

Resúmenes

- 1.** Bauman KE, Foshee VA, Ennett ST, Hicks K, Pemberton M. Material relacionado con la familia: Programa diseñado para prevenir el uso del alcohol y el tabaco en el adolescente. (Family matters: a family-directed program designed to prevent adolescent tobacco and alcohol use). *Health Prom Prac* 2001; 2(1):81-96. BMN
-

Se describe un programa diseñado para reducir el uso del alcohol y el tabaco en el adolescente. Dicho programa fue obra de educadores de salud, el cual es presentado en forma de folletos y contactos de seguimiento por teléfono y está dirigido a la población en general y se evalúa con un experimento aleatorizado que involucra a las familias en todos los estados adyacentes de los Estados Unidos. Las consideraciones incluyen una descripción de los principios que influyeron en las características del programa, el modelo conceptual para el programa, la investigación formativa realizada para diseñar el programa, los atributos del programa final según su implementación a nivel nacional para 658 familias, valoración de los padres acerca del programa, costos de éste y el diseño de evaluación.

- 2.** Bravo JM, Bravo Abad F. Consumo moderado de vino en la dieta: nutrición y salud. *Alimentaria* 2000; (310):19-22. BMN
-

El consumo moderado de vino, en la dieta ordinaria, contribuye al valor nutritivo de ella debido a su aportación en calorías útiles, a su alto contenido en propanotriol libre, molécula componente de triacilglicéridos (lípidos de reserva) y de fosfoglicéridos (lípidos anfipáticos), estos últimos compuestos fundamentales del sistema de endomembranas de la célula, a su carácter tónico-digestivo y a la buena biodisponibilidad de sus componentes, algunos con actividades farmacológicas muy significativas.

- 3.** Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Lauster MH. Remisión de los trastornos del alcohol en pacientes de la atención primaria. (Remission of alcohol disorders in primary care patients). *J Fam Pract* 2000; 49(6):522-8. BMN
-

Los trastornos por el consumo de alcohol (AUDs) son predominantes en poblaciones de pacientes de la atención primaria. Muchos pacientes de la atención primaria con AUDs pueden eliminar sus trastornos sin tratamiento formal. Un entendimiento de los factores que predisponen los pacientes a la remisión puede ayudar a los médicos de la atención primaria a proporcionar breve orientación eficaz para aquellos que tienen trastornos que van de ligeros a moderados y recomendar tratamiento formal más eficazmente para otros. Un total de 119 pacientes de la atención primaria que reunían todos los requisitos, seleccionados

aleatoriamente, y que presentaban abuso o dependencia del alcohol en remisión (según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, tercera edición, revisada) participaron en una entrevista telefónica semiestructurada. De los sujetos, el 59,7% eran mujeres, el 50,4% había sido dependiente del alcohol, el 66,3% tomó una decisión consciente de modificar su consumo de bebidas y el 62,1%, que incluía al 54,2% de los sujetos dependientes del alcohol, moderó su consumo de bebidas sin llegar a la abstinencia. Cuestiones familiares, emocionales y médicas, muy a menudo aceleraron el consumo reducido de bebidas. Casi un tercio de los sujetos consideró útiles las estrategias y reglas específicas para reducir su consumo de bebidas y muchos citaron circunstancias que ayudaron o entorpecieron sus esfuerzos. Sólo el 10,9% tuvo tratamiento formal por el consumo de alcohol. Una proporción significativa de los pacientes con AUDs redujo sus trastornos sin tratamiento formal. La abstinencia puede no ser necesaria para un subgrupo de pacientes dependientes. Al orientar a los pacientes que tienen AUDs activos, se aconseja a los clínicos de la atención primaria que orienten a los pacientes acerca de razones psicosociales y médicas para controlar el consumo de bebidas, promuevan el establecimiento de normas respecto al consumo de bebidas, ayuden a los pacientes a evitar circunstancias que desencadenen el consumo de bebidas y que respalden los intentos de los pacientes por moderar la acción de beber en vez de abstenerse. Las entrevistas motivacionales (terapia de mejora motivacional) puede proporcionar un marco útil para tal orientación.

4. Calverol Llauradó T. Atención a las necesidades educativas especiales de los alumnos con discapacidad física en los institutos de enseñanza secundaria de la ciudad de Barcelona. *Apunts Educ Fis Deport* 2000; (60):37-44. BMN

El presente artículo presenta los resultados y las conclusiones del trabajo de investigación llevado a cabo durante el curso 98/99. La realización de este trabajo fue posible gracias a una licencia para estudios concedida por el Departament de Ensenyament de la Generalitat de Catalunya (DOGC núm.: 2622 de 20.4.1998). El trabajo consistió en investigar, en los diferentes institutos de enseñanza secundaria (IES) de la ciudad de Barcelona, cómo se estaba atendiendo a los alumnos de ESO con discapacidad física y sensorial, dentro del área de Educación Física. Se realizaron visitas a los diferentes centros donde había alumnos con discapacidad, y se realizaron entrevistas a los profesores de Educación Física y a los mismos alumnos, con el fin de dar su opinión con respecto a esta problemática. A continuación se mantuvieron una serie de conversaciones con 8 especialistas en actividades físicas adaptadas y en integración. Finalmente, se hace una serie de propuestas con el fin de solucionar los problemas que existen cuando se integra un alumno con discapacidad física y/o sensorial en un centro ordinario y, en particular, dentro del área de Educación Física.

5. Cameron R, Jolin MA, Walker R, McDermont N, Gough M. Vínculo entre la ciencia y la práctica: Hacia un sistema que permita que las comunidades adopten las mejores prácticas para la prevención de las enfermedades crónicas. *Health Prom Prac* 2001; 2(1):35-42. BMN

Se describe el desarrollo de un sistema para reunir y valorar las mejores prácticas de promoción de la salud basadas en la comunidad. Los componentes claves del sistema son: un protocolo para identificar las prácticas meritorias, criterios para valorar esas prácticas y un

método de valoración. Se utilizó un proceso informador clave para identificar las intervenciones y se efectuaron entrevistas para adquirir una información detallada sobre ellas. Para valorar las prácticas se desarrollaron categorías de los criterios que pertenecen a efectividad, credibilidad y factibilidad. La aplicación de los criterios originó prácticas que fueron calificadas como “mejores”, “prometedoras” o “para ser seguidas.”

- 6.** Dufour MC. ¿Qué es el consumo moderado de bebidas alcohólicas? Definir “bebidas” y niveles de consumo de bebidas alcohólicas. (What is moderate drinking? Defining “drinks” and drinking levels). *Alcohol Research Health* 1999; 23(1):5-14. BMN
-

Aunque los beneficios y riesgos asociados con el consumo moderado de bebidas alcohólicas han ganado atención creciente en años recientes por parte de investigadores y el público general, no existe definición universal del consumo moderado de bebidas alcohólicas. La mayoría de las definiciones utilizadas actualmente se basan en un cierto número de bebidas consumidas en un período específico. Definir una “bebida”, sin embargo, también es difícil, porque las bebidas alcohólicas pueden diferenciarse sustancialmente en su contenido de alcohol, incluso dentro de la misma categoría de bebida (por ejemplo, cerveza, vino, o licores destilados). Debido a que las diferencias internacionales en las definiciones de bebidas también existen, comparar estudios de países diferentes es difícil. El desarrollo de una definición universal del consumo moderado de bebidas alcohólicas es más obstaculizado por variaciones en la forma en los niveles de consumo de alcohol y los patrones de beber están siendo valorados (es decir, los métodos de investigación y los modos de valoración utilizados). A pesar de estos problemas, definiciones del consumo moderado de bebidas alcohólicas y las normas para beber se han desarrollado en los Estados Unidos y otros países.

- 7.** Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Yoon SY. Las mujeres y el tabaco: de la política a la acción. (Women and tobacco: moving from policy to action). *Bull World Health Organ* 2000; 78(7):891-901. BMN
-

En este artículo se tratan cuestiones relacionadas con el género y la lucha antitabáquica y se proponen medidas para la formulación y ejecución de políticas. Las proyecciones de la OMS para los primeros años noventa situaban la proporción de fumadores a nivel mundial en el 47% para los hombres y el 12% para las mujeres. Sin embargo, las tasas correspondientes a las mujeres están aumentando rápidamente. Los efectos perjudiciales del tabaco para la salud de la mujer suscitan inquietud. Así, en comparación con las mujeres no fumadoras, las fumadoras corren un mayor riesgo de sufrir infertilidad primaria y secundaria y dificultades para quedarse embarazadas. Las mujeres que fuman presentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y sus hijos tienen al nacer pesos inferiores al promedio. Tienen asimismo un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, entre ellas cardiopatía coronaria, ictus isquémico y hemorragia subaracnoidea. El consumo de tabaco es y ha sido principalmente una costumbre y/o adicción de los hombres, mientras que las mujeres y los niños han formado el grueso de los fumadores pasivos o involuntarios. Esto se aplica en

particular a las mujeres de los países en desarrollo de las regiones de Asia sudoriental y el Pacífico occidental, el Caribe y el Mediterráneo oriental, donde las tasas de tabaquismo entre las mujeres han sido tradicionalmente bajas en comparación con las de los hombres. El embarazo representa un período de especial vulnerabilidad para las mujeres, durante el cual la exposición al humo del tabaco puede perjudicar el desarrollo del feto. En los niños, los efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) varían a lo largo de las etapas de la lactancia, la infancia y la adolescencia. El empoderamiento de la mujer para que limite la exposición de su familia al HTA en el hogar constituye un reto para los formuladores de políticas públicas, pues ello supone enfrentarse a la desigualdad entre los sexos en la esfera privada. La industria tabacalera ha explotado la imagen de emancipación de las mujeres mediante la publicidad, el patrocinio y la promoción, actividades que están ayudando a reclutar mujeres como nuevos consumidores de tabaco. Por ejemplo, en la India, donde por razones culturales se considera en general inapropiado que las mujeres y las niñas fumen, una filial de la British American Tobacco Company lanzó en 1990 una nueva marca de cigarrillos bautizada con el nombre de "Ms" ("Sra."). Para introducirlos se organizó una promoción en gran escala, con la participación de modelos femeninas que distribuían muestras gratuitas. Las políticas económicas, al igual que las relativas a la publicidad, son fundamentales para mejorar la lucha antitabáquica. Según el Banco Mundial, el hábito de fumar provoca una pérdida neta de US\$ 200 000 millones al año, y la mitad de esa sangría afecta a países en desarrollo. En el núcleo de llamamiento para que se adopten políticas de lucha antitabáquica, basadas en particular en el aumento de los impuestos, está la perspectiva de los beneficios que se derivan de una reducción de la mortalidad y la morbilidad prematuras. El aumento del precio y otras medidas pueden ayudar a evitar millones de defunciones prematuras relacionadas con el tabaco. Además, las políticas de lucha antitabáquica son muy eficaces en relación con el costo y deberían formar parte de los paquetes básicos de atención sanitaria. Lamentablemente, a menudo no se dispone de datos específicos por sexos, lo que revela la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones económicas que tengan en cuenta ese factor. Sin embargo, se supone que los resultados de los análisis económicos son válidos tanto para las mujeres como para los hombres, aunque hay algunas diferencias entre los sexos. Así pues, una perspectiva de género nos permitirá comprender mejor las tendencias epidemiológicas, las estrategias de comercialización social, las políticas económicas y las acciones internacionales. Es necesario llevar a cabo muchas más investigaciones en función del sexo para comprender cómo afecta a las mujeres la epidemia de tabaquismo, en particular en los países en desarrollo. Y lo que es más importante, el empoderamiento y el liderazgo de las mujeres deben figurar en el centro de todos los esfuerzos de lucha antitabáquica y son esenciales para el éxito de los programas nacionales y del recientemente emprendido Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica.

8. García García I, Fleites Mestre P, Verdura Barrios T, Ledesma Rivero L, Pérez Cristiá R. Cantidad y calidad antioxidante de alimentos de origen vegetal consumidos en Cuba. *Alimentaria* 2000; (316):103-10. BMN

En estudios epidemiológicos se ha encontrado que las frutas y vegetales de la dieta pueden ser protectores contra algunas enfermedades crónicas. La cantidad y calidad antioxidante de 8 frutas, 15 vegetales, 3 leguminosas, 4 viandas (raíces tubérculos y plátano), varias bebidas y leche han sido medidas a través del contenido de fenoles totales, el *estatus* antioxidante total (TAS) y la inhibición a la peroxidación lípida en homogenato de cerebro (IC_{50}). A través de los índices elaborados $TAS \times \text{fenoles totales}$ (fenoles_1) y $\text{fenoles}_1/IC_{50}$ se encontró que los alimentos, sobre la base del peso húmedo, que reportaron mejores características

antioxidantes fueron entre las frutas: la guayaba, el mamey, el plátano fruta y la naranja; para los vegetales: la remolacha, el ajo, el berro, el aguacate y la cebolla; dentro de las legumbres: los frijoles colorados y negros; entre las viandas: el plátano maduro y verde y para las bebidas: el té y el guarapo (jugo de caña de azúcar). Ligeras variaciones fueron encontradas en el orden de las propiedades antioxidantes con relación al peso seco.

- 9.** Goldman KD, Schmalz KJ. Enfoque sobre grupos focales. (Focus on focus Groups). *Health Prom Prac* 2001; 2(1):14-9.
-

Anteriormente, se empleaba un medio investigativo de mercado para valorar las necesidades de un producto de consumo, así como las reacciones hacia nuevos productos, en la actualidad, se utilizan los grupos focales en la promoción de la salud, como parte del proceso de valoración, en particular, la valoración social, para desarrollar materiales de promoción y educacionales, por ejemplo, la valoración previa de los materiales y en la evaluación del programa, especialmente la evaluación participativa. En una estrategia de entrevista cuidadosa y profesionalmente estructurada, que los grupos de mercado emplean para valorar las percepciones, impresiones y opiniones de grupos específicos de consumidores, un grupo focal es algo que a veces se percibe en forma errónea, como una entrevista de grupo que alguien puede facilitar. Esta es una percepción impropia mayor. Los grupos focales tienen mucho que ofrecer a la promoción de la salud. Pueden utilizarse para estudiar las reacciones a nuevos materiales o a los mensajes sobre salud, identificar las barreras a los servicios, averiguar las necesidades percibidas para los servicios ampliados o de nueva promoción o proporcionar un reaprovechamiento de los programas existentes. Pueden ser un arte y una ciencia y se fundamentan en el conocimiento y habilidades que con frecuencia requieren de los servicios de un equipo y un mediador que planifican un grupo focal entrenado y experimentado.

- 10.** Hernández Vázquez FJ. El deporte para atender la diversidad: deporte adaptado y deporte inclusivo. *Apunts Educ Fis Deport* 2000; (60):46-53.
-

Introducción al deporte adaptado (breve reseña histórica, concepto, funciones, contexto...). El deporte para atender la diversidad como concepto que acoge el deporte adaptado y el deporte inclusivo. El deporte para atender la diversidad como la manifestación deportiva que atiende a las personas que no están incluidas en el ámbito social. Estas personas están asociadas a factores: físicos, psíquicos, rendimiento deportivo, socioeconómicos, étnico-culturales, etc. Por último, una clasificación orientativa sobre las diferentes personas que realizan deporte, en función de los factores asociados que presentan, y hacen que el deporte satisfaga a grupos de población heterogénea, con necesidades especiales, en sus perspectivas principales: El deporte adaptado y el deporte inclusivo.

- 11.** Hernández Vázquez FJ. La educación física, el deporte y la diversidad en Secundaria. *Apunts Educ Fis Deport* 2000; (60):6-12. BMN

Este artículo relaciona los conceptos de Diversidad, Deporte y Educación Física en el ámbito educativo y concretamente en secundaria. Introduce el concepto de diversidad como un

concepto que atiende las diferencias de personas y alumnos que no están integrados. Relacionados con este concepto debemos tener en cuenta otros, como la segregación, la discriminación y la marginación en la que determinados alumnos con necesidades educativas especiales pueden encontrarse. Para dar respuestas educativas, en el área de Educación Física, a los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros ordinarios, nos encontramos con elementos básicos curriculares como las adaptaciones curriculares y la diversificación curricular. En este sentido de mejora y propuestas educativas concretas encontramos los trabajos relacionados con los créditos variables -deporte adaptado, introducción al conocimiento del deporte inclusivo, las actividades físicas adaptadas, el análisis de las tareas adaptadas...- que pretenden optimizar la respuesta educativa a los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros ordinarios. Por último, los profesores de educación física reconocen una serie de limitaciones educativas para atender la diversidad como son: la paciencia, la tolerancia y la comprensión que son actitudes y comportamientos necesarios para con los alumnos con necesidades educativas especiales, la falta de material e instalaciones adaptadas y los aspectos didácticos son otras de las limitaciones educativas con que se encuentra el profesor de secundaria en el área de Educación Física.

- 12.** Kahan B, Goodstadt, M. Modelo para el dominio interactivo de las mejores prácticas en la promoción de la salud: Enfoque de las mejores prácticas para desarrollar e implementar una promoción de la salud. (The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion). *Health Prom Prac* 2001; 2(1):43-67.
-

Se discuten aspectos asociados con la presentación de un enfoque de las mejores prácticas para promover la salud que incluyan factores determinantes, implementación e implicaciones para los funcionarios y aquellos que toman decisiones. Se indica que la promoción de la salud y su efectividad, aumentarán mediante la adopción de un enfoque muy reflexivo hacia la práctica -uno que considere los principales factores que afectan la práctica y esté conscientemente guiado por los valores de la promoción de la salud y sus objetivos, teorías y creencias, evidencia y una comprensión del medio. Para ayudar a los funcionarios en el desarrollo e implementación de las mejores prácticas, se presenta un Modelo de Dominio Interactivo de las Mejores Prácticas en la Promoción de la Salud, la Estructura Funcional IDM y una serie de criterios acerca de las mejores prácticas. El modelo conceptual, la estructura y los criterios se fundamentan en 3 dominios (es decir, sustentación, comprensión del medio y la práctica) y subdominios afines, los cuales interactúan entre sí, dentro del contexto de los medios inmediatos y más amplios.

- 13.** Klatsky AL. Consumo moderado de bebidas alcohólicas y riesgo reducido de enfermedad cardíaca. (Moderate drinking and reduced risk of heart disease). *Alcohol Research Health* 1999; 23(1):15-24.
-

Aunque los grandes bebedores están en riesgo incrementado de algunas enfermedades cardíacas, los bebedores moderados están en riesgo más bajo de la forma más común de enfermedad cardíaca, la enfermedad de la arteria coronaria (CAD), que los grandes bebedo-

res o los abstemios. Esta asociación ha sido demostrada en estudios epidemiológicos a gran escala de muchos países. Los abstemios pueden compartir rasgos potencialmente relacionados con el riesgo de CAD, tales como características psicológicas, hábitos dietarios y patrones de ejercicio físico. No obstante, la evidencia respalda un efecto protector directo del alcohol, incluso después que los efectos han sido ajustados por la presencia de estos factores. La relación alcohol-CAD también es independiente del estado de riesgo hipotéticamente incrementado entre los abstemios que dejaron de beber por razones médicas. Todas las bebidas alcohólicas protegen contra la CAD, aunque alguna protección adicional puede ser atribuible a rasgos personales o patrones de consumo de bebidas alcohólicas entre personas que comparten algunas preferencias de bebidas o a ingredientes no alcohólicos en bebidas específicas. El efecto protector del alcohol puede provenir de alteraciones favorables en la química sanguínea y la prevención en la formación de coágulo en las arterias que distribuyen sangre hacia el músculo cardíaco. Debido a que la CAD es responsable de una gran proporción de mortalidad total, el riesgo de muerte por todas las causas es ligeramente inferior entre bebedores moderados que entre abstemios, pero los grandes bebedores están en riesgo de mortalidad total considerablemente más alto.

- 14.** Lytle LA, Perry Ch L. Aplicación de la investigación y la teoría en la planificación de un programa: Un ejemplo a partir de una intervención sobre Educación Nutricional. (Applying research and theory in program planning: an example from a nutrition education intervention). *Health Prom Prac* 2001; 2(1):68-80.
-

Los profesionales de la salud pública a menudo escuchan que las intervenciones efectivas se basan en la teoría y se trazan a partir de la práctica y la investigación. Sin embargo, hacer funcionable esta integración de la teoría, la investigación y la práctica, para desarrollar un programa concreto que sea aplicable a las comunidades, constituye una tarea difícil que muchos funcionarios consideran mal preparadas para cumplir. Se describen los pasos y procesos utilizados en el diseño de un estudio acerca de la Alimentación del Adolescente en busca de Energía en las Escuelas (TEENS), un programa de educación nutricional basado en la escuela. El objetivo de TEENS es aumentar la ingestión de frutas, vegetales y alimentos con bajo contenido de grasa en los estudiantes de preuniversitario, para reducir su futuro riesgo de cáncer. En este artículo, se describe un proceso de 10 etapas para crear programas de cambio conductual en cuanto a la salud. Se utilizan ejemplos a partir de TEENS y se ilustra la forma en que una intervención muy concreta basada en la comunidad, es desarrollada a partir de la teoría conductual, la investigación y el conocimiento de la práctica y el objetivo escogido.

- 15.** Matallana MC, Pérez Rodríguez ML, Hernández Ledesma B, Olives Barba A. Estudio del contenido de nitratos, nitritos y vitamina C en productos hortícolas de cultivo ecológico (zanahoria, remolacha y patata). *Alimentaria* 2000; (316):111-17. BMN
-

Se ha determinado el contenido de nitratos y nitritos por técnicas espectrofotométricas y la vitamina C por espectrofluorimetría, en zanahoria (*Daucus carota*), remolacha (*Beta vulgaris*), patata (*Solanum tuberosum*), procedentes de cultivo ecológico, comercializadas a granel y

obtenidas en varios comercios especializados de Madrid y en una finca experimental de Alcalá de Henares. Los resultados obtenidos indican que no se han encontrado nitritos en ninguna de las muestras analizadas, y se presentan valores homogéneos de nitratos entre los diferentes lotes de un mismo vegetal. La vitamina C mostró diferencias significativas en su contenido según la procedencia en el caso de la remolacha. En cambio, en las otras hortalizas no se observaron dichas diferencias; sin embargo, sí se presentaron en el caso de los nitratos.

- 16.** Mc Michael AJ. La salud y el entorno urbano en un mundo cada vez más globalizado: problemas para los países en desarrollo. (The urban environmental and health in a world of increasing globalization: Issues for developing countries). Bull World Health Organ 2000; 78(9):1117-26. BMN
-

El modo de vida urbano es la piedra angular de la ecología humana moderna. En todo el mundo, las ciudades se han multiplicado y extendido rápidamente a lo largo de los 2 últimos siglos. Las ciudades son fuente de creatividad y tecnología y motores del crecimiento económico. Sin embargo, también son fuente de pobreza, desigualdades y peligros medioambientales para la salud. Durante mucho tiempo, las poblaciones urbanas han servido de incubadora y vía de entrada para las enfermedades infecciosas. Y en particular las poblaciones urbanas de los países en desarrollo corren en general un doble peligro, pues están expuestas tanto a los riesgos tradicionales, desde las enfermedades diarreicas a las infecciones respiratorias, como a los peligros modernos, físicos y químicos, que traen consigo una industrialización mal regulada, unas viviendas en malas condiciones, el tráfico y la violencia social. La primera fase de la industrialización, caracterizada por un crecimiento no planificado de las ciudades y por la economía del *laissez-faire*, ha dado paso a la gestión colectiva del entorno urbano. Esto ha sucedido como respuesta al deterioro del entorno paralelamente al aumento de la alfabetización, el desarrollo de gobiernos democráticos y el crecimiento de la riqueza. En muchos países de ingresos bajos este proceso es más lento debido a las presiones y las prioridades anticorporativas de la globalización económica. Existen 3 vías principales mediante las cuales el entorno urbano afecta la salud humana. La primera son los cambios sociales que entraña la urbanización y el modo en que dichos cambios inciden en los riesgos comportamentales para la salud. Estos cambios afectan a los hábitos de alimentación, a la actividad física, los comportamientos adictivos, la conducta sexual y diferentes tipos de compromisos sociales. También varían los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, algunos cánceres, infecciones de transmisión sexual y problemas de salud mental. La segunda vía tiene que ver con el entorno físico urbano y sus diversos riesgos microbiológicos y de toxicidad. Además del riesgo tradicional que suponen las enfermedades infecciosas para los pobres de las zonas urbanas, el entorno urbano también esconde diversos peligros fisicoquímicos, como por ejemplo la exposición al plomo (a través del aire, la tierra y el agua), la contaminación del aire, los peligros del tráfico y la amplificación que de las olas de calor provoca la bóveda térmica urbana. La tercera vía guarda relación con el impacto medioambiental a gran escala de las poblaciones urbanas modernas; la perturbación de los sistemas de la bioesfera necesarios para la vida provoca riesgos para la salud a más largo plazo. Esto coincide con la globalización social, política y

económica general imperante en la mayor parte del mundo, que a su vez crea nuevas dependencias para los países más pobres, los cuales están luchando por competir en el mercado mundial. Las deficiencias resultantes en lo tocante a la calidad del entorno laboral y a la protección medioambiental, así como el recrudecimiento de las disparidades en materia de ingresos, tienen consecuencias para la salud de la población. Debido al aumento del número de consumidores y de sus expectativas, las ciudades contribuyen enormemente a las presiones a gran escala que sufre la biosfera, en particular al cambio climático. El mundo desarrollado urbanizado, que cuenta con una quinta parte de la población mundial, produce unas tres cuartas partes de todas las emisiones de gases termoactivos de origen humano. La contribución de las poblaciones urbanas de los países en desarrollo a ese fenómeno está aumentando rápidamente, aunque en la mayoría de los casos el punto de partida es más bajo. Las alteraciones del clima mundial ocasionarán muchos cambios en la salud humana, la mayoría de ellos adversos. En general, la población pobre que vive en zonas urbanas será particularmente vulnerable. Debería ponerse remedio a estos problemas medioambientales en gran escala mediante estrategias que beneficien todas las partes, y que además reduzcan las desigualdades existentes y los peligros locales para la salud a que están expuestos muchos habitantes de las zonas urbanas. Las soluciones exigirán transformaciones sociales y tecnológicas radicales, incluido un verdadero compromiso internacional de compartir los recursos mundiales de propiedad común, tales como la atmósfera y la pesca del océano. En el siglo XXI modificaremos sin duda el diseño de las ciudades y las usaremos de otro modo. Los urbanistas probablemente desarrollarán criterios que nos permitirán vivir en “aldeas urbanas” de alta densidad separadas por parques, instalaciones recreativas y zonas verdes, y comunicadas mediante formas de transporte ferroviario ligero. Reaparecerán la vegetación urbana, los jardines y la horticultura. Se volverán a crear estructuras y servicios comunitarios urbanos a escala humana. Se adoptarán tecnologías electrógenas y de transporte respetuosas del medioambiente. Y lo que es más importante, se procurará fomentar tanto la equidad social como la adopción de modos de vida ecológicamente sostenibles.

17. McMorris BJ, Uggen CH. Alcohol y empleo en la transición hacia la adultez. (Alcohol and employment in the transition to adulthood). *Journal of Health and Social Behavior* 2000; 41(3):276-294.

Nosotros elaboramos la relación entre las horas de trabajo y el consumo de alcohol durante la transición de la adolescencia a la adultez. Las horas de trabajo y de beber pueden ser productos de débiles vínculos con la escuela y la familia. Alternativamente, el trabajo puede ejercer un efecto independiente sobre el consumo de alcohol y exponer a los adolescentes a oportunidades y socios que facilitan beber. Utilizando datos longitudinales del Estudio del Desarrollo de la Juventud (YDS), mostramos modelos de regresión con índice estático que exponen que las largas horas de trabajo incrementan los niveles de consumo de bebidas durante la secundaria. Estos efectos son mediados en gran parte por la independencia de los padres derivada del trabajo, y sugiero que una transición precoz hacia papeles de adulto puede ser el mecanismo que conecte las horas de trabajo y el consumo de alcohol. Sin embargo, los efectos del trabajo sobre el consumo de bebidas son pasajeros, puesto que las horas de trabajo del adolescente no influyen significativamente en el consumo de alcohol después de la secundaria.

-
- 18.** Mumenthaler MS, Taylor JL, O Hara R, Yesavage JA. Diferencias sexuales en efectos moderados del consumo de bebidas alcohólicas. (Gender differences in moderate dinking effects). Alcohol Research Health 1999;23(1):55-64.
-

Las mujeres parecen alterarse más que los hombres después de beber equivalentes de alcohol, y alcanzan mayores concentraciones de alcohol en sangre incluso cuando las dosis se ajustaron por peso corporal. Este hallazgo puede ser atribuible en parte a diferencias sexuales en el contenido total de agua corporal. Los hombres y mujeres parecen eliminar aproximadamente la misma cantidad de alcohol por unidad de peso corporal por hora. Sin embargo, las mujeres parecen eliminar significativamente más alcohol por unidad de masa corporal magra por hora que los hombres. Algunos estudios reportan que las mujeres son más susceptibles que los hombres a la alteración del desempeño cognitivo relacionada con el alcohol, especialmente en tareas que comprenden memoria demorada o funciones de atención dividida. La alteración del desempeño psicomotor, sin embargo, no parece ser afectada por el sexo. Este artículo proporciona una perspectiva general del metabolismo de alcohol (farmacocinética) y revisa estudios recientes acerca de diferencias sexuales en la absorción, distribución, eliminación y alteración de alcohol. Se discute la especulación de que las diferencias sexuales en la farmacocinética del alcohol o la alteración en el desempeño inducido por el alcohol pueden ser causadas por el ciclo menstrual y las variaciones en las hormonas sexuales femeninas. Se concluye que el ciclo menstrual no es probable que influya en la farmacocinética del alcohol.

- 19.** Nájera P. Educación para la salud: evolución y perspectivas. Alim Nutr Salud 2000; 7(1):15-20. BMN
-

La educación para la salud ha evolucionado a lo largo del siglo que acaba de transcurrir, desde intervenciones dirigidas fundamentalmente a la transmisión de conocimientos a programas estructurados que tienen en cuenta no sólo las características de la población, en especial conocimientos, creencias, actitudes y hábitos, sino también las del entorno, que incluye desde los factores socioeconómicos a los culturales de los grupos con los que se quiere actuar. En el artículo se examina esta evolución, fruto del avance en los conocimientos psicológicos y sociológicos, así como del desarrollo del movimiento de promoción de la salud y se destaca la importancia de la participación comunitaria para poder llevar a cabo intervenciones educativas con eficiencia y, sobre todo, a satisfacción de la población implicada.

- 20.** Ordoñez GA. Salud ambiental: conceptos y actividades. Rev Panam Salud Publica 2000;7(3):137-47. OPS
-

La finalidad del trabajo es aportar información y propuestas conceptuales que faciliten la tarea de quienes tienen a su cargo la sistematización institucional de la salud ambiental. Se hace un análisis de la noción de ambiente para la cual se sugiere una definición, y se examina el lugar de la salud ambiental en el contexto de los problemas ambientales y sus vertientes “verde” y “azul”. Se examinan denominaciones equivalentes de salud ambiental y se intro-

ducen los servicios de salud ambiental. Se proporcionan varias definiciones y se da la oficial de salud ambiental adoptada por la OMS en Sofía, Bulgaria (1993). A continuación se transcriben las áreas básicas que a la salud ambiental le han asignado diversas organizaciones o reuniones, como la OPS, la OMS, el Programa 21 y otros. A partir de aquí se construye un repertorio bastante completo de áreas y subáreas y se encuentra que todos los listados son, en realidad, una reunión asistemática de tres tipos de constituyentes: determinantes (factores o hechos de la realidad física), procesos (conjuntos de intervenciones) y funciones (conjuntos de acciones de gestión), los cuales pueden enfocarse matricialmente y llevan a individualizar actividades de los servicios de salud ambiental. Se proponen unas reglas de operación que permiten, en una especie de álgebra, construir expresiones para especificar con precisión las actividades y sus agregados. De este modo se logra disponer de un lenguaje simbólico común que puede ayudar a la intercomunicación, enseñanza e investigación en el ámbito de la salud ambiental.

21. Rapado A. Salud ósea y calcio en la mujer menopáusica. *Alim Nutri Salud* 2000;7(1):6-14. BMN

La importancia de una nutrición adecuada de calcio principalmente en la infancia/adolescencia y durante el embarazo/lactancia, es fundamental para conseguir un pico de masa ósea suficiente para cumplir sus funciones fisiológicas y servir de depósito, así como para contar con una reserva adecuada que compense sus pérdidas en la segunda parte de la vida. Si durante la menopausia es incierto el aporte de calcio en el mantenimiento del hueso, hoy sabemos su importancia para impedir la pérdida de masa ósea, aún más necesaria en la tercera edad ya que también puede evitar alteraciones de la microarquitectura ósea y por lo tanto, la facilidad para la aparición de fracturas. Si al mismo tiempo, prevenimos las alteraciones nutricionales dependientes de diversas enfermedades, medicaciones y tóxicos y aportamos un suplemento exógeno en los casos precisos, conseguiremos una salud ósea adecuada para una exigida progresiva mejor calidad de vida.

22. Rodríguez Gimeno JM, Puente Fra E de la, González Montesinos JL, González Millán I. La prevención de drogadependencias mediante actividades cooperativas de riesgo y aventura. *Apunts Educ Fis Deport* 2000; (59):46-54.

Dada la gran presencia social que tienen las drogas en la actualidad, se hace necesaria una intervención hacia la prevención de drogadependencias, especialmente en el medio escolar. Esta intervención debe hacerse desde la base de que es necesario acostumbrar a los jóvenes a vivir entre las drogas y encontrar otros medios para obtener la satisfacción y las sensaciones que éstas parecen prometer (y con considerable éxito) a toda la sociedad, y especialmente a los jóvenes. En este artículo se analizan en primer lugar, los posibles perfiles de personalidad de las personas que practican actividades de riesgo, comparándolos con algunos rasgos de la personalidad de drogadependientes, y se aprecia que la búsqueda de sensaciones aparece como algo distintivo en ambos colectivos, por lo que se plantea la posibilidad de sustituir las drogas por otras emociones similares aportadas por las actividades de riesgo. Se estudian además los beneficios que se pueden obtener con las actividades físicas cooperativas, y se hace un análisis de la posible contribución de las actividades de riesgo cooperativas a la consecución de los objetivos que se plantea el PIPES (Plan Integral de Prevención Escolar). Por último, se propone un plan de intervención en la prevención basado en las cualidades formativas de las actividades de riesgo cooperativas.

23. Rose JB, Friedman DE, Whalen T, Hauch P. Potabilización de agua por ebullición. Innovación para la obtención de agua pura sustentable. *Ing Sanit Amb* 2000; (48):40-2. OPS

Las pruebas realizadas por la industria alimenticia revelan el uso potencial del calor generado en plantas productoras de energía derivada de residuos sólidos municipales y su aplicación en la esterilización de agua recuperada, abriendo, así, la posibilidad de establecer plantas integradas (tratamiento de residuos/potabilización de agua) en las municipalidades del mundo.

24. Taylor AL, Bettcher DW. El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una baza mundial para la salud pública. (Who framework, convention on tobacco control: a global "good" for public health). *Bull World Health Organ* 2000; 78(7):920-9. BMN

En la salud de las poblaciones influyen de forma creciente en todo el mundo fuerzas transnacionales económicas, sociales, científicas, tecnológicas y culturales. Las esferas nacionales e internacionales de las políticas de salud están tornándose cada vez más imbricadas e inseparables. A modo de ejemplo de cómo pueden abordarse esos problemas transnacionales mediante medidas jurídicas de ámbito internacional, en este artículo se presenta un estudio práctico del Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica, iniciativa emprendida recientemente para combatir la epidemia mundial de tabaquismo. Toda vez que el desarrollo económico en gran escala tiene profundas repercusiones mundiales en la salud pública, es necesario ampliar y aplicar paralelamente la legislación sanitaria internacional. Aunque la protección y la promoción de la salud pública han sido tradicionalmente asuntos abordados a nivel nacional, la influencia rápida y generalizada de la mundialización exige nuevos marcos de colaboración internacional para hacer frente a las amenazas mundiales que se ciernen sobre la salud y para crear oportunidades de promoción de la salud. En consecuencia, la codificación y la ejecución de normas sanitarias vinculantes resultan crecientemente necesarias a medida que se acelera la interdependencia internacional en materia de salud y que los países reconocen la necesidad de cooperar para resolver problemas esenciales. Los efectos sanitarios de la globalización, tanto positivos como negativos, se han convertido en un tema de política fundamental que conduce a la ampliación de la actividad legislativa internacional tradicional. La legislación sanitaria internacional abarca hoy cuestiones cada vez más complejas, incluidos los aspectos de la reproducción humana y la clonación humana, el trasplante de órganos humanos, las enfermedades infecciosas emergentes, el comercio internacional de alimentos, el control de la seguridad de los servicios de salud y de los productos farmacéuticos, y la fiscalización de sustancias adictivas tales como los estupefacientes. Como resultado de la globalización, se admite también que la legislación sanitaria internacional está inextricablemente ligada a otros sectores relacionados con el derecho ambiental internacional y el control de los contaminantes tóxicos, la legislación laboral internacional y la salud y la seguridad ocupacionales, el control de los armamentos y la prohibición de las armas de destrucción masiva, la seguridad nuclear y la protección radiológica, y la fecundidad y el crecimiento demográfico. Además, en el desarrollo de instrumentos jurídicos internacionales, por ejemplo para hacer frente a problemas ambientales transfronterizos y mundiales, las pruebas científicas han sido un componente importante del procedimiento para la celebración de tratados. En contraste con la evolución

registrada por la actividad normativa internacional en el campo de salud y en otros sectores conexos de alcance internacional durante los últimos decenios bajo los auspicios de gran número de organizaciones y organismos del sistema de las Naciones Unidas, la OMS no ha utilizado nunca -hasta hace poco- su autoridad constitucional para promover el desarrollo de un convenio internacional de carácter vinculante en ningún sector de la salud pública mundial. Sólo en mayo de 1999 Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución que ha acelerado el proceso iniciado para negociar y adoptar el primer tratado de la Organización, a saber, el Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica. ¿Por qué es tan importante en este momento para la salud pública el desarrollo del derecho internacional? El presente artículo se propone abordar esta pregunta en 3 partes. Primero, se sostiene que la actual mundialización de los problemas de salud pública configura un panorama donde el desarrollo de normas y patrones mundiales resulta cada vez más necesario. Segundo, la experiencia adquirida durante la elaboración de acuerdos internacionales en otros sectores estrechamente relacionados con la salud internacional, en particular el del medio ambiente, demuestra que los acuerdos internacionales pueden influir en la realidad y que es posible usar pruebas científicas en apoyo al desarrollo del derecho internacional. Por último, la experiencia de negociación del Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica proporciona un estudio práctico que ilustra la manera de abordar los problemas de salud pública transnacionales mediante una perspectiva internacional, así como la utilidad de los datos científicos sobre salud pública y economía como fundamento para el desarrollo de este acuerdo vinculante.

25. Tong S, von Schirnding YE, Prapamontol T. Exposición al plomo ambiental: un problema de salud pública de dimensiones mundiales. (Environmental lead exposure: a public health problem of global dimensions). Bull Worl Health Organ 2000; 78(9):1068-77. BMN

En este artículo se analizan las características de la exposición al plomo ambiental a nivel mundial y su trascendencia para la salud pública en los países en desarrollo y desarrollados. Se resaltan las medidas adoptadas para abordar el problema y se examinan las respuestas normativas y las intervenciones necesarias en ese terreno. El uso que se ha hecho del plomo desde tiempos prehistóricos y su extendida distribución y movilización en el medio han dado lugar a un aumento de la exposición a ese elemento no esencial y de su captación por el hombre. A nivel mundial, se estima que la intensa explotación de las minas de plomo ha liberado unos 300 millones de toneladas del elemento al ambiente a lo largo de los últimos 5 milenios, sobre todo durante los pasados 500 años. La aparición de los vehículos de motor en el siglo xx, y el consiguiente uso de gasolinas con plomo, ha conllevado un aumento sustancial de la contaminación del ambiente. El consumo mundial de plomo aumentó sin cesar hasta aproximadamente 5,6 millones de toneladas a lo largo del período 1965-1990. Aunque el consumo en los países desarrollados aumentó sólo ligeramente entre 1980 y 1990, el consumo de los países en desarrollo se multiplicó por 2,7 de 315 000 a 844 000 toneladas, entre 1979 y 1990. Se estima que la concentración natural -esto es, preindustrial- de plomo en la sangre del ser humano ha sido aproximadamente 0,016 mg/dl, lo que representa un nivel 50-200 veces inferior a los más bajos registrados hasta ahora concretamente en habitantes de

regiones remotas de los hemisferios austral y boreal (0,78 mg/dL y 3,20 m/dL, respectivamente), y unas 625 veces inferior al límite actual de alarma, 10 mg/dL, propuesto para los niños por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Tanto la exposición ocupacional como la ambiental siguen constituyendo serios problemas en muchos países en desarrollo o en vías de industrialización, así como en algunos países desarrollados. En los países en desarrollo la regulación de la exposición ocupacional al plomo es con frecuencia inadecuada y apenas existen mecanismos de vigilancia de la exposición. El saturnismo por exposición ocupacional o ambiental es aún un fenómeno frecuente en muchos países en desarrollo. Los niños en general son especialmente vulnerables a los efectos nocivos de plomo, y están más expuestos a ese elemento en el medio en general. Los niveles elevados de plomo siguen representando un problema especial entre las personas social y económicamente desfavorecidas. Los pobres habitan con más frecuencia en viviendas precarias o próximas a empresas industriales o a arterias de intenso tráfico, corren un mayor riesgo de exposición al polvo de plomo que introducen en el hogar los trabajadores que están en contacto con el metal, y son más susceptibles a éste como consecuencia de la frecuente malnutrición asociada. Gracias a las campañas de salud pública emprendidas, la liberación de plomo en el medio ha disminuido en los últimos años en los países desarrollados; a ello ha contribuido el menor uso comercial del metal, sobre todo en la gasolina. Aunque los casos de saturnismo agudo han disminuido en esos países, la exposición crónica a concentraciones bajas de plomo es aún relevante, sobre todo entre algunas minorías y entre grupos socioeconómicamente desfavorecidos. El reconocimiento de la importancia de la exposición al plomo es cada vez mayor en los países en desarrollo, pero son relativamente pocos los que han introducido políticas y normas para reducirla de forma significativa. Debido a la rápida industrialización y a la persistencia del metal en el medio, es de prever que la exposición al plomo ambiental seguirá constituyendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo durante muchos años. Se requiere aún mucho trabajo para identificar y tratar a los niños con altos niveles sanguíneos de plomo y para reducir la exposición a éste en la comunidad. Las actividades de cribado, vigilancia, intervención y evaluación son fundamentales para formular políticas de salud pública racionales, eficientes y científicas que permitan alcanzar esos objetivos.

26. Warren Ch W, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C, et al. El consumo de tabaco entre los jóvenes: informe de vigilancia de la Encuesta Mundial sobre el tabaco y los Jóvenes. (Tobacco use by youth: a surveillance report from the global youth tobacco survey project). Bull World Health Organ 2000; 78(7):868-76.

El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de defunción en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye al tabaco unos 4 millones de defunciones anuales, cifra que según las previsiones habrá aumentado a 8,4 millones anuales para 2020. En esa fecha el 70% de tales defunciones se producirán en los países en desarrollo. La mayor parte de la gente empieza a consumir tabaco antes de los 18 años. Las últimas tendencias muestran un aumento de las tasas de prevalencia de tabaquismo entre los niños y adolescentes y un comienzo más precoz del hábito. La Encuesta Mundial sobre el

Tabaco y los Jóvenes (GYTS) fue desarrollada por la iniciativa “Liberarse del Tabaco” (ILT) de la OMS y por la Oficina de Tabaco y Salud de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), a fin de analizar la evolución del consumo de tabaco entre los jóvenes en países de todo el mundo, usando para ello una metodología común y un cuestionario básico. La GYTS es una encuesta escolar que emplea un método de muestreo en 2 etapas para obtener datos representativos sobre el hábito de fumar entre los alumnos de 13 a 15 de años de edad. En la primera fase se hace una selección probabilística de las escuelas, y en la segunda se selecciona aleatoriamente clases de escuelas participantes. Todos los estudiantes de las clases seleccionadas son incluíbles en la encuesta. En el presente artículo se describen el diseño y desarrollo de la GYTS y se notifican los resultados de las encuestas llevadas a cabo en 12 países: Barbados, China, Costa Rica, Federación de Rusia (Moscó), Fiji, Jordania, Polonia, Sri Lanka, Sudáfrica, Ucrania (Kiev), Venezuela y Zimbawe. Los resultados muestran que el consumo de tabaco se sitúa entre un máximo del 33% y un mínimo del 10%. La mayoría de los fumadores actuales desean de dejar de fumar, pero son muy pocos los que han asistido en alguna ocasión a un programa de deshabituación. En la mayoría de los países la mayor parte de los jóvenes declaran que han visto anuncios de cigarrillos en los medios de comunicación. La publicidad contra el tabaco rara vez se menciona, pero a la mayoría de los jóvenes se les ha informado en la escuela sobre los peligros del hábito de fumar. La exposición a humo de tabaco ambiental era muy elevada en todos los países. Los resultados obtenidos por la GYTS en estos 12 países y la creciente necesidad de datos sobre la juventud y el tabaco ha llevado a otros países a pedir ayuda para realizar sus propias encuestas. En consecuencia, OMS/ILT y los CDC están impulsando una enérgica iniciativa de colaboración internacional multiorganismos para proporcionar esa ayuda. El sistema de vigilancia de la GYTS tiene como objetivo aumentar la capacidad de los países para diseñar, aplicar y evaluar programas de prevención y control del tabaquismo con arreglo a un formato común/estándar. La GYTS constituye por tanto un instrumento importante para evaluar el éxito de los programas nacionales y del recientemente iniciado Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica, sobre todo en lo que respecta a proteger a los niños y los adolescentes.

27. Watkins KE, Podus D. El impacto de poner término a los beneficios por incapacidad para los que abusan de las sustancias tóxicas sobre el consumo de sustancias tóxicas y la participación en tratamiento. (The impact of terminating disability benefits for substance abusers on substance use and treatment participation). *Psychiatric Services* 2000;51(11):1371-8.

El ingreso de seguridad adicional (SSI) es un programa de bienestar social federal sobre la base de los ingresos personales para personas pobres, ciegas, incapacitadas y de edad avanzada. El Seguro por Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI) es un programa para personas discapacitadas que reúnen los requisitos para recibir beneficios de la Seguridad Social. En marzo de 1996 el Congreso aprobó la Ley Pública 104-121, que puso término a los beneficios del SSI y el SSDI para individuos discapacitados primariamente por adición a drogas y alcoholismo. En el momento de la legislación 210 000 de todos los receptores de SSI y SSDI (1,5 %) estaban clasificados como discapacitados por droga y alcohol. Los beneficios para estas personas incluían un ingreso mensual y el derecho al Medicaid (SSI) o

Medicare (SSDI). Como condición para recibir los beneficios, se les requería que estuvieran en tratamiento por abuso de sustancias tóxicas y que tuvieran un beneficiario representante que administrara sus fondos. A los receptores discapacitados por drogas y alcohol se les notificó en junio de 1996 que se pondría término a sus beneficios el 1ro. de enero de 1997, a no ser que ellos apelaran la decisión de cese y solicitaran la reclasificación bajo otros estados de discapacidad. Nacionalmente, el 64 % de estos receptores solicitaron la reclasificación, de los cuales el 35% fueron reclasificados. Los receptores reclasificados retuvieron los beneficios y el seguro y ya no se les requirió que estuvieran en tratamiento por abuso de sustancias tóxicas o que tuvieran un beneficiario o representante. Los individuos que no fueron reclasificados perdieron sus beneficios y el seguro. El propósito del estudio reportado aquí era determinar el impacto del cambio legislativo sobre el consumo de sustancias tóxicas y la participación en tratamiento por el abuso de sustancias tóxicas entre las personas cuyos beneficios fueron continuados y entre aquellas a cuyos beneficios se puso término. Nosotros planteamos la hipótesis de que la Ley Pública 104-121 conduciría a un incremento en el consumo de sustancias tóxicas y una disminución en la participación en el tratamiento en ambos grupos. El consumo de sustancias tóxicas aumentaría, ya que a los individuos ya no se les exigiría que participaran en el tratamiento o que tuvieran un beneficiario representante; la participación en el tratamiento disminuiría con la eliminación del requisito del tratamiento.

28. Zea MJ. El ocio, tiempo para todas: planteamiento de un programa recreativo en torno a la “(dis)-capacidad”. Apunts Educ Fis Deport 2000;(60):70-5. BMN

Con esta experiencia que a continuación planteamos, invitamos a vivenciar el tiempo libre desde una perspectiva Educativa-Recreativa de la mano de la aceptación de la DIVERSIDAD. Tras algunas reflexiones que tratan de fundamentar la importancia del tiempo de ocio en las personas con discapacidad, pretendemos en este artículo dar a conocer algunas propuestas que se nutren de una metodología Expresiva-Recreativa y de un contenido temático que facilitan la normalización y nos llevan a comprender que todas las personas diferentes han de tener la misma oportunidad que el resto de la sociedad.
