Acadèmia i el cor de plata daurada que agafa amb la mà dreta ja havia estat votada arran del deslliurament de Lleida de l'epidèmia de còlera del 1865, que no va afectar la ciutat. Com a acció de gràcies, el director de l'Acadèmia Mariana, el senyor Escolà, va encarregar l'escultura.

La seva tasca com a catedràtic de l'Institut de Segon Ensenyament. El 1840, amb la Universitat de Cervera ja tancada i la pèrdua de les rendes amb què el Seminari de Lleida mantenia diversos ensenyaments i molts estudiants, els lleidatans van reivindicar la instrucció pública, que, com és obvi, es trobava en una situació molt lamentable.

El mateix any, l'Ajuntament va sol-

Legal a Barcelona), un altre cop el doctor Manuel la Rosa Ascaso, el metge Josep Oriol Combelles i Navarra (catedràtic de Matemàtiques) i el doctor Victorià Joldi Escobar.

El doctor Combelles va ser director i catedràtic per oposició i va deixar escrites, entre d'altres, dues memòries sobre l'estat de l'Institut durant els cursos 1879-1880 i 1891-1892. L'any 1880 va treballar per a la millora del saló d'actes de l'edifici del Roser, seu de l'Institut.

Quan, el 1868, es va enderrocar l'església de Sant Joan, es va trobar en una de les tombes de l'edifici una mòmia, que es va traslladar al gabinet de biologia que Nadal Meroles havia creat a l'Institut. Més tard, a petició del doctor Combelles i amb la finalitat d'assegurar-ne la conservació, en la sessió del ple de la Diputació del 3 de novembre del 1882 es va acordar la cessió del cadàver a la Societat Antropològica Espanyola de Madrid.

El doctor Combelles, com a alcalde, en la sessió de l'ajuntament del 24 de maig del 1878, va donar suport a la idea que la càtedra de dibuix de l'Institut s'havia de conservar de forma permanent, sobretot pels beneficis que reportava a la classe obrera. Aquesta càtedra era mantinguda per la Diputació i pel municipi amb l'aportació de cinc-centes i mil pessetes a l'any, respectivament.

remeis farmacològics efectius contra les malalties mentals. Només s'atenien els malalts molt greus, l'agressivitat dels quals no es podia contenir dins del nucli familiar.

El 30 de novembre del 1877, la Diputació va proposar a l'Ajuntament que li cedís la part baixa de l'edifici que havia estat convent dels caputxins, casa bastida cap al 1586 al puig Bordell i coneguda posteriorment com "la casa de bojós". Li era absolutament indispensable per custodiar provisionalment els dementos fins que es presentés l'ocasió de poder-los traslladar al manicomi de Sant Boi, on feien cap tots els de la província.

Malgrat que la Diputació es va comprometre a retornar l'edifici a l'Ajuntament, com ja s'havia fet en una altra ocasió, aquest no va poder atendre la petició perquè el local estava ocupat amb efectes propis del municipi i no en tenia cap altre de disponible; a més, la idea de l'Ajuntament era destinar-lo a una presó pública.

El 2 d'abril del 1878, l'estament militar va demanar a l'Ajuntament que li facilités la quadra que hi havia a la "casa de bojós" per col·locar-hi la força que s'havia d'incorporar, amb la finalitat d'evitar les malalties que patien els cavalls a causa de l'estretor en què vivien aleshores.

El 10 d'abril, l'Ajuntament li va respondre que l'esmentada quadra, que era

al suprimit departament de dementos annex a l'exconvent dels caputxins, en la major part ruïnós, no es podia cedir amb aquesta finalitat. Però atenent als motius amb què es fonamentava la petició, hi va accedir amb la condició que el coronel del regiment es comprometés a desocupar el local quan l'Ajuntament el necessités per als seus usos o bé per construir-hi la presó.

Com hem llegit en les sessions municipals del 26 d'abril i del 31 de maig del 1878, el 22 d'abril es va encetar una discussió sobre l'assumpte i com que alguns consellers es preguntaven si l'edifici podria resultar danyat pel fet que la quadra semblava que estava construïda sobre una volta, es va resoldre demanar un informe al mestre d'obres, que va ser favorable a la cessió de la quadra perquè en altres ocasions ja s'havia emprat per al mateix ús.

Però, al cap de poc temps, el coronel del regiment va manifestar que la quadra no reunia les condicions necessàries per allotjar els poltres i va demanar que en el seu lloc li cedissin la del dipòsit, amb més capacitat i situada davant de la presó. En la sessió municipal del 21 de juny es va acordar cedir-li la quadra de l'antic parc com demanava.

Finalment, després d'aquestes vicissituds, el 19 de juliol es va cedir la planta baixa de l'antic edifici dels

Al seu temps no es disposava de remeis farmacològics efectius contra les malalties mentals. Només s'atenien els malalts molt greus que no es podien contenir al nucli familiar

Combelles formava part de la comissió mixta encarregada de fer les inspeccions mèdiques als quintos

De vegades, el facultatiu certificava sense emetre cap diagnòstic concret

caputxins a la Diputació per poder-hi allotjar els dementos de la província fins que es traslladessin a l'establiment de Sant Boi de Llobregat. Però la cessió només va durar fins al 27 de setembre, perquè l'Ajuntament va acordar que s'hi allotgessin les forces de guàrdia municipal i rural.

L'abril del 1882, uns mesos abans que la doctora Martina Castells defensés la seva tesi doctoral, el doctor Combelles va fer una inspecció al manicomi de Sant Boi per poder explicar el grau d'atenció que rebien els 38 dementos de Lleida que hi estaven ingressats. El 28 de juliol va presentar una memòria de les seves observacions i va explicar que, tot i que estaven ben alimentats, en realitat no rebien assistència psiquiàtrica, sinó simplement la mèdica de rutina quan estaven malalts. Aquest fet ens demostra la simple funció de dipòsit dels establiments d'aquesta classe.

El doctor Combelles com a inspector mèdic dels quintos. En la sessió del 21 de març del 1877, poc després que s'acabés la tercera Guerra Carlina (1872-1876), el doctor Combelles va ser nomenat funcionari tècnic de la Diputació i, com a tal, formava part de la comissió mixta de reclutament constituïda per diputats i metges i encarregada de fer les inspeccions mèdiques dels quintos. Quan va morir, el 25 d'octubre del 1897, el va succeir en aquest càrrec el doctor Camil Castells, company de lluita en la creació del Col·legi de Metges.

Una de les causes d'exempció que s'al·legaven era la de ser fill de pare malalt, incapaç de mantenir la família. Hem vist alguns casos de certificats emesos amb el diagnòstic d'hèrnia inguinal del pare del quinto, en què van intervenir els metges cirurgians Francesc Inglés, Lluís Roca Florejachs, Marià Pérez Dalmau, Carles Mostany, Tomàs Casals Ibarz i Màxim Josa Alzamora.

En un altre cas d'aquest tipus, es va certificar que el pare del quinto era propens a violents accessos de sufocació, especialment després de treballs sostinguts, fet que li impedia dedicar-se a cap ocupació corporal i guanyar prou diners per al seu manteniment i el de la seva família. Hi van intervenir els metges Lluís Roca Florejachs, Tomàs Casals, Anastasi Florensa Rosset i Marià Pérez Dalmau.

De vegades, el facultatiu certificava sense emetre cap diagnòstic concret, com hem vist en el cas del cirurgià Evaristo Gaspar, que va certificar que li constava que el pare del mosso patia una malaltia pel fet de conèixer-lo des de feia bastant temps i d'haver-li prestat auxili en diverses ocasions.

Un cas controvertit va ser el d'un mosso que va adquirir que mantenia el seu pare, Miquel Filella Vidal, que estava impedit per treballar i garantir]]]

Combelles va destacar en la lluita contra la còlera de l'estiu de 1885, amb els doctors Francesc Fontanals i Marià Torres, pare del metge Humbert Torres

La custòdia i atenció dels malalts mentals depenia de la Diputació i Combelles n'era funcionari tècnic

licitar al Govern la creació d'un Institut de Segon Ensenyament. Però la petició no va ser atesa. Es va haver d'esperar fins a l'any següent, quan entre l'Ajuntament i la Diputació van aconseguir que el Govern d'Isabel II creés l'Institut (Reial Ordre de 10 de setembre). Però aquest no es va poder obrir fins al novembre del 1842, data en què es va obtenir la cessió del convent dels dominics com a centre educatiu.

En la tasca de creació de l'Institut va destacar el metge Jaume Nadal Meroles, que era diputat.

Els directors que van tenir la institució van ser el doctor Josep Castells Miralvés (prevere), el metge Jaume Nadal Meroles, el doctor Manuel la Rosa Ascaso, un altre cop Jaume Nadal Meroles, el llicenciat Miquel Ferrer i Garcés (germà del doctor Ramon Ferrer i Garcés, catedràtic de Medicina

Gairebé paral·lelament, l'Hospital de Santa Tecla de Tarragona va tenir entre la seva nòmina de metges un altre lleidatà, fill de Talarn. Era el doctor Antoni Mir Casases (Talarn, 1830-Tarragona, 1888). Aquest metge, com el doctor Combelles a Lleida amb l'assignatura de Matemàtiques, va ser catedràtic numerari d'Història Natural, Fisiologia i Higiene de l'Institut Provincial de Tarragona (1869) i director d'aquest institut el curs 1873-1874. També va exercir de metge director dels banys de Sant Vicent i de Caldes de Boí, tots dos de Lleida.

La seva tasca en l'àmbit de la psiquiatria. Combelles va treballar en l'àmbit de la psiquiatria pública. La custòdia i l'atenció dels malalts mentals depenia de la Diputació i el doctor Combelles n'havia estat nomenat funcionari tècnic.

Al seu temps no es disposava de



Medalla de l'Institut de Segon Ensenyament de Lleida

» la seva subsistència i la de la família a causa d'una ceguesa. També havia d'ajudar a mantenir tres germans. Però un altre mosso no hi estava d'acord perquè sabia que la mare tenia prou recursos per mantenir-se per si sola, sense l'auxili del fill, i que, a més, el pare cec guanyava prou per viure amb les seves cibles. Estava segur que hi veia bé per transitar pertot arreu. Un altre interessat va confessar que el cec hi veia prou bé per caminar pels carrers sense pigall i, fins i tot, per desplaçar-se als pobles veïns. Un tercer interessat va dir el mateix que els anteriors i va demanar que el cec fos reconegut. L'Ajuntament va acceptar i va disposar que fos examinat pels doctors Frederic Castells Balespí i Marià Pérez Dalmau, que, després d'un detingut examen, van certificar la ceguesa.

Una malaltia que s'al·legava, sobretot per la seva espectacularitat, era l'epilèpsia. Aquesta afecció pertanyia a les que s'havien de provar per la via de la notorietat pública. N'hi havia prou que el pare del mosso aportés testimonis que haguessin presenciat els accessos convulsius del seu fill. En un d'aquests casos, un dels testimonis va ser l'espardenyer Ramon Reales Salvadó, del carrer del Clavell n. 17, que va manifestar que coneixia el mosso des de feia alguns anys i que en feia quatre que el jove treballava al seu taller. Per això sabia que tenia atacs de convulsions o accidents forts, durant els quals queia esvaït i quedava impossibilitat, i que després, un cop acabat l'atac, es quedava molt trist. Va afegir que no sabia quina malaltia era, però que el metge havia de visitar-lo i que en diverses ocasions havia hagut de fer llit.

L'1 de març del 1878, a proposta del doctor Combelles, es va resoldre pagar els metges que van practicar els reconeixements dels quintos. Aquests metges, que sempre intervenien per parelles, eren els doctors Carles Mostany i Anastasi Florensa, Lluís Roca Florejachs i Màxim Josa, Anastasi Florensa i Marià Pérez, Lluís Roca i Marià Pérez, Marià Pérez i Frederic Castells i, finalment, Màxim Josa i Lluís Roca Florejachs.

Uns mesos abans de morir el doctor Combelles, un reial decret de febrer de 1897 va reglamentar aquestes inspeccions mèdiques dels quintos. Es va ordenar que per a cada comissió mixta de reclutament s'havia de nomenar un metge civil i un de suplent. Segons el ministeri, el decret era necessari per tallar els casos de corrupció que es produïen quan els reconeixements es feien per torns rotatoris entre els metges de la capital. A Lleida es va convocar de seguida una junta general per discutir els preceptes legals del decret. El president del Col·legi, Joaquim Banyeres i Melcior, va considerar que l'ordre trepitjava els inte-

El doctor Combelles va ser alcalde de Lleida des del 1877 fins al 1878, durant la Restauració

Combelles va ser el primer president del Col·legi de Metges de Lleida

ressos dels metges, ja que fins llavors el sistema de reconeixement de les lleves era rotatori. Es va decidir escriure al Govern per comunicar-li els desavantatges del nou procediment i instar-lo a invalidar el decret.

El Col·legi de Lleida va ser capdavanter a promoure un moviment d'oposició arreu de l'Estat. Es va escriure a diversos col·legis de metges per demanar-los que s'adherissin a la proposta. Al cap de poc temps ja eren més de trenta els col·legis que s'hi havien adherit i la campanya va adquirir un gran ressò per tot l'Estat. Però el Reial Decret va tirar endavant i a Lleida, en el concurs per ocupar la plaça de metge civil de la comissió mixta, es va elegir el doctor Combelles i, com a suplent, el doctor Camil Castells.

El doctor Combelles, primer president del Col·legi de Metges. No va ser fins a les acaballes del segle XIX que es va produir un canvi real en l'exercici mèdic. Va ser aleshores quan es va iniciar la modificació de l'organització de la professió i van aparèixer els noms d'alguns metges capdavanter en l'àmbit de la direcció mèdica, entre ells el doctor Combelles.

Fins llavors gairebé no trobem sanitaris destacats a Lleida. Havia predominat el protagonisme dels organismes controladors de l'exercici (Junta Corregimental de Sanitat, Juntas Locals de Sanitat i Beneficència, etc.) sense que sobresortissin les persones individuals. Aquest ambient excessivament dependent dels poders polítics, propi del segle XIX i que ara es repeteix amb encara més intensitat i complicació, es va anar esvaïnt fins a arribar a la col·legiació independent. Lleida va ser capdavantera en aquest àmbit si tenim en compte que el 1886, tres anys abans que a Barcelona, hi va tenir lloc la reunió preparatòria de la qual va sorgir el primer Col·legi de Metges no obligatori del país, impulsat pel doctor Camil Castells i Balespí i presidit pel doctor Combelles. La institució va rebre el nom de Colegio Médico-Quirúrgico i va continuar amb el mateix president fins al 1894, quan va ser substituït pel doctor Joaquim Banyeres i Melcior.

El 31 de maig del 1886 es va celebrar una assemblea de la classe mèdica de Lleida convocada pel subdelegat de Medicina i Cirurgia de la ciutat, a la qual van assistir la pràctica totalitat dels metges de la capital. El doctor Camil Castells va exposar els avantatges que reportaria a la classe mèdica la fundació d'una entitat que servís de base als drets dels professionals, que constituís el més legítim camí d'unió i que fos, al mateix temps, centre d'il·lustració dels avenços científics de l'època. La idea va ser aprovada per unanimitat i es va nomenar la primera junta de govern de l'entitat, presidida pel doctor Combelles.

Les sessions d'aquest primer Col·legi de Metges es van celebrar al número 71 del carrer Major, en un local cedit per l'Associació Excursionista llerdanesa. El seu òrgan oficial de difusió va ser el Boletín Clínico, primera publicació mèdica lleidatana (1886-1889). Després el va substituir, el 1895, dos anys abans de la mort del doctor Combelles, la Unión Médica, dirigida pel doctor Joan Llorens i Fàbrega. Aquest mateix any va canviar la junta directiva i el doctor Joaquim Banyeres i Melcior va substituir el doctor Combelles en el càrrec de president. La seu del Col·legi es va traslladar al segon pis del número 22 de la plaça de la Constitució.

Anys enrere, en la sessió de la Diputació del 25 de juny del 1875, es va posar sobre la taula l'estat de penúria en què es trobava la lactància dels expòsits (nens abandonats i dipositats a la Inclusa, on eren alimentats per les dides), sobretot per la manca de dides. Més tard, en la sessió de la mateixa institució del 29 de desembre del 1882, el doctor Banyeres va demanar poder fer experiments d'embalsament amb cadàvers morts a la Inclusa, però la Diputació s'hi va oposar i entre els opositors hi havia el doctor Combelles.

**Manuel Camps Surroca
Manuel Camps Clemente**

ARXIU CONSULTATS

Arxiu Municipal de Lleida.
Arxiu de la Diputació de Lleida.

BIBLIOGRAFIA

Altisent Jové, Juan B. La Pontificia y Real Academia Bibliográfico-Mariana de Lérida. Segunda edición. Lleida: Imprenta Mariana; 1953.
Adserà Martorell, Josep. El doctor Juan Vives Rubio, primer médico residente del Hospital de Tarragona (1802-1809). IV Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Poblet-Tarragona, juny del 1985.

Camps Clemente, M; Camps Surroca, M. Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida. Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida. 2003

Concursos Artístics per a Metges

Novena edició

Poesia | Narrativa breu | Dibuix i Pintura | Fotografia

La convocatòria està oberta a tots els metges col·legiats de Catalunya i els seus cònjuges.

El veredictes el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat, el dia 19 de maig de 2009 a les 18 h, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

El Jurat Qualificador l'integraran persones de prestigi en les arts convocades. S'atorgaran dos premis per cada especialitat: *Tritó* de Plata a les obres guanyadores *Tritó* de Bronze a les obres finalistes.

Els premis que s'atorguen, *Tritó* de Plata i *Tritó* de Bronze, són obra d'Eusebi Arnau –escultor– i Lluís Masriera –joier–, grans artistes representatius del modernisme català.

Organitza:
Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA



Dependència

Assegurança Integral de Renda Vitalícia

Actualment, algunes malalties o els accidents de trànsit han generat al nostre país més d'un milió de casos de dependència. Com a metge, vostè coneix bé les repercussions familiars i personals que aquesta situació genera.

Mutual Mèdica és l'única entitat que li garanteix el suport necessari, en tots els graus de dependència (gran, severa i moderada), amb una renda vitalícia i altres serveis complementaris. Truqui'ns ara i li donarem els detalls.



MutualMèdica

De metge a metge