

ADCUSPPYMA

REVISTA INFORMATIVA/EDUCATIVA DE CONSUMO, SANIDAD Y MEDIO AMBIENTE DE ESPAÑA

EDICIÓN. -25- MAYO/JUNIO- 2018

DL.T 494-2014 ISSN 2604-1049



ORTIGUEIRA- LA CORUÑA-GALICIA



LAUJAR DE ANDARAX-ALPUJARRAS ALMERIENSE-ANDALUCIA



CABO DE GATA PARQUE NATURAL-ALMERIA-ANDALUCIA

DONDE SE ENVÍA LA REVISTA:

EXTERIOR:

ALEMANIA.-AMERICA DEL SUR.- ANGOLA.-AUSTRALIA.- BELGICA.-BULGARIA.-CANADA.- CHINA.-HONG KONG.-CUBA.-EGIPTO.- ESLOVAQUIA.-ESLOVENIA.-ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.-FILIPINAS.-FRANCIA.-GHANA.-INDONESIA.-IRLANDA.-ITALIA.-JAPON.-JORDANIA.-KAZAJSTAN. MARRUECOS.-MONGOLIA.-NAMIBIA.- NORUEGA.-NUEVA ZALANDIA.- OMAN.-PAISES BAJOS.-PARLAMENTO EUROPEO.-POLONIA.-PORTUGAL.-REPUBLICA CHECA.-RUMANIA.-SENEGAL.-SINGAPUR.-SUDAFRICA.-SUECIA.-TAILANDIA.-TURQUIA.-

EN ESPAÑA:.-ASOCIACIONES DE VECINOS; ASOCIACIONES DE ENFERMEDADES RARAS; GREMIO EMPRESARIAL; AYUNTAMIENTOS; AUTONOMIAS; PERSONAS FISICAS; LABORATORIOS; COLEGIOS OFICIALES; ORGANIZACIONES DE JUECES Y FISCALES; ORGANIZACIONES DE NOTARIOS; EMISORAS DE RADIO; PRENSA; HOSPITALES; CLINICAS; FARMACIAS; ORGANIZACIONES CARNICAS; AGROALIMENTARIAS; HOMEOPATAS; NATUROPATAS; GANADEROS; AGRICULTORES; SINDICATOS DE TÉCNICOS SUPERIORES SANITARIOS; ASOCIACIONES DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA; CASAS REGIONALES EN EL EXTERIOR; SINDICATOS MEDICOS; SINDICATOS FERROVIARIOS; SINDICATOS DE PILOTOS; CLUBS DE SENDERISMO; CLUBS CICLISTAS

Cada dos meses, enviamos más de TREINTA MIL (30.000) REVISTA.



NIF: G-43/401579 NIF: G-55552731

CANAL ADSYME

<https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUIGgJIVKIjXO2DPsDA>

DIRECCIÓN Y MONTAGE DE LA REVISTA

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

INFORMÁTICO: FRANCISCO OLIVA DOMINGUEZ

CONTENIDO DE LA REVISTA

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
INFORMACIÓN SANITARIA
CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE
DERECHO Y SENTENCIAS JUDICIALES
LA DENUNCIA
PUEBLOS DE ESPAÑA
SUS DERECHOS Y SES DEBERES
ENFERMEDADES RARAS
NOTICIAS DE LAS ONG Y OTRAS
EL RINCON DEL PRESIDENTE
MEDICINA DEPORTIVA
LA PORTADA

C/RIO LLOBREGAT-BLQ. 2 ESCA. 9-5º-2ª

43006-TARRAGONA /ESPAÑA/

<http://usuaris.tinet.org/aduspyma/>

adusppyma@yahoo.es adsyme@adsyme.net

MÓVIL: 616718313

TEF/FAX: 34+977550030

Nº. DL.T 494-2014 (Es) ISSN 2604-1049

Consecutivo No. 901-2017 (Co)

Periodicidad: BIMENSUAL

INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN Y



ALIMENTACIÓN



NUTRICIÓN

NUTRICIÓN

COMER SEGURO AL AIRE LIBRE. LAS BACTERIAS TAMBIÉN SE VAN DE PICNIC



Imagen insertada por ADCUSPPYMA

Un año más, recordamos la importancia que tiene una correcta manipulación de nuestras comidas al aire libre, los meses de verano son los más peligrosos si no tomamos las adecuadas medidas en la manipulación, conservación y transporte de nuestra comida en el campo, publicamos unos breves consejos de la Agencia de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

Las altas temperaturas multiplican nuestras actividades al aire libre: barbacoas, picnics, parrilladas... pero también favorecen el crecimiento de las bacterias en los alimentos. En verano, más que nunca, es imprescindible seguir unos sencillos consejos para que tus alimentos sean seguros.

Conservar la cadena de frío



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

- Justo antes de salir guarda en la nevera portátil los alimentos que necesiten frío.
- Utiliza preferentemente acumuladores de frío. Si vas a usar cubitos de hielo, asegúrate de que el agua derretida no entre en contacto directo con los alimentos.
- Coloca la nevera a la sombra.
- Mantén los alimentos en la nevera hasta inmediatamente antes del cocinado o de su consumo.
- Evita abrir innecesariamente la nevera portátil, perderemos frío cada vez que lo hagamos.

Antes de salir

- Si llevas alimentos cocinados, debes mantenerlos en el frigorífico hasta última hora.
- Cuaja bien la tortilla y consévala en la nevera hasta el momento de salir y pasarla a la nevera portátil.
- Utiliza recipientes adecuados para guardar cada alimento.
- Si llevas alimentos crudos, sepáralos de los alimentos ya cocinados o los listos para el consumo, y evita que si desprenden líquidos puedan contaminar otros productos.
- Asegúrate de lavar adecuadamente toda la fruta y verdura.

En cualquier sitio

- Mantén una higiene adecuada. Lávate las manos con jabón y agua limpia y sécatelas preferiblemente con paños de un solo uso. Si no hay fuentes de agua potable, asegúrate de llevar una botella para poder lavarte antes de manipular alimentos. Lávate siempre después de tocar alimentos crudos.
- Evita la contaminación cruzada. Al preparar o manipular los alimentos, es imprescindible separar los crudos de los ya cocinados o los listos para el consumo, y usar platos, cuchillos, etc. distintos.
- Lava las frutas y verduras antes de consumirlas Limpia adecuadamente todas las frutas y verduras, incluso aquellas con corteza no comestible.
- No uses alimentos que contengan huevo crudo (mayonesas, salsas,...)

Para la barbacoa



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

- Utiliza maderas preferiblemente no resinosas, de primer uso, sin restos de barnices ni pinturas.
- Saca la carne o el pescado crudo de la nevera portátil cuando las brasas ya estén preparadas.
- ¡¡¡Churrascado no significa bien hecho!!!! Si quemamos demasiado la carne, pueden aparecer sustancias con efecto cancerígeno. Además, los alimentos pueden no estar adecuadamente cocinados en su interior. Deben tener un color uniforme en toda su superficie. Si es necesario, haz pequeños cortes para comprobar el cocinado.
- Evita la contaminación cruzada, no uses las mismas pinzas, bandejas, cuchillos,... para los alimentos crudos y los cocinados



CONSEJOS



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

USDA Food Safety

A qué temperatura debo cocinar la carne de cerdo?

El USDA recomienda cocinar la carne de cerdo molida, en croquetas o en mezclas, como la utilizada para los moldes de carne molida ("meatloaf"), hasta que alcance una temperatura interna de 160 °F (71.1 °C), al medir con un termómetro para alimentos. Cocina las carnes provenientes de órganos (como corazón, hígado, páncreas, lengua e intestinos) hasta 160 °F (71.1 °C). Cocina todos los filetes, chuletas y asados de carne cruda de cerdo hasta una temperatura interna mínima de 145 °F (62.8 °C), al medir con un termómetro para alimentos, antes de remover la carne de la fuente de calor. Para inocuidad y calidad, permita un tiempo de reposo de al menos tres minutos, antes de picar y consumir la carne. Por razones de preferencia personal, los consumidores pueden escoger cocinar las carnes hasta alcanzar una temperatura más alta.

A qué temperatura debo mantener los alimentos calientes?

Una vez que el alimento es cocinado o re-calentado, deberá ser mantenido caliente, es decir a una temperatura igual o superior a 140 °F (60°C). El alimento puede dejarse en el horno o en una línea de servicio (mesa caliente) en estufillas calientes, platos calentadores calientes, bandejas calentadas con vapor y/u ollas eléctricas de cocción lenta. Para más información comuníquese con la Línea de Información sobre Carnes y Aves del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), al 1-888-MPHotline (1-888-674-6854).

¿ A QUÉ TEMPERATURA SE DEBE ALMACENAR ALIMENTOS PERECEDEROS?



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Siempre almacene los alimentos perecederos en el refrigerador a 40 °F (4.4 °C) o menos, o el congelador a 0 °F (-17.8 °C) o menos. USDA no recomienda conservar alimentos en el refrigerador pasado el tiempo recomendado por que algunas bacterias como *Listeria monocytogenes* prospera en temperaturas frías y, si está presente, crecerá en el refrigerador y podría causar alguna enfermedad. Ya que la congelación conserva

los alimentos seguros indefinidamente, los tiempos de almacenamiento recomendados son únicamente por calidad (sabor y jugosidad).



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



United States Department of Agriculture Food Safety and Inspection Service

ALERGIA A LOS ALIMENTOS



Otros nombres: Alergia alimentaria

La alergia a las comidas es una respuesta anormal a un alimento desencadenada por el sistema inmunitario del cuerpo.

En adultos, los alimentos que desencadenan más reacciones alérgicas son: pescado, mariscos, maní y frutas secas como las nueces. En los niños, pueden ser los huevos, leche, maní, frutas secas, soja y trigo.

Los síntomas de una alergia a un alimento incluyen:

- Picazón e hinchazón de la boca
- Vómito, diarrea o cólicos abdominales y dolor
- Sarpullido o eccema
- Sentir la garganta apretada y dificultad para respirar
- Disminución de la presión sanguínea

Para diagnosticar la alergia a un alimento, su proveedor de cuidados de salud podría usar la historia clínica de la persona, una dieta donde se eliminen los alimentos que posiblemente estén causando la alergia y exámenes de la piel y de sangre.

Si una persona sabe que tiene alergia a un alimento, debe estar preparada para lidiar con una exposición accidental a la misma. Puede ayudar usar un brazalete o collar con información sobre la alergia y llevar consigo una inyección de epinefrina (adrenalina).

Sólo se pueden prevenir los síntomas de una reacción alérgica evitando el alimento que los cause. Una vez que la persona y su proveedor de atención médica hayan identificado el alimento al que la persona es sensible, estos tienen que ser retirados de su dieta.

NIH: Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas EE.UU.

INFORMACIÓN SANITARIA



(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina

However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA REFERENTE NACIONAL EN TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA COMPLEJA



El hospital de Fuenlabrada supera los 500 procedimientos de citorreducción y quimioterapia intraabdominal (HIPEC)

- Con los nuevos procedimientos se ha logrado una supervivencia del 30% a los 5 años, en pacientes con cáncer colorrectal en fase terminal

- Antes de este procedimiento, la carcinomatosis peritoneal estaba considerada como una situación clínica irreversible

El Hospital Universitario de Fuenlabrada se ha convertido en un referente nacional en el tratamiento de patología oncológica compleja y en concreto en el tratamiento de pacientes afectados por carcinomatosis peritoneal (una de las formas de diseminación de los tumores que se asientan en la cavidad abdominopélvica), anteriormente considerada como una situación clínica irreversible.

En este hospital a pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen digestivo, ginecológico o peritoneal primario se les ha aplicado ya este abordaje radical, consistente en cirugía citorreductora combinada con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (durante la intervención). Se han realizado más de 500 procedimientos de citorreducción y quimioterapia intraabdominal (HIPEC).

Notable incremento de la esperanza de vida El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente en España, con más de 40.000 nuevos casos al año y supone la segunda causa de muerte por cáncer en países desarrollados. Más del 10 % de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal tienen carcinomatosis peritoneal sincrónica y han sido considerados clásicamente en situación terminal, con una esperanza de vida menor de 7 meses y una supervivencia a cinco años menor del 10 %.

Estas cifras están cambiando con el tratamiento que supone la cirugía con HIPEC. En el Hospital Universitario de Fuenlabrada se han operado 243 pacientes con enfermedad peritoneal debido al cáncer colorrectal y se ha conseguido una supervivencia a cinco años de más del 30 %.

Asimismo, son esperanzadores los resultados obtenidos con el cáncer de ovario, principal causa de muerte por cáncer ginecológico en el mundo occidental y la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres. Con el tratamiento estándar actual, la supervivencia de las mujeres es menor del 40 % a los cinco años y con altas tasas de recurrencia (70 %).

Por el contrario, tras más de 100 intervenciones realizadas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada a más de 90 mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario en fase avanzada o mujeres con recaída peritoneal de un cáncer de ovario ya avanzado, la supervivencia alcanzada tras ser intervenidas con este tipo de cirugía llega a los 6 años con una reducción de recaídas al 50 %.

Equipo multidisciplinar

La Unidad de Carcinomatosis Peritoneal cuenta con un comité multidisciplinar formado por profesionales de los servicios de Cirugía General, Oncología, Ginecología, Radiología, Medicina Nuclear, Anestesia y Anatomía Patológica, siendo uno de sus objetivos garantizar la excelencia en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal.

Los buenos resultados obtenidos en los tratamientos llevados a cabo en la Unidad son producto del esfuerzo y del trabajo continuado de estos profesionales, médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos que intervienen en el tratamiento de este tipo de pacientes.

ERRORES COMUNES QUE SE COMENTEN CON LA DIABETES

1. No revisarse los niveles de azúcar en la sangre lo suficiente

La diabetes es distinta para todas las personas, y su plan de tratamiento debe funcionar para usted. Para crear un plan personalizado, revítese los niveles de azúcar en la sangre frecuentemente cuando esté aprendiendo cómo responde su cuerpo a los alimentos y a la actividad física. Lleve un registro de lo que come, la actividad física que hace y de sus niveles de azúcar en la sangre, así puede identificar los puntos altos y los bajos, y darse cuenta de qué los causó. Luego trabaje con el médico para hacerle ajustes al plan si lo necesitara.

Estar enfermo también afecta los niveles de azúcar en la sangre. No tener ganas de comer hace que sea más difícil controlar los niveles de azúcar en la sangre. Si tiene una enfermedad similar a la influenza, revítese los niveles de azúcar en la sangre cada cuatro horas, lleve un registro de los resultados y llame al médico si caen por debajo de 60 mg/dl o se mantienen en valores superiores a 250 mg/dl en dos mediciones.

2. No moverse lo suficiente

Las personas que tienen diabetes reciben muchos beneficios de hacer actividad física, como por ejemplo, un mejor control de la presión arterial, de los niveles de azúcar en la sangre y del peso. La actividad física también puede ayudar a reducir el colesterol LDL (el malo) y elevar el HDL (el bueno) y reducir el riesgo de enfermedad cardíaca y de daño a los nervios.

No es necesario que se pase horas en el gimnasio. Una forma inteligente de hacer ejercicio es fijarse una meta específica razonable, como caminar 15 minutos después de la cena. Aumente gradualmente la cantidad de tiempo que hace actividad física hasta llegar a los 30 minutos la mayoría de los días. Asegúrese de consultar con el médico qué tipos de actividad son mejores para usted y si hay alguno que debe evitar.

¿Todavía le cuesta? Revítese los niveles de azúcar en la sangre antes y después de hacer actividad física y vea los resultados de su trabajo. Si la convierte en hábito, la actividad física puede también reducir el nivel del A1c.

3. No hacerse chequeos médicos

Usted tiene diabetes y la está manejando bien. Se alimenta de manera saludable, hace actividad física la mayoría de los días de la semana, toma sus medicamentos según las

indicaciones... De hecho, se siente bastante bien. Las personas que se sienten bien pueden saltarse algunas citas médicas, ¿no es cierto?

¡No! Ver a su equipo de atención médica regularmente es una parte esencial de su tratamiento. Una de las razones es que podría no saber si se está produciendo una complicación relacionada con la diabetes debido a que quizás no tenga síntomas. Hacerse regularmente los chequeos y las pruebas programadas le ayudará a detectar las complicaciones en sus etapas tempranas cuando es más eficaz el tratamiento. Otra buena razón para no faltar a los chequeos es que así podrá hacer los ajustes necesarios con su médico o dentista para poder estar lo más sano y sentirse lo mejor posible.



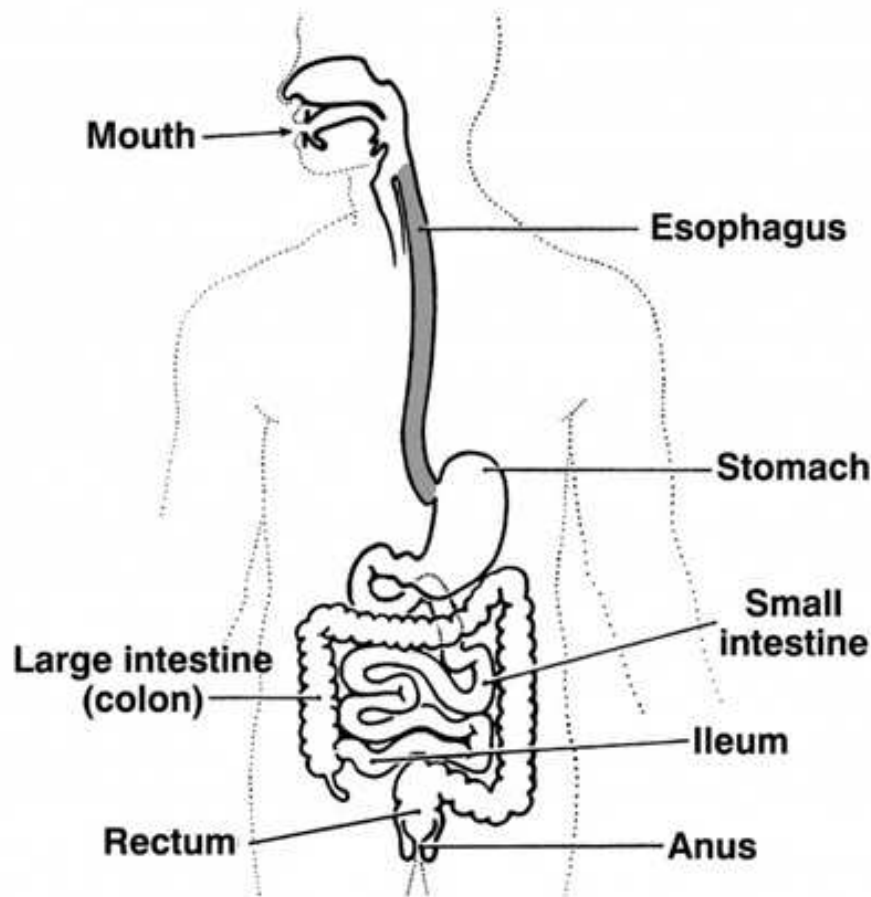
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CDC 24/7: Salvamos vidas. Protegemos a la gente™

ACALASIA Y TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA

El esófago es un tubo hueco y muscular que transporta la comida y los líquidos desde su boca hasta su estómago. Si los músculos de su esófago no se contraen (a aprietan) adecuadamente, será más difícil que la comida y los líquidos puedan llegar a su estómago. Esta condición se conoce como trastornos de la motilidad esofágica. Los trastornos de la motilidad esofágica hacen que a usted le sea más difícil tragar, hacen que la comida vuelva hacia su boca, y algunas veces causa dolor de pecho.

Un tipo de trastorno de la motilidad esofágica es la acalasia. La acalasia se presenta cuando existe degeneración de los nervios del esófago. Como consecuencia, los músculos del esófago dejan de funcionar (no hay peristalsis), y la válvula que está en el fondo del esófago no se abre. Se cree que este problema afecta entre 1 a 2 personas por cada 100.000, con alrededor de 3.000 nuevos casos diagnosticados cada año en los Estados Unidos.

Otros trastornos menos comunes de la motilidad incluyen el trastorno motor espástico del esófago (esófago en cascanueces y espasmo esofágico difuso), el trastorno de motilidad ineficiente esofágico, y trastornos secundarios de la motilidad esofágica que están relacionados con otras condiciones médicas tales como la esclerodermia, la diabetes, y el consumo de alcohol.



Dibujo del tracto digestivo con marcadores señalando la boca, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el íleon, el intestino grueso (colon), el recto, y el ano.

CAUSAS DE LA ACALASIA

A pesar de que la acalasia puede estar causada por un parásito de América del Sur (mal de Chagas), en la mayoría de los pacientes de Estados Unidos no existe una causa para la acalasia. Algunos investigadores piensan que podría estar relacionada con un virus.

Estudios recientes han indicado que la acalasia podría estar causada por un trastorno del sistema inmune en el que el propio sistema inmune del paciente ataca el sistema nervioso dentro de los músculos del esófago, haciendo que funcionen mal.

La acalasia no afecta a ninguna raza o grupo étnico en particular, y no se hereda de la familia. Los trastornos de la motilidad esofágica se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo. Si usted presenta solamente un breve episodio de síntomas, es probable que no tenga un trastorno de la motilidad esofágica.

SÍNTOMAS DE LA ACALASIA

- **DISFAGIA**
- **REFLUJO**
- **PRESSURE IN THE CHEST AFTER EATING**

Los pacientes con acalasia a veces son tratados inicialmente como si tuvieran la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), pero luego de hacer pruebas adicionales son diagnosticados con acalasia.

Los síntomas de la acalasia incluyen:

- Dificultad para tragar
- Presión en el pecho luego de comer
- Líquidos y comidas sin digerir que vuelven hacia la boca (regurgitación), a veces horas luego de haber comido
- Tos o ahogamiento con la comida
- Mal aliento

Los síntomas pueden empeorar con ciertas comidas (tales como carne, pan y arroz), ciertos líquidos (tales como las bebidas carbonatadas), y si se come poco tiempo antes de ir a dormir.

Si usted está teniendo problemas continuamente cuando come o bebe líquidos, puede imprimir estas preguntas de ejemplo para utilizarlas cuando converse con su médico.

Si se la dejar sin tratar, la acalasia puede causar una pérdida considerable de peso, infecciones pulmonares, y neumonía.

OPCIONES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Las pruebas utilizadas para diagnosticar la acalasia incluyen la manometría esofágica de alta resolución, el esofagograma (deglución de bario) y la endoscopia.



Esofagograma demostrando una marcada dismotilidad

Dilatación esofágica

Se utiliza un balón/globo o dilatador de goma junto con una esofagoscopia para estirar los músculos del esfínter esofágico inferior. Existe un pequeño riesgo de desgarrar o romper el esófago...

Continue Reading Botox

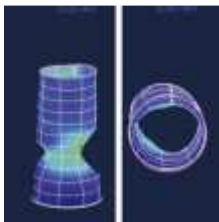
Se puede inyectar la toxina botulínica mediante una esofagoscopia para relajar el esfínter esofágico inferior por un período de uno o dos meses. Esto se vuelve menos eficiente con el tiempo,...

Continue Reading Miotomía de Heller

La miotomía se realiza generalmente utilizando técnicas mínimamente invasivas (laparoscopia o robótica) con cinco pequeñas incisiones, aunque también se puede hacer a través de una incisión a...

Continue Reading Miotomía esofágica por vía oral (POEM, por sus siglas en inglés)

Utilizando una esofagoscopia, se hace un agujero desde el interior del esófago creando un túnel para dividir los músculos esofágicos y del estómago. El agujero se cierra con un broche o sutura al final del procedimiento. Se siguen evaluando los resultados a largo plazo.



esofagectomía

Si usted tiene acalasia en etapas avanzadas con un esófago gravemente dilatado o tortuoso, es poco probable que la apertura del esfínter esofágico inferior resulte exitosa, y se podría recomendar la extirpación del esófago, o esofagectomía.



Es importante recordar que ningún tratamiento curará la acalasia, pero todos los tipos de tratamientos ayudarán a controlar los síntomas.

RECUPERACIÓN

Al igual que con cualquier otro procedimiento o cirugía, existen riesgos asociados.

Si usted ha sido sometido a una cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia), debe considerar que tendrá que permanecer en el hospital durante las 24-48 horas siguientes al procedimiento. Probablemente podrá regresar a sus actividades regulares en aproximadamente dos semanas. Con la cirugía abierta, su estadía en el hospital será un poco más larga, pero aún debería poder regresar a sus actividades normales en dos o cuatro semanas.

Antes de darle el alta, se le debería hacer un examen de deglución de bario para confirmar que no existan fugas y que el bario esté pasando a través del esófago con más facilidad.

Los pacientes generalmente volverán a su hogares con una dieta líquida de varios días que progresará lentamente hacia una dieta blanda durante unas pocas semanas.

Si la deglución mejora, los pacientes progresarán hacia una dieta regular luego de haber tenido una consulta de seguimiento con el cirujano. Es importante recordar que ningún tratamiento curará la acalasia, y a pesar de que la deglución podría mejorar mucho, ciertas comidas aún podrían causar disfagia o regurgitación, y el paciente debería seguir durmiendo inclinado en un ángulo para evitar que la comida o los líquidos se vayan a los pulmones mientras duerme.

Previamente revisado por: Jules Lin, MD y Rishindra Reddy, MD



CÓMO SE DIAGNOSTICAN LOS FIBROMAS UTERINOS?

A menos que tenga síntomas, es probable que no sepa que tiene fibromas uterinos.

A veces, los médicos detectan los fibromas durante un examen ginecológico de rutina. Durante este examen, el médico introduce dos dedos de una mano en la vagina y ejerce una leve presión sobre el abdomen con la otra mano para verificar el tamaño del útero. Si tiene fibromas, el útero puede sentirse más grande de lo normal o presentar una forma irregular. Pero incluso los fibromas pequeños en el útero pueden provocar síntomas considerables y períodos abundantes que causan anemia. Los fibromas más pequeños que no se pueden detectar mediante un examen manual de rutina pueden detectarse con ultrasonido.

Si el médico cree que tiene fibromas, utilizará una o más tecnologías de imagenología—máquinas para obtener imágenes del interior del cuerpo—para confirmar el diagnóstico.

Algunas tecnologías de imagenología comunes son:

- Ultrasonido, que utiliza ondas sonoras para obtener las imágenes.
- Ecografía con infusión salina, que utiliza una inyección de solución salina en el útero para ayudar a crear la imagen por ultrasonido.
- Exploración por imágenes de resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés), que utiliza imanes y ondas de radio para obtener las imágenes.
- Rayos X, que utilizan un tipo de radiación electromagnética para "ver" dentro del cuerpo.

- Tomografía computarizada (CT por sus siglas en inglés) o tomografía asistida por computadora (CAT por sus siglas en inglés), que escanea el cuerpo con rayos X desde muchos ángulos para obtener una imagen más completa.

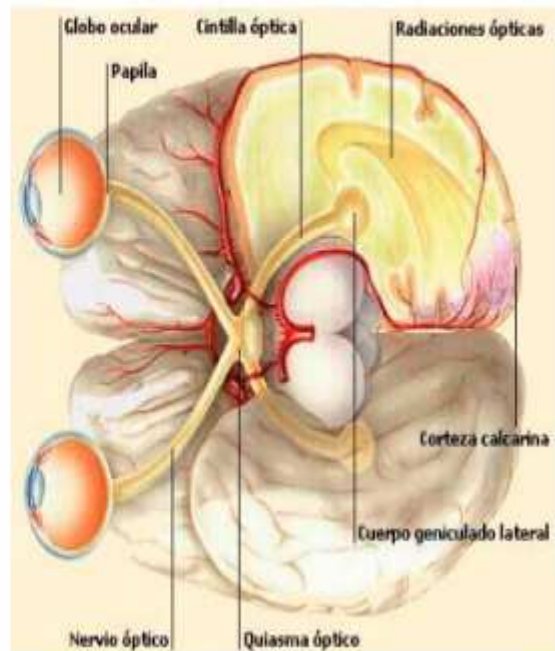
Departamento de Salud y Servicios Humanos.-Institutos Nacionales de la Salud
NICHD.-GobiernoUSA.gov

INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DEL NERVIÓ ÓPTICO

Por James Garrity, MD, Whitney and Betty MacMillan Professor of Ophthalmology, Mayo Clinic College of Medicine

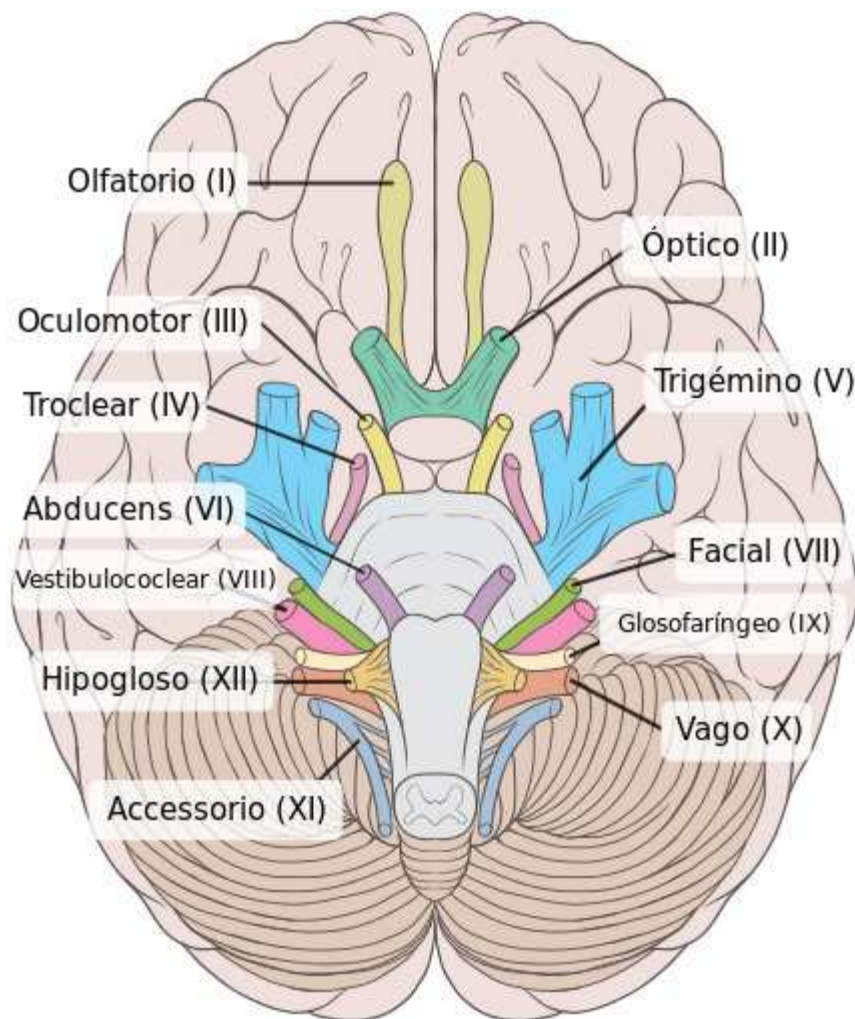
PAR CRANEAL: NERVIÓ ÓPTICO.

El nervio óptico esta compuesto por células fotorreceptoras capaces de convertir la luz en impulsos nerviosos, es un nervio craneal y sensitivo, transmite la información visual desde la retina hasta el cerebro, por medio de impulsos electricos que provienen de los bastones que reconocen el color negro y sus matices y de los conos que reconocen los colores.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Los pequeños fotorreceptores de la retina (la superficie interna situada en la parte posterior del ojo) detectan los estímulos luminosos y transmiten los impulsos al nervio óptico. El nervio óptico de cada ojo transporta los impulsos al cerebro, donde se interpreta la información visual. Si se dañan el nervio óptico o sus conducciones hacia el cerebro, puede producirse pérdida de visión. En una estructura cerebral denominada quiasma óptico, cada nervio óptico se divide y la mitad de sus fibras cruzan hacia el lado opuesto. Debido a esta disposición anatómica, las lesiones en las conducciones del nervio óptico provocan patrones específicos de pérdida de visión. Conociendo el patrón de la pérdida de visión, el médico normalmente localiza el punto preciso de la conducción donde se localiza el problema.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)
 Encéfalo humano, con los pares craneales etiquetados

Vías ópticas y consecuencias de los daños

Las señales nerviosas viajan a lo largo del nervio óptico de cada ojo. Los dos nervios ópticos se encuentran en el quiasma óptico, donde se dividen y la mitad de las fibras nerviosas de cada lado cruzan al otro lado. Con esta disposición, el lado derecho del cerebro recibe información desde el campo visual izquierdo de ambos ojos, y el lado izquierdo del cerebro recibe información desde el campo visual derecho de ambos ojos. Los daños en un ojo o en la vía óptica provocan diferentes tipos de pérdida de visión según la zona donde se produzcan.

(Fuente: Merck y los Manuales Merck)

INTRODUCCIÓN A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN LOS HOMBRES

Por Irvin H. Hirsch, MD, Clinical Professor, Department of Urology, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University

En los hombres, la disfunción sexual hace referencia a la dificultad para realizar el coito. La disfunción sexual abarca una variedad de trastornos que afectan a los aspectos siguientes:

- Deseo sexual (líbido)
- Capacidad para lograr o mantener una erección (disfunción eréctil o impotencia)
- Capacidad de eyaculación
- Capacidad de alcanzar una erección sin una deformidad en el pene
- Capacidad de alcanzar un orgasmo

La disfunción sexual puede ser consecuencia de determinados factores físicos o psicológicos. La mayoría de los problemas sexuales se deben a una combinación de factores físicos y psicológicos. Un problema físico puede conducir a la aparición de problemas psicológicos (como ansiedad, depresión o tensión emocional) que, por otro lado, es posible que agraven el problema físico. A veces, algunos hombres se presionan a sí mismos o se sienten presionados por su pareja para rendir sexualmente de forma adecuada, y se angustian cuando no pueden hacerlo (ansiedad de desempeño sexual). La ansiedad de desempeño sexual puede causar problemas y empeorar mucho más la capacidad de un hombre para disfrutar de las relaciones sexuales.

Los trastornos eyaculatorios son las disfunciones sexuales más frecuentes en los hombres. Los trastornos incluyen:

- Eyaculación prematura, antes o poco después de la penetración en la vagina (eyaculación precoz)
- Eyaculación en la vejiga (eyaculación retrógrada)
- Incapacidad de eyacular (aneyaculación)

Las disfunciones eréctiles son frecuentes en los hombres de mediana edad y de edad avanzada. Algunos también presentan reducción de la libido.

CAUSAS PSICOLÓGICAS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

- Enfado con la pareja
- Ansiedad
- Depresión
- Falta de sintonía o fastidio en la relación con la pareja
- Miedo al embarazo, dependencia de otra persona o pérdida de control
- Sentimientos de indiferencia hacia las prácticas sexuales o hacia la pareja
- Culpabilidad
- Inhibiciones o ignorancia del comportamiento sexual
- Ansiedad por el fracaso sexual (preocupación por el desempeño durante el coito)
- Experiencias traumáticas anteriores relacionadas con la actividad sexual (por ejemplo, violación, incesto, abuso sexual o disfunción sexual previa)

Función sexual masculina normal

La función sexual normal es una interacción compleja que implica la participación tanto de la mente como del cuerpo. Los sistemas nervioso, circulatorio y endocrino (hormonal) interactúan con la mente para producir una respuesta sexual. Una

interacción delicada y equilibrada entre estos sistemas controla la respuesta sexual masculina.

El **deseo** (también llamado estímulo sexual o libido) es el impulso por querer mantener relaciones sexuales. Puede desencadenarse por pensamientos, palabras, vistas, olores o tacto. El deseo lleva a la primera etapa del ciclo sexual, la excitación.

A continuación se produce la **excitación sexual**. Durante la excitación, el cerebro envía señales nerviosas a través de la médula espinal hasta el pene. Las arterias que suministran sangre a los tejidos eréctiles (cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso) responden haciéndose más anchas (relajación y dilatación). Las arterias aumentan notablemente el flujo sanguíneo a estas áreas, que se congestionan con sangre y se expanden. Esta expansión ejerce una presión que comprime las venas del pene, que normalmente evacúan la sangre del pene, pero que ahora retardan la salida de la sangre y elevan así la presión sanguínea dentro del pene. La presión elevada en el pene produce la erección y la rigidez. Asimismo, aumenta la tensión muscular en todo el cuerpo.

En la **fase de meseta**, se intensifican la excitación y la tensión muscular.

El **orgasmo** es el punto máximo o clímax de la excitación sexual. En el orgasmo, aumenta más la tensión muscular en todo el cuerpo, se contraen los músculos de la pelvis y a continuación sobreviene la eyaculación.

La **eyaculación** se produce cuando los nervios estimulan las contracciones musculares en los órganos reproductores masculinos: las vesículas seminales, la próstata, los conductos del epidídimo y los conductos deferentes. Estas contracciones hacen que el semen penetre en la uretra. La contracción de los músculos que rodean la uretra aumenta el impulso del semen hacia fuera del pene. El cuello de la vejiga también se contrae y evita así que el semen retroceda y vaya hacia la vejiga.

Aunque la eyaculación y el orgasmo con frecuencia se producen simultáneamente, son fenómenos separados. Con poca frecuencia puede producirse una eyaculación sin orgasmo. Igualmente, el orgasmo puede producirse sin eyaculación, sobre todo antes de la pubertad o como efecto secundario de determinados medicamentos (como antidepresivos) o tras una cirugía (como la extirpación del colon o la próstata). Por lo general, el orgasmo suele ser muy placentero.

En la **fase de resolución**, el cuerpo vuelve al estado anterior a la excitación. Una vez alcanzada la eyaculación o el orgasmo, las arterias del pene se constriñen y el músculo liso de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso se contrae, reduciendo con ello el aporte de sangre y aumentando su salida, de modo que el pene recupera la flacidez (detumescencia). Después de un orgasmo no puede conseguirse una segunda erección durante algún tiempo (periodo refractario), a menudo unos 20 minutos o menos en los hombres jóvenes, pero más en los mayores, debido a que suele aumentar con la edad.

ACTIVIDAD SEXUAL Y CARDIOPATÍA

Por lo general, la actividad sexual requiere menos esfuerzo que una actividad física moderada o dura, y por lo tanto suele ser segura para los hombres con una enfermedad cardíaca. Pese a que el riesgo de sufrir un infarto es más alto durante el acto sexual que durante el reposo, el riesgo es muy bajo.

No obstante, los hombres sexualmente activos con trastornos cardíacos y del sistema cardiovascular (que incluyen angina de pecho, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, arritmia y obstrucción de la válvula aórtica [estenosis de la válvula aórtica]) deben pasar por la consulta médica. Por lo general, la actividad sexual es segura si la enfermedad es leve, si causa pocos síntomas y si la presión arterial es normal. Si la enfermedad es de gravedad moderada o si el sujeto tiene otras enfermedades que hacen probable un infarto, puede ser necesario efectuar pruebas para determinar hasta qué punto es segura la actividad sexual. Si la enfermedad es grave o si se tiene un aumento de tamaño del corazón que obstruye el flujo de sangre que sale del ventrículo izquierdo (miocardiopatía obstructiva), debe diferirse la actividad sexual hasta que el tratamiento reduzca la gravedad de los síntomas. Debe consultarse con el médico en qué momento puede reanudarse la actividad sexual después de haber sufrido un ataque al corazón. Según las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la actividad sexual se puede reanudar tan solo 1 semana después de un ataque al corazón si la actividad física entre suave y moderada no provoca dolor torácico ni dificultad para respirar.

El uso de sildenafil, vardenafil, avanafil o tadalafil es peligroso en los hombres que toman nitroglicerina, dado que puede producirse una hipotensión arterial peligrosa.

Habitualmente, entre las pruebas para determinar la seguridad de la actividad sexual se encuentra la monitorización cardíaca para detectar indicios de un aporte deficiente de sangre mientras se realiza ejercicio en una cinta de correr. Si el suministro de sangre es adecuado durante el esfuerzo, es muy improbable que se produzca un infarto durante la actividad sexual.

(Fuente: Merck y los Manuales Merck)

INFECCIONES NASALES BACTERIANAS

Por **Marvin P. Fried, MD, Professor and University Chairman, Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Montefiore Medical Center, The University Hospital of Albert Einstein College of Medicine**

Ciertas bacterias pueden provocar la aparición de granos y forúnculos justo en la abertura de cada ventana nasal (vestíbulo nasal).

Vestibulitis nasal

Las infecciones menores en la entrada de la nariz (lo que se denomina vestibulitis nasal) pueden provocar ampollas en la base de los pelos nasales (foliculitis) y en ocasiones costras alrededor de las ventanas nasales. La causa suele ser la bacteria *Staphylococcus*. La infección puede producirse por hurgarse la nariz o por sonarse con demasiada intensidad, y causa costras molestas y sangrado cuando la costra se desprende.

Las pomadas de bacitracina o mupirocina suelen curar la vestibulitis nasal. Puede ser necesario usarlas durante muchas semanas.

Furúnculos nasales

Las infecciones más graves provocan forúnculos en el vestíbulo nasal. Los forúnculos nasales pueden convertirse en una infección que se propague bajo la piel de la punta de la nariz (celulitis). Al médico le preocupan las infecciones en esta parte de la cara porque desde ahí las venas se dirigen hacia el cerebro. Si las bacterias se propagan hacia el cerebro por estas venas, puede producirse una afección potencialmente mortal denominada trombosis del seno cavernoso.

Para tratar un forúnculo nasal suele tomarse antibiótico por vía oral y aplicar una pomada de mupirocina y paños húmedos calientes tres veces al día, durante unos 15 a 20 minutos cada vez. Puede ser necesario drenar quirúrgicamente los forúnculos grandes o los que no responden al tratamiento con antibióticos.

(Fuente: Merck y los Manuales Merck)

CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE



(Se publicaran diversos temas que nos envían diversas revistas científicas y la Unión Europea).

LOS CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS Y LA SALUD: LAS PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN (PM)

¿Qué son?

Al respirar inhalamos los gases, vapores y partículas que hay en el aire. La composición de las partículas en suspensión puede ser una mezcla muy variada. Por ello se clasifican según su medida y según como se comportan al respirar, más que según su contenido. Hay partículas de diámetro aerodinámico igual o inferior a 10 μm (PM10) que suelen llegar más allá de la garganta. Las que tienen un diámetro igual o inferior a 2,5 μm (PM2,5) pueden llegar hasta los pulmones. Finalmente las partículas ultrafinas, con un diámetro igual o inferior a 0,1 μm , que pueden pasar del alveolo pulmonar a la sangre.

¿De dónde proceden?

En zonas urbanas la fuente principal es el tráfico. Se generan sobre todo por la combustión en los motores, pero también por el roce de las ruedas con el pavimento.

Los humos de los motores diesel están formados en gran parte por partículas finas y ultrafinas de hidrocarburos, debidas a una combustión incompleta. Por esto el uso creciente del diesel preocupa desde el punto de vista ambiental. También hay partículas de origen natural (aerosoles marinos, erosión, intrusión de polvo africano) o por otras actividades humanas (obras públicas y construcción, minería, fabricación de cerámicas o cemento...).

La suspensión y resuspensión de las partículas es más marcada en episodios de sequía.

¿Porque nos preocupan?

Las partículas en suspensión presentes en el aire causan efectos negativos sobre la salud. Esto se ha demostrado tanto con partículas finas como con las gruesas. Afectan especialmente al aparato respiratorio y al sistema cardiovascular.

Se ha demostrado que la exposición a largo plazo a partículas en concentraciones relativamente bajas, habituales en el medio urbano, puede afectar a los pulmones tanto de niños como de adultos. Estadísticamente la exposición a estas concentraciones se ha asociado a una disminución de unos meses en la media de esperanza de vida de la población.

Las partículas más finas son más peligrosas. Otras características físicas, químicas y biológicas pueden influir en la aparición de efectos negativos para la salud. Hay colectivos más propensos a tener problemas de salud como consecuencia de las partículas presentes en el aire, especialmente la gente mayor, los niños, las personas con enfermedades cardíacas y pulmonares, y los asmáticos.

¿Qué efectos tienen sobre la salud?

Las partículas ultrafinas probablemente son capaces de causar más problemas que las partículas más grandes y pueden comportar riesgo de morir por enfermedad isquémica del corazón o arritmia letal. Parece que los pulmones dejan pasar fácilmente estas partículas del aire inspirado hasta la sangre.

También se apunta que el aumento en la concentración de PM_{2,5} incrementa la frecuencia cardíaca y causa un mayor riesgo de arritmia.

¿Cómo están reguladas?

El Real Decreto 102/2011 relativo a la mejora de la calidad del aire y que traspone una directiva europea establece los valores límite y objetivo de protección de la salud para las partículas PM₁₀ i PM_{2,5}.

PM ₁₀		
Valores límite vigentes a partir de 2005	Valor límite diario (VLd)	50 µg/m ³
	Superaciones del valor límite diario	No se podrá superar más de 35 ocasiones por año Percentil 90,4 igual o inferior a 50 µg/m ³
	Valor límite media anual (VLa)	40 µg/m ³

PM _{2,5}		
Valor objetivo vigente a partir de 2010	Valor objetivo anual	25 µg/m ³
Valor límite vigente a partir de 2015	Valor límite media anual (VLa)	25 µg/m ³
	Margen de tolerancia del valor límite anual (MdTa)	5 µg/m ³ para el año 2008 (reducción anual, estableciéndose: 4 µg/m ³ el 2009 y 2010; 3 µg/m ³ el 2011; 2 µg/m ³ el 2012; 1 µg/m ³ el 2013 y 2014)
Valor límite vigente a partir del 2020	Valor límite media anual (VLa)	20 µg/m ³

Organització Mundial de la Salut (OMS)

Residuos comerciales (Ley 22/2011, de 28 de julio)

Son los residuos generados por la actividad propia del comercio, al por mayor y al por menor, de los servicios de restauración, bares y cafeterías, de la hostelería, de las oficinas, de los mercados, así como del resto del sector servicios. Son esencialmente residuos de envases y embalajes, flejes, excedentes de mercancía sin valor económico, productos defectuosos, productos caducados, así como residuos procedentes de centros sanitarios y veterinarios que no pertenezcan a los grupos I y II, definidos en el **Reglamento autonómico de residuos**.

El principal problema de estos residuos es que, si se trata de residuos no peligrosos y se mezclan con los domésticos, tienden a saturar los circuitos de recogida, por lo que requieren circuitos diferenciados para optimizar la gestión.

Ejemplos de residuos comerciales: Envases y embalajes rotos, defectuosos o inservibles, flejes, excedentes de mercancías sin valor económico, materiales y productos defectuosos, productos caducados, residuos punzantes y cortantes, residuos procedentes de centros sanitarios y veterinarios de los grupos III, IV y V, etc.

La ONU denuncia el comercio ilegal y el vertido de residuos electrónicos





(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



EL ENTORNO DEL EL CAMPILLO-HUELVA-ANDALUCIA

Después de tanta contaminación, tanto abandono por parte de muchas administraciones, bueno será recrearnos en el entorno natural de EL CAMPILLO (Huelva-Andalucía), su Alcaldesa, esa “campillera” que adora a su tierra y, se multiplica por hacerle la vida más agradable a sus vecinos, sin olvidar a los visitantes de esa magnífica zona.

Hoy, con esa valiosísima colaboración de nuestro amigo JOSE M^a. DELGADO BARBA, más que magnificó fotógrafo, no sería posible publicar estas fotografías, que son más que fotos, son obra de arte.

¡No se preocupen!, tendremos muchos más artículos con las obras de arte de nuestro amigo José M^a. Delgado Barba.

Estoy preparando varios artículos sobre el Municipio de EL CAMPILLO y su entorno, con solo fotografías de este artista.



Río Odiel, en El Campillo.



Puente de los Cinco Ojos.





Puente colgante sobre el Tintillo.

Puente Chapa, en El Campillo.



Zona minera con El Campillo al fondo.





Jilguero. (*Carduelis carduelis*).



Verdecillo o chamarín (*Serinus serinus*).



DERECHO Y SENTENCIAS

VIVIENDAS VACACIONALES

Decreto 113/2015, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de las viviendas vacacionales de la Comunidad Autónoma de Canaria



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en el apartado 21 de su artículo 30, atribuye a la Comunidad Autónoma de Canarias la competencia exclusiva en materia de turismo.

En el ámbito de esta competencia exclusiva y en el ejercicio de la potestad legislativa, se aprobó la Ley 7/1995, de 6 de abril, de Ordenación del Turismo de Canarias, que en su redacción actual, establece que los servicios de alojamiento turístico se ofertarán dentro de las modalidades hotelera o extrahotelera; así como que el Gobierno de Canarias reglamentaría los tipos de establecimientos comprendidos dentro de cada modalidad. Este mandato legal se realizó con la aprobación del Decreto 142/2010, de 4 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de la Actividad Turística de Alojamiento.

Posteriormente, las Cortes Generales aprobaron la Ley 4/2013, de 4 de junio, de medidas de flexibilización y fomento del mercado del alquiler de viviendas, que en su artículo primero, apartado 2, añade una letra e) al artículo 5 de la Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos, por la que queda excluida del ámbito de aplicación de la citada Ley, "la cesión temporal de uso de la totalidad de una vivienda amueblada y equipada en condiciones de uso inmediato, comercializada o promocionada en canales de oferta turística y realizada con finalidad lucrativa, cuando esté sometida a un régimen específico, derivado de su normativa sectorial".

Es por todo lo anteriormente expuesto, por lo que se considera necesario, el desarrollo de la regulación que determine las condiciones y requisitos que deben cumplir las viviendas vacacionales, incorporándolas a la regulación de los establecimientos de alojamientos turísticos, como una nueva tipología en la modalidad extrahotelera. No obstante, debido a las características especiales de esta tipología extrahotelera, a desarrollar en viviendas que han sido construidas o rehabilitadas conforme a unos requisitos ya regulados por su normativa específica, que los diferencian del resto de las tipologías de establecimientos turísticos de alojamiento, no le deben resultar de aplicación ni los requisitos constructivos ni los de equipamientos o servicios aplicables al resto de los establecimientos turísticos de alojamiento, debiendo cumplir unos requisitos específicos.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

El Decreto está compuesto por un artículo único, dedicado a la aprobación del Reglamento de las viviendas vacacionales de la Comunidad Autónoma de Canarias, cuyo texto se inserta a continuación, una disposición adicional de modificación del Reglamento de la actividad turística de alojamiento aprobado por el Decreto 142/2010, de 4 de octubre, dos disposiciones finales, de habilitación y entrada en vigor y un anexo con el contenido del Reglamento.

El Reglamento consta de cuatro capítulos y tres anexos.

El Capítulo I, referido a las disposiciones generales, se ocupa del objeto, definiciones, ámbito de aplicación, régimen jurídico, así como los dedicados a las prohibiciones y aspectos relacionados con la identificación (placa-distintivo) e información y publicidad de las viviendas vacacionales.

El Capítulo II se ocupa de las condiciones de uso y requisitos de seguridad, requisitos funcionales y los requisitos de equipamientos mínimos que deben tener las viviendas vacacionales, así como información de los precios a cobrar. Estos requisitos se entienden complementarios a los ya exigidos por el Decreto 117/ 2006, de 1 de agosto, por el que se regulan las condiciones de habitabilidad de las viviendas y el procedimiento para la obtención de la cédula de habitabilidad.

El Capítulo III establece el régimen de explotación de las viviendas vacacionales así como el procedimiento de declaración responsable de inicio de la actividad, conforme al régimen de declaración responsable establecido con carácter general por la Ley de Ordenación del Turismo de Canarias, en sus artículos 13.2.a) y 24.1. A esta declaración se acompañará el documento que corresponda, en función de la fecha en que se hubiera solicitado o se solicitase la licencia de edificación de la vivienda, es decir, se acompañará, la declaración responsable de ocupación de inmuebles o instalaciones, conforme establece el artículo 166-bis del Texto Refundido de las leyes de Ordenación del Territorio de Canarias y de Espacios Naturales de Canarias, o en su caso, la cédula de habitabilidad, o licencia de primera ocupación, en base a las condiciones establecidas en el Decreto 117/2006, de 1 de agosto, por el que se regulan las condiciones de habitabilidad de las viviendas o norma que lo sustituya. Asimismo

también deberá acompañarse, en los casos de viviendas sometidas al régimen de propiedad horizontal, de la declaración de no existir prohibición expresa en los Estatutos de la Comunidad de Propietarios, para realizar la actividad de vivienda vacacional; así como, si procediera, de la declaración de la imposibilidad de colocación de la placa distintivo en el exterior de la vivienda vacacional, por la existencia de prohibición expresa por parte de la Comunidad de Propietarios, de colocación de placas de identificación en las zonas comunes o exteriores de la vivienda. En este capítulo también se regula el procedimiento de comunicación de modificaciones e incidencias en el ejercicio de la actividad, así como el procedimiento de comunicación a los Cabildos Insulares del cese de la actividad.

El Capítulo IV se dedica a las reclamaciones y a la inspección y régimen sancionador.

Y finalmente los tres anexos, conteniendo, el primero, el modelo de placa-distintivo a exhibir por las viviendas vacacionales, el segundo con los datos mínimos a incluir en la declaración responsable de inicio de la actividad, y el tercero con las declaraciones a presentar junto a la declaración de inicio de actividad.

En su virtud, a propuesta del Presidente, de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Canarias y previa deliberación del Gobierno en sesión celebrada el día 22 de mayo de 2015,

DISPONGO:

Artículo único.- Aprobación del Reglamento.

Se aprueba el Reglamento de las viviendas vacacionales de la Comunidad Autónoma de Canarias, que figura como anexo al presente Decreto.

Disposición adicional única.- Modificación del Reglamento de la actividad turística de alojamiento.

Se modifica el Reglamento de la actividad turística de alojamiento, aprobado por el Decreto 142/2010, de 4 de octubre, en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 3, que queda con la siguiente redacción:

"Artículo 3.- Régimen jurídico.

1. Todos los establecimientos turísticos de alojamiento objeto de regulación, están obligados a cumplir las prescripciones contenidas en la Ley de Ordenación del Turismo de Canarias, y el resto de las normas que le sean de aplicación.

2. Asimismo, los establecimientos turísticos de alojamiento están obligados a cumplir las prescripciones contenidas en el presente Reglamento, salvo las viviendas vacacionales que se regirán por su reglamentación específica."

Dos. Se modifica el artículo 5, que queda con la siguiente redacción:

"Artículo 5.- Tipologías.

1. La modalidad hotelera comprende los siguientes tipos de establecimientos:

a) Hotel.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

b) Hotel urbano.

c) Hotel emblemático.

d) Hotel rural.

2. La modalidad extrahotelera comprende los siguientes tipos de establecimientos:

a) Apartamento.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

b) Villa.

c) Casa emblemática.

d) Casa rural.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

e) Vivienda vacacional".

Disposición final primera.- Habilitación.

Se faculta a la persona titular del departamento de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias con competencias en materia de turismo para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución del Reglamento que se aprueba, así como para modificar el contenido de sus anexos.

Disposición final segunda.- Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Canarias.

Dado en Santa Cruz de Tenerife, a 22 de mayo de 2015.

A N E X O

REGLAMENTO DE LAS VIVIENDAS VACACIONALES

DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto.

El presente Reglamento tiene por objeto la regulación de las viviendas vacacionales en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Artículo 2.- Definiciones.

A los efectos del presente Reglamento se entiende por:

- a) Viviendas vacacionales: las viviendas, que amuebladas y equipadas en condiciones de uso inmediato y reuniendo los requisitos previstos en este Reglamento, son comercializadas o promocionadas en canales de oferta turística, para ser cedidas temporalmente y en su totalidad a terceros, de forma habitual, con fines de alojamiento vacacional y a cambio de un precio.
- b) Canales de oferta turística: las agencias de viajes, centrales de reserva y otras empresas de intermediación y organización de servicios turísticos, incluidos los canales de intermediación virtuales; páginas webs de promoción, publicidad, reserva o alquiler; y publicidad realizada por cualquier medio de comunicación.
- c) Forma habitual: la cesión de la vivienda, dos o más veces dentro del periodo de un año o una vez al año, pero en repetidas ocasiones.
- d) Cesión temporal: toda ocupación de la vivienda por un periodo de tiempo, que no implique cambio de residencia por parte de la persona usuaria.
- e) Empresas explotadoras de viviendas vacacionales: las personas propietarias o las personas físicas o jurídicas, cuya actividad profesional, principal o no, consista en la cesión a título oneroso del uso y disfrute de las viviendas que cumplan los requisitos previstos en el presente Reglamento.

Artículo 3.- **Ámbito de aplicación.**

1. Quedan sujetas a este Reglamento las viviendas ubicadas en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias, que, edificadas de acuerdo a la normativa urbanística y a las determinaciones del planeamiento sobre usos del suelo y la edificación, cuenten con las preceptivas licencias y autorizaciones exigibles.
2. Quedan expresamente excluidas del ámbito de aplicación de este Reglamento, las edificaciones ubicadas en suelos turísticos que se encuentren dentro de las zonas turísticas o de las urbanizaciones turísticas, así como las viviendas ubicadas en urbanizaciones turísticas o en urbanizaciones mixtas residenciales turísticas, conforme a las definiciones establecidas en la Ley 2/2013, de 29 de mayo, de renovación y modernización turística de Canarias.

Artículo 4.- **Régimen jurídico.**

Las viviendas objeto de la presente regulación deberán cumplir las prescripciones contenidas en la Ley de Ordenación del Turismo de Canarias, las contenidas en el presente Reglamento y el resto de las normas sectoriales que les sean de aplicación, especialmente las de seguridad, salubridad, urbanísticas, técnicas, habitabilidad, accesibilidad y en general, la de actividades clasificadas.

Artículo 5.- **Prohibiciones.**

1. Queda prohibido, a las personas propietarias de las viviendas vacacionales o en su caso a las personas físicas o jurídicas a las que previamente la persona propietaria haya

encomendado la explotación de la misma, alojar un mayor número de personas de las que correspondan a la capacidad de la vivienda establecida por el número de dormitorios y ocupación, según los datos incluidos en la declaración responsable de ocupación de inmuebles o instalaciones, o en su caso, la cédula de habitabilidad o licencia de primera ocupación.

2. Queda prohibido, en todo caso, a los usuarios:

a) Destinar la vivienda vacacional a fines que no sean los propiamente turísticos para los que se contrató.

b) Realizar cualquier actividad que entre en contradicción con los usos de convivencia, higiene y orden público habituales o que impida el normal descanso de otras personas usuarias del inmueble.

c) Contravenir las normas de régimen interior de la comunidad de propietarios donde la vivienda vacacional se ubique.

Artículo 6.- Placa-distintivo.

Las viviendas vacacionales, exhibirán, siempre que no conste prohibición expresa por parte de las normas de la comunidad de propietarios, en la entrada, en lugar visible, una placa-distintivo según el formato y características establecidas en el anexo 1 del presente Reglamento, donde conste el número de inscripción en el Registro General Turístico de la Comunidad autónoma de Canarias, que se le hubiese asignado.

Artículo 7.- Información y publicidad.

1. La publicidad, oferta y gestión de las viviendas vacacionales se ajustará a las exigencias de veracidad, objetividad y buena fe, proporcionando a la persona usuaria información suficiente sobre las características de aquellas, las condiciones de uso y las prestaciones que comprenden los servicios contratados; todo ello sin perjuicio de lo dispuesto por las normas vigentes sobre publicidad y defensa del consumidor y de la persona usuaria.

2. La promoción de las viviendas vacacionales habrá de efectuarse de forma que no induzca a confusión o error acerca de su modalidad y tipología, quedando expresamente clara su modalidad extrahotelera y su tipología de casa vacacional.

3. Las personas propietarias y las empresas explotadoras de viviendas vacacionales, estarán obligadas a incluir, en toda la publicidad que efectúen y cualquiera que sea el medio empleado, el número de registro que les haya sido asignado.

4. Existirá en cada vivienda vacacional, en un lugar visible, un cartel informativo con un número de teléfono de atención, en horario como mínimo de 8.00 h a 20.00 h, que permita resolver cualquier incidencia relativa a la misma, así como teléfonos y direcciones de los servicios de emergencia y sanitarios, redactado al menos en los idiomas castellano e inglés.

5. Con carácter previo a la formalización de la reserva o contratación del servicio de alojamiento, se informará de las condiciones de acceso a la vivienda vacacional, horas de entrada y salida, admisión de animales de compañía, régimen de reservas y precios del servicio ofertado, así como cualquier otro requisito necesario para el uso de la vivienda vacacional.

6. Las prohibiciones establecidas en el artículo 5.2 de este Reglamento, deberán ser anunciadas de forma visible en una zona de fácil lectura dentro de la vivienda vacacional, al menos en los idiomas castellano e inglés y puestas en conocimiento, previamente o en el momento de la contratación, a las personas usuarias de la misma.

CAPÍTULO II

CONDICIONES DE USO, REQUISITOS Y EQUIPAMIENTOS

DE LAS VIVIENDAS VACACIONALES

Artículo 8.- Condiciones de uso y requisitos de seguridad.

1. Las viviendas vacacionales deberán permanecer en un adecuado estado de conservación y ponerse a disposición de las personas usuarias en perfectas condiciones de limpieza e higiene, de tal forma que se permita su utilización con carácter inmediato.

2. Las personas propietarias de las viviendas o en su caso, las personas físicas o jurídicas a las que previamente la persona propietaria haya encomendado la explotación de la misma, deberán remitir a la Dirección General de Policía la información relativa a la estancia de las personas que se alojan en ella, de acuerdo con las normas legales de registro documental e información que se exigen en la normativa vigente en materia de protección de la seguridad ciudadana y demás disposiciones aplicables.

Artículo 9.- Requisitos funcionales.

1. El diseño y las dimensiones de la vivienda serán tales que admitan una adecuada dotación de muebles, facilitando, junto con sus instalaciones y equipos las actividades de descanso y vestuario, aseo, manutención, estar, almacenaje y acceso a los servicios de telecomunicaciones, en su caso.

2. Las dimensiones mínimas, elementos de equipamientos y cómputo de los metros cuadrados útiles del programa de la vivienda, así como su ocupación, de acuerdo con el número de dormitorios dobles o individuales con los que cuenta, deberán estar en concordancia con lo requerido en el Decreto 117/2006, de 1 de agosto, por el que se regulan las condiciones de habitabilidad de las viviendas o norma que lo sustituya.

Artículo 10.- Requisitos de equipamientos mínimos.

Las viviendas vacacionales deberán contar con el equipamiento mínimo establecido en el presente artículo, en cada una de sus dependencias, de forma proporcional al número de sus ocupantes y acorde a la actividad desarrollada en las mismas, siendo:

1. Equipamiento general.

a) Cierre interior de seguridad en puertas de acceso.

b) Botiquín de primeros auxilios.

2. Dormitorio.

a) Iluminación para la lectura junto a cada cama.

b) Sistema efectivo de oscurecimiento de cada dormitorio con los que cuente.

c) Perchas de material no deformable y estilo homogéneo adecuadas al número de personas usuarias.

d) Camas dobles o individuales con las siguientes dimensiones mínimas:

- Individuales: 0,90 m x 1,90 m

- Dobles: 1,35 m x 1,90 m

e) Equipamiento mínimo y ropa de cama suficiente por persona usuaria:

- Protector de colchón.

- Sábanas o similar.

- Manta.

- Almohada.

- Cubrecama.

En caso de que la contratación fuese superior a una semana, se dotará de otro juego de cama por persona usuaria para cada semana o fracción.

3. Baño.

- Espejo.

- Secador.

- Porta-rollos para papel higiénico.

- Alfombrilla.

- Soporte, con capacidad suficiente, para colocar objetos de aseo en caso de no contar con encimera o similar.

- Toalleros, perchas o colgadores con capacidad suficiente.

- Sistema que impida la salida de agua en la bañera o plato de ducha.

- Toallas de baño por cada persona usuaria.

- Toalla de mano por cada persona usuaria.

- Cuando la estancia fuese superior a una semana, se dotará de otro juego de toallas por persona usuaria para cada semana o fracción.

4. Cocina.

- Horno o microondas.

- Cafetera.

- Vajilla, cubertería y cristalería en número adecuado a la capacidad de las personas usuarias.

- Menaje y lencería suficiente para la manipulación y consumo de alimentos.

- Utensilios de limpieza.

- Plancha y tabla de planchar.

Artículo 11.- Precios.

1. En las viviendas vacacionales deberán figurar expuestos los precios del servicio de alojamiento, conteniendo la fecha en que se publiciten o anuncien públicamente, y, por tanto, se apliquen.

2. No se podrán cobrar precios superiores, ni se podrá cobrar por conceptos no solicitados o que no estén indicados en los canales de oferta turística o que no se reflejen en el documento que se ha de entregar a la persona usuaria a la hora de la contratación, de acuerdo con los artículos 7.5 y 12.4

CAPÍTULO III

RÉGIMEN DE EXPLOTACIÓN, PROCEDIMIENTO DE INICIO

CAPÍTULO IV

RECLAMACIONES, INSPECCIÓN Y RÉGIMEN SANCIONADOR

LA DENUNCIA



(Este apartado, lo dedicaremos a denunciar todas las irregularidades que puedan afectar a la su salud y seguridad de las personas que usan la sanidad y el medio ambiente).

MIL BOCHORNOSOS DÍAS SIN TREN... Y LO QUE QUEDA

NO HAY FECHAS PARA LA LLEGADA DE LA ALTA VELOCIDAD NI COMPROMISOS CONCRETOS PARA EL SOTERRAMIENTO Y LA VARIANTE DE LOJA



<http://www.elindependientedegranada.es/>-Granada, domingo 31 de diciembre de 2017-
Granada cumple un triste aniversario con el temor de que el aislamiento ferroviario se prolongue más allá incluso de los tres años.-

SOTO DEL REAL MADRID-21-ENERO-2018





COX-ALICANTE-24-01-2018







1er. Comentario:

yo llevo trece años viviendo en una calle cercana al auditorio y hace muchísimo tiempo q estuve haciendo fotos y ya estaba todo en un estado lamentable y las “cacas” de perro ni te cuento, salgo a andar x allí x las mañanas y eso va de largo, fíjate q ni siquiera estaba hecho el parque infantil cuando yo hice fotos y las puse en mi Facebook y nadie nunca puso remedio a la situación y no me parece justo q ahora se denuncie como queriéndolo achacar a un gobierno cuando eso viene desde hace tantos años y desde luego q el gobierno actual tampoco lo ha solucionado pero q al cesar lo q ws del cesar.

2º. Comentario:

Cuando la gente hace alusión: no eso es que era de antes, no es que diez años así, etc... la cuestión es que si tiene solución, que el mantenimiento de aquella zona pueda mejorar, es lo que hay que reclamar, gobierne quien gobierne, o es que acaso porque ahora hayan otros gobernando la suciedad es pasable y antes no... el problema de la suciedad en zonas nuevas del pueblo, es un problema crónificado que nadie se ha parado a resolver 100 por cien... más limpieza, gobierne quien gobierne, esos vecinos contribuyen lo mismo, que el que vive en la Glorieta.

TARRAGONA ES LA CIUDAD ESPAÑOLA CON MÁS ENTIDADES VECINALES POR HABITANTE



Los ciudadanos no se sienten representados porque, según dicen, "los presidentes priorizan sus intereses personales" <https://www.diaridetarragona.com> Carla Pomerol

2 de Abril de 2017 -

Tarragona es la ciudad española que cuenta con más asociaciones de vecinos por habitante. Hay una entidad por cada 2.200 tarraconenses. Concretamente, 61. Según la tesis doctoral del sociólogo David Dueñas, Marbella es la número 2 del ranking, con 40 asociaciones de vecinos. Las 61 de Tarragona se pueden dividir en seis zonas con realidades sociales muy diversas: Llevant, Ponent, Part Alta, Part Baixa, los barrios de la parte norte (Sant Pere i Sant Pau, Sant Ramon y Sant Salvador) y, por último, la zona del centro de la ciudad. Además, el municipio también cuenta con tres federaciones de vecinos: la Federació d'Associacions de Veïns de Tarragona (FAVT), la Federació de Veïns de l'Àrea de Llevant y las Associacions Veïnals Federades Segle XXI.

En muchas ocasiones, el Diari de Tarragona, dice grandes verdades, ¡lástima que no sea más seguido!.

Según uno de los últimos censos, Campo Claro cuenta con 9.669 habitantes, tiene CUATRO asociaciones de vecinos, les corresponden 2.417,25 vecinos por asociación.

En la anterior revista, publique un breve resumen de la reunión mantenida con una de las asociaciones de vecinos y la Guardia Urbana, para exponer los problemas e, intentar dar solución.

¡Cuidado la Policía Urbana, hace lo que les manda!, reunión con las juntas directivas de las asociaciones de vecinos, ¡pues bien!, reuniones.

La Policía, conoce mejor el problema del Barrio de Campo Claro, que muchos de los que vivimos en el, ¿Cuál es el problema?, que el actual gobierno del Ayuntamiento de Tarragona, quiere tener concentrado entre TRES O CUATRO BLOQUES, el grave

problema, de esta manera, solo perjudica a unos pocos, pero beneficia a muchos, la Urbana, que pasee con los coches sin mirar a derecho o izquierda, solo al frente.

Las AA.VV. que son CUATRO, a lo suyo, a conseguir un puesto de trabajo en el ayuntamiento para ellos o para sus familiares, a los vecinos que dicen representar, ¡ajos y agua!, es la puñetera realidad de Campo Claro, ningún Partido político, se atreve a pasear por todo el entorno y por todos los Bloques, ¡tienen miedo!, se pasean por la avenida de los Barrios de “Ponent”.

Para terminar de ilustrar este artículo, recordare un luchador por el Barrio “Dueñas”, para este luchador, todo persona que no fuese Socialista o comunista, eran “facistas” jejee, ¡perdonen esta sonrisa!, ¡luchador hasta que le dieron un buen trabajo en el Puerto de Tarragona.



(Foto de archivo-28-02-2018-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

PUEBLOS DE ESPAÑA



(Siempre buscaremos Pueblos y Ciudades, que no superen los CINCO MIL habitantes).

FRIAS



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Frías es un municipio y ciudad de España, al norte de la provincia de Burgos, comunidad autónoma de Castilla y León. La ciudad es la cabecera del municipio, enmarcado en la comarca de Las Merindades, partido judicial de Villarcayo.

El municipio, que tiene una superficie de 29,37 km², cuenta según el padrón municipal para 2016 con 258 habitantes.

Frías se ubica en un estratégico emplazamiento para cruzar el río Ebro que se ha venido utilizando al menos desde la época romana. La primera referencia histórica se remonta al año 867, en plena repoblación de estas tierras después de su conquista a los musulmanes. En el siglo XI el conde Sancho García, conocido por el sobrenombre de "*el de los buenos fueros*", adquiere la ciudad. A su muerte Frías se integra en el reino de Pamplona Nájera (predecesor del reino de Navarra) bajo el reinado de Sancho Garcés III el Mayor.

En 1202, el rey Alfonso VIII le otorga el Fuero de Logroño para darle mayor bienestar e independencia, favoreciendo el desarrollo económico de la población, que llegó a contar con una judería. Pasa a depender de Castilla y extiende su influencia por todo el Valle de Tobalina. En el siglo XIV se construye sobre el puente una torre con el objetivo de cobrar más eficientemente el pontazgo.

En 1435, el rey Juan II de Castilla otorgó a la villa el título de ciudad con el objetivo de intercambiársela a Pedro Fernández de Velasco, conde de Haro, por Peñafiel. La población de Frías se negó a aceptar al Conde de Haro como su señor, lo que llevó al enfrentamiento y asedio de la plaza, que tuvo que rendirse tras un largo tiempo, y acatar las normas del nuevo señor.

En 1492 los Reyes Católicos crean el Ducado de Frías, que otorgan a los Velasco.

En el nomenclátor de Floridablanca (1789), la ciudad de Frías aparece, junto «*con sus barrios de Quintanaseca y Tovera*», dentro del partido de Castilla la Vieja en Burgos, listado entre los «pueblos solos». Como tal es señorío secular, ejercido por el Duque de Frías, con Alcalde Mayor de Señorío y otro Ordinario.

A la caída del Antiguo Régimen queda constituida como ayuntamiento constitucional del mismo nombre en el partido Briviesca, región de Castilla la Vieja; contaba entonces con **790** habitantes.



Arquitectura popular de la calle del Mercado-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



Casa consistorial-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



Vista de Frías, con el castillo, la iglesia de San Vicente y las casas colgadas. (Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



Vista parcial de las casas colgadas-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



Puente de Frías



Vista del castillo desde el entramado urbano

El puente medieval de Frías, de 143 m de longitud y 9 arcos, es de origen románico, posteriormente, en el s.XIV se le dotó de una torre defensiva en la parte central, con saeteras, almenas y matacanes, y cuyo paso era previo pago (cobro del pontazgo). Conecta la *Avenida del Salero* y la *Avenida de Santa María del Puente*.



Panorámica desde el castillo de Frías-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

SINGÜESA



Vista general de Sigüenza-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Breve historia de Sigüenza

Plinio el Viejo (siglo I a. C.) menciona en su *Naturalis Historia* a la ciudad de *Segontia* como una importante ciudad celtíbera, habitada por los arévacos; fue tomada por los romanos a raíz de la caída de la ciudad celtíbera de Numancia en el 133 a. C. Aparece relacionada en el Itinerario Antonino A-25.

Situada en el cerro de Villavieja, hacia el siglo V a.C. era una de las más importantes de la Celtiberia. La penetración cartaginesa del siglo III a. C. (previa a la II Guerra Púnica) llevó a Aníbal y luego a Asdrúbal a asediarla. En las guerras celtíberas (153 - 133 a.C.) se produjo la sumisión a la República romana. La ocupación romana estableció una zona militar que se separó de la zona residencial

Las tierras de Sigüenza han estado pobladas desde tiempos pretéritos, asomándonos a la Prehistoria ya encontramos asentamientos y refugios paleolíticos, como la pequeña “Cueva Mosa”.

Los celtíberos asentaron su castro en las lomas de los cerros de Villavieja y el Mirón, frente al actual emplazamiento, para levantar una vieja ciudad que les permitía controlar el paso entre los valles del Jalón y del Henares. Aquella ciudad fue arrasada y reducida a cenizas por los romanos durante las famosas Guerras de Hispania, que tras el sometimiento y pacificación, van a descender hasta el valle donde se van a asentar.

Con la descomposición del Imperio Romano y las invasiones Bárbaras, el control político de la Península Ibérica pasa a manos de los visigodos y en Sigüenza, ya Diócesis muy probablemente desde tiempo de los romanos, encontramos a su Obispo Protógenes firmando en las actas del III Concilio de Toledo del año 589, en el que los visigodos reniegan de la religión de Arrio para abrazar el cristianismo legado por la sociedad hispanorromana (recordemos que el Cristianismo había dejado de ser perseguido tras el Edicto de Milán (año 313), floreciendo sin cortapisas desde entonces en la Península Ibérica.

Brief history of Sigüenza

Pliny the Elder (1st century BC) mentions in his Naturalis History the city of Segontia as an important Celtiberian city, inhabited by the Arévacos; was taken by the Romans in the wake of the fall of the Celtiberian city of Numancia in 133 BC. C. It appears related in the Itinerary Antonino A-25.



Sepulcro del Doncel de Sigüenza, en la Catedral-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



Catedral de Santa María



Castillo y Parador Nacional de Sigüenza

(Imágenes insertadas por ADCUSPPYMA)



Vista general de Sigüenza-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



Río Dulce a su paso por la pedanía de La Cabrera



Río Henares a su paso por el término municipal

(Imágenes insertada por ADCUSPPYMA)



Embalse de El Atance, del Río Salado



Masa forestal al este de Sigüenza

(Imágenes insertadas por ADCUSPPYMA)



Vista del castillo de Sigüenza-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Durante el régimen franquista, y como resultado del acentuado éxodo rural, el término municipal de Sigüenza se incrementó por la anexión de 28 localidades: **Alboreca, Alcuneza, El Atance, Barbatona, La Barbolla Bujalcayado, Bujarrabal, La Cabrera, Carabias, Cercadillo, Cubillas del Pinar, Guijosa, Horna, Imón, Matas, Mojares, Moratillade Henares, Olmedillas, Palazuelos, Pelegrina, Pozancos, Querencia, Riba de Santiuste, Riosalido, Torre de Valdealmendras, Ures, Valdealmendras.**

During the Franco regime, and as a result of the rural exodus, the municipality of Sigüenza was increased by the annexation of 28 towns: **Alboreca, Alcuneza, El Atance, Barbatona, La Barbolla Bujalcayado, Bujarrabal, La Cabrera, Carabias, Cercadillo, Cubillas of Pinar, Guijosa, Horna, Imon, Matas, Mojares, Moratillade Henares, Olmedillas, Palazuelos, Pelegrina, Pozancos, Querencia, Riba de Santiuste, Riosalido, Torre de Valdealmendras, Ures, Valdealmendras**



Pozancos



Bujarrabal

(Imágenes insertadas por ADCUSPPYMA)



La Cabrera



Ures

(Imágenes insertadas por ADCUSPPYMA)



Gujosa-(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

SUS DERECHOS Y DEBERES



ARBITRAJE DE CONSUMO



1. ¿Quién puede ser reclamante y reclamado/da en un arbitraje de consumo?

Reclamante:

El arbitraje de consumo tiene como finalidad atender y resolver las reclamaciones de las personas consumidoras, surgidas en el marco de una relación de consumo.

¿Quién es consumidor o reclamante en el arbitraje de consumo? de acuerdo con el artículo 111-2 de la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, se entiende por personas consumidoras y usuarias las personas físicas o jurídicas que actúan en el marco de las relaciones de consumo en un ámbito ajeno a una actividad empresarial o profesional.

2. Es preciso remarcar que ésta es una prerrogativa importante que tienen las personas consumidoras frente al empresario/aria, quien no puede iniciar el procedimiento.

Reclamado/da:

El / la reclamado / a en el arbitraje de consumo deberá ser una persona física o jurídica, pública o privada que, en cumplimiento de un negocio o una profesión comercializa bienes o servicios, o de cualquier otro modo, actúa en el marco de su actividad empresarial. Per tanto, no podrá ser reclamado / a un / a particular que no desarrolle una actividad profesional.

Los conflictos entre dos particulares, ya sea como partes contratantes o por otro

tipos de relación (por ej., vecinos), no pueden ser planteados en el arbitraje de consumo, pero sí, en otros tipos de arbitraje, administrados por otros organismos.

2. ¿Qué puede ser objeto de arbitraje de consumo?

Sistema Arbitral de Consumo en Comunidades de Propietarios: **alternativa a la vía judicial**



Este sistema de resolución de conflictos es viable para aquellos conflictos de carácter civil o mercantil donde exista una relación de consumo: consumidor/a – comerciante/a, y sobre materias de libre disposición conforme a derecho.

Sin embargo, no pueden ser objeto de arbitraje de consumo los casos en los cuales concurra intoxicación, lesión, muerte o aquéllos en los que exista indicios racionales de delito (por ej., intoxicación en un restaurante, negligencias médicas, estafas, etc.), incluida la responsabilidad por daños y perjuicios directamente derivada de aquéllos, conforme al previsto en el artículo 57.1 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por lo que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias. Por otra parte, el/la presidente/a de la Junta Arbitral de Consumo podrá acordar la inadmisión de las solicitudes de arbitraje que sean infundadas y aquellas en las cuales no se aprecie afectación de los derechos y legítimos intereses económicos de las personas consumidoras y usuarias.

3. Características del arbitraje de consumo

El arbitraje de consumo se caracteriza por ser un sistema de resolución de conflictos:

3.1. Voluntario

La voluntariedad de ambas partes en conflicto de dejar su solución en manos de un tercero es un elemento esencial y necesario de todo arbitraje. Esto quiere decir que para

utilizar el arbitraje no sólo es suficiente con la presentación de una solicitud de arbitraje por parte de un/a consumidor/a o usuario/aria, sino que es preciso la aceptación voluntaria de esta vía por parte del empresario/aria o comerciante/a. La voluntad de ir en la vía arbitral se pone de manifiesto, por parte del reclamante, cuando presenta a la solicitud de arbitraje en una Junta Arbitral de Consumo, y por parte de la empresa, cuando acepta el arbitraje.

El empresario/aria o comerciante/a puede expresar su voluntad de aceptar el arbitraje de consumo de tres maneras:

- A través de una cláusula incorporada a un contrato o acuerdo independiente de las partes, tiene que expresar la voluntad de las partes de resolver a través del Sistema Arbitral de Consumo las controversias que puedan surgir o hayan surgido en una relación jurídica de consumo.
- El convenio arbitral tiene que constar por escrito, en un documento firmado por las partes o en intercambio de cartas, telegramas, télex, fax u otros medios de comunicación electrónica que permitan tener constancia del acuerdo, y se considera cumplido este requisito cuando el convenio arbitral conste y sea accesible para su ulterior consulta en soporte electrónico, óptico o de otro tipos.
- Mediante su adhesión al Sistema Arbitral de Consumo, la cual significa que el empresario/aria, firmante un documento de compromiso, se obliga a aceptar esta vía para los futuros conflictos que puedan plantear sus clientes, si estas la eligen. A cambio, el empresario/aria utiliza en su publicidad el distintivo de estar adherido a una Junta Arbitral de Consumo como una garantía de calidad añadida a los bienes y servicios que presta y una mayor credibilidad a sus clientes.

Mediante la aceptación del arbitraje de consumo de manera expresa como consecuencia de una solicitud de arbitraje que le ha sido trasladada por una Junta Arbitral de Consumo, a petición de la persona consumidora. En este caso sólo acepta que la reclamación concreta que hace el/la cliente/a sea resuelta a través del arbitraje y se obliga a cumplir el laudo que se dicte. Una vez concurre la voluntad de los partes de aceptar el arbitraje de consumo por cualquiera de estas formas, decimos que existe **convenio arbitral**.

3.2. Gratuito

La gratuidad diferencia este tipo de arbitraje de consumo de otros tipos de arbitraje.

Nos encontramos ante un procedimiento en el cual, si ambas partes en conflicto la aceptan, no les va a costar dinero y obtendrán un laudo o resolución equiparable y con los mismos efectos que una sentencia judicial.

Sólo el coste de peritajes realizados para dictar un laudo se puede hacer pagar a una o las dos partes, si han sido pedidos a instancia éstas o si el Órgano Arbitral ha observado mala fe en su actuación.

3.3. Ejecutivo

Eso quiere decir que aquello que decide el Órgano Arbitral, órgano encargado de resolver el conflicto en el arbitraje de consumo, vincula a ambas partes. Es como si se

tratase de una sentencia judicial, tiene los mismos efectos y tiene carácter de cosa juzgada.

Además, si una de las partes no cumple con lo establecido en el laudo, la otra parte tiene la posibilidad de pedir al Juez de 1ª Instancia del lugar donde se ha dictado el laudo que obligue a la primera a hacerlo. Este juez no entrará ya en el fondo del asunto, sólo ejecutará el laudo.

Asimismo constituye infracción administrativa al incumplir de un laudo arbitral en el plazo fijado, salvo acuerdo de las partes.

3.4. Objetivo

En un arbitraje de consumo no se defiende ninguna de las partes en conflicto sino que se hace justicia por el caso concreto. Para garantizar eso, se integran en el órgano decisorio del conflicto llamado el Órgano Arbitral, representantes de los/de las personas consumidoras, de los/de las empresarios/arias y de la Administración.

6. Procedimiento arbitral de consumo



6.1. Principios

- **Audiencia:** derecho de las partes a ser escuchadas a lo largo del procedimiento, a proponer pruebas y estar presente en su práctica.
- **Contradicción:** derecho de cada parte en contestar y defenderse de las pretensiones y alegaciones de la otra.
- **Igualdad:** las dos partes son consideradas como iguales en el procedimiento.
- **Oralidad:** es la práctica habitual, si bien la ley permite que la audiencia privada se pueda hacer por escrito.
- **Antiformalismo:** no es preceptivo abogado y procurador. Asimismo, la inactividad de las partes en el procedimiento no impide que se dicte un laudo plenamente eficaz.
- **Confidencialidad:** los/las árbitros, las partes y las Juntas Arbitrales de Consumo están obligadas a guardar la confidencialidad de las actuaciones que conozcan a través de las actuaciones arbitrales.

6.2. Tipos de arbitraje

El arbitraje de consumo se puede hacer:



- **En equidad:** los miembros del órgano arbitral dictarán su resolución teniendo en cuenta el sentido común, o sea, basándose en aquello que individualmente consideran que es el más justo para las partes según las circunstancias que concurran.



- **En derecho:** los miembros del órgano arbitral tienen que dictar la resolución basándose estrictamente en aquello que regulan las leyes vigentes en cada caso. En general si las partes no optan expresamente por un arbitraje en derecho, el órgano arbitral resuelve en equidad.

8. Recordatorio final



Las solicitudes de arbitraje se pueden presentar en la Junta Arbitral de Consumo más próxima al domicilio de la persona consumidora (Direcciones de interés: juntas arbitrales).

En Catalunya hay una Junta Arbitral de Consumo de ámbito autonómico dentro del Departamento de Empresa y Empleo de la Generalitat de Catalunya y ocho más de ámbito municipal.

Si compramos un producto o un servicio a un establecimiento adherido a una Junta Arbitral de Consumo tenemos la garantía que, en caso de conflictos, se resolverá a través de esta vía gratuita, sencilla, ágil y ejecutiva.

La adhesión a una Junta Arbitral de Consumo por parte de una empresa contribuye en resolver los conflictos entre esta y Establecimiento adherido las personas consumidoras y usuárias de una manera positiva y da garantía de una imagen de seriedad, credibilidad y profesionalidad.

ENFERMEDADES
RARAS



PACIENTES
ÚNICOS

(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina

However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)

PREGUNTAS BÁSICAS

Os ayudamos a entender más sobre genética a través de doce preguntas básicas relacionadas con las enfermedades genéticas y el diagnóstico genético:

¿Qué son los genes?

Los genes son las unidades funcionales del ADN. El genoma humano posee alrededor de 30.000 genes. El genoma es, por tanto, como un “libro de instrucciones” que se utiliza para todas nuestras células funcionen correctamente. El ADN de cada célula consta de 3.000 millones de bases nucleotídicas (A, G, C, T, que representan las letras en las que está escrito nuestro genoma) agrupadas en unidades llamadas cromosomas. Las proteínas, que están codificadas en los genes, son las moléculas encargadas de desempeñar todas las funciones necesarias para las diferentes clases de células que componen el cuerpo humano.

Todas nuestras células contienen dos copias completas de esta información genética, una copia de origen paterno y otra copia de origen materno.

¿Cómo aparecen las mutaciones en los genes?

En los genes podemos encontrar algunos cambios, que no son relevantes desde el punto de vista médico, y que son la base biológica de la variación natural entre las personas. Estos cambios pueden afectar a características tales como el color de los ojos o el color del pelo. Sin embargo, algunos cambios en los genes pueden llegar a afectar el funcionamiento de una proteína que desempeñe funciones de gran importancia para las células. En esos casos, dicho cambio en el ADN es el desencadenante una enfermedad, la cual puede heredarse de una generación a la siguiente. Estos cambios patológicos en el ADN se conocen como mutaciones y son los causantes de las enfermedades genéticas

¿Qué son las enfermedades genéticas?

Las enfermedades genéticas son aquellas que están causadas por cambios en el material genético (el ADN). A estos cambios en el ADN se les llama mutaciones. Algunas enfermedades genéticas no son hereditarias. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades genéticas son hereditarias, es decir, pueden transmitirse de padres a hijos. Se conocen más de 6.000 enfermedades genéticas. Muchas de estas enfermedades están siendo investigadas en la actualidad con el fin de identificar el gen causante. Estas investigaciones ya han dado sus frutos: en la actualidad, ya conocemos los genes causantes de más de 2.000 enfermedades genéticas, lo cual nos permite realizar un diagnóstico genético preciso.

¿Cómo se desencadenan las enfermedades genéticas?

Un individuo está sano cuando todas sus células desempeñan correctamente sus funciones. Para ello, es necesario que las proteínas de cada célula actúen de manera adecuada. Cuando se produce una mutación en un gen, se produce un cambio en el modo de acción de una de esas proteínas, lo cual puede dar lugar a una enfermedad genética. Algunas enfermedades genéticas se heredan en las familias durante varias generaciones, lo cual se puede detectar cuando un médico experto en genética examina los antecedentes familiares. Sin embargo, otras enfermedades genéticas se dan de forma súbita en la familia debido a la aparición de una mutación espontánea (mutación de novo).

¿Qué enfermedades son de causa genética?

Entre las 6.000 enfermedades genéticas conocidas, ya se conoce el gen causante de más de 2.000. Por tanto, hoy en día, existen más de 2.000 tipos de test genéticos distintos, que nos permiten analizar en el laboratorio el gen causante de un gran número de enfermedades hereditarias. La lista de test genéticos disponibles crece constantemente cada gracias a los avances de la investigación genética. Por ello, es casi imposible proporcionar un listado completo de todas las enfermedades hereditarias que podemos analizar en el laboratorio. Estos listados solamente están disponibles para los expertos en genética, en bases de datos especializadas. Algunas de las enfermedades genéticas más conocidas para las que ya se dispone de los correspondientes tests genéticos son:

– Fibrosis quística – Distrofia muscular – Hemofilia – Enfermedad de Huntington – Síndrome de Marfan – Neurofibromatosis – Talasemia – Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth – Poliquistosis renal – Fenilcetonuria – Distrofia miotónica – Cromosoma X-frágil – Retinitis pigmentosa – Acondroplasia – Ataxias hereditarias – Hemocromatosis – Síndrome de Prader-Willi – Hipercolesterolemia familiar – Cáncer de mama y ovario –Osteogénesis imperfecta

¿El Cáncer es una enfermedad hereditaria?

La mayoría de los tipos de cáncer no son hereditarios. Sin embargo, el 10% de los casos se producen por causas genéticas hereditarias, que predisponen a las personas que poseen una determinada mutación a la aparición de un determinado tipo de cáncer. La identificación de una mutación que predispone a un tipo de cáncer concreto resulta de gran ayuda, ya que tu médico puede pautar rutinas clínicas dirigidas a prevenir su aparición, o bien para su detección precoz y su tratamiento precoz.

¿Qué es el diagnóstico genético?

El diagnóstico genético es una prueba muy compleja que se realiza en un laboratorio especializado en el análisis del genoma. Dicho estudio sirve para identificar la causa genética (la mutación) de una determinada enfermedad en un paciente, lo cual permite evitar su transmisión a la descendencia. En algunos casos, las mutaciones pueden ser tan grandes que se pueden detectar observando los cromosomas al microscopio. A ese tipo de análisis se le llama cariotipo, o estudio citogenético. Sin embargo, normalmente, las mutaciones son cambios tan pequeños que afectan a una única base química del ADN (una letra del genoma). Para detectar estas mutaciones tan pequeñas, es necesario utilizar técnicas sofisticadas de análisis del ADN. Estas técnicas, mucho más complejas, se denominan estudios moleculares, y normalmente se realizan mediante la secuenciación de una pequeña parte del genoma del paciente.

¿Cómo se realiza un análisis genético?

Para realizar un análisis genético es necesario estudiar el material genético que se encuentra en nuestras células. Normalmente, el tipo de muestra necesario para obtener el material genético es una pequeña cantidad de sangre.

Para realizar un estudio cromosómico (o cariotipo) las células deben ser cultivadas y procesadas, con el fin de poder observar los cromosomas al microscopio. Para analizar una región concreta del ADN, es necesario extraer dicho ADN de las células y analizar específicamente una determinada región del genoma. La metodología de análisis más resolutive que existe para el diagnóstico genético es la secuenciación de ADN, la misma técnica que se ha utilizado para descifrar el genoma humano. Esta técnica se considera como el estándar de calidad más estricto para el diagnóstico genético, puesto que permite leer la información genética de cada persona al nivel de cada una de las bases químicas que componen el ADN (A, G, C, T, el alfabeto del genoma).

¿Qué personas son candidatas para hacerse un diagnóstico genético?

En algunas familias se observa la aparición de casos de enfermedades que podrían tener un componente genético. Estos casos suelen generar cierta preocupación, especialmente en el momento en el que nos planteamos tener descendencia. Los principales motivos por los que se recomienda acudir a una consulta especializada de genética son los siguientes:

- Presencia en la familia de una enfermedad hereditaria, o que sospechamos que pudiera ser hereditaria.

- Presencia, en varios miembros de la familia, de enfermedades de predisposición genética, tales como el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas o las enfermedades cardiovasculares.
- Abortos de repetición.
- Infertilidad.
- Casos previos en la familia de recién nacidos con enfermedades congénitas, dismorfias o formas sindrómicas.
- Valoración de riesgos de cara a la planificación de un embarazo, sobre todo en mujeres de edad avanzada.

¿Cómo decido si debo hacerme el análisis genético?

Si usted considera que puede tener un riesgo elevado de sufrir (o transmitir) una enfermedad hereditaria, hable con su médico. Su médico le ayudará a tomar la mejor decisión sobre la conveniencia de someterse a este análisis. Le recomendamos que no tome por sí mismo una decisión tan importante. Su médico valorará todos los antecedentes familiares. Para ello, le hará preguntas acerca de su salud y sobre la salud de sus parientes. Esta información permitirá a su médico determinar qué riesgos puede tener usted (o sus familiares). Su médico es también quien le explicará los resultados del análisis genético, una vez que éste se haya realizado en el laboratorio

¿Cómo y dónde puedo solicitar un análisis genético?

El análisis genético siempre debe ser prescrito por un médico y debe realizarse en un laboratorio especializado y debidamente acreditado. Existe un consenso internacional que desaconseja que los ciudadanos se sometan directamente a un diagnóstico genético sin pasar previamente por la consulta de su médico.

Por ello, le reiteramos la importancia de que cualquier persona, antes de realizarse un test genético, visite a un médico, que le informará sobre los beneficios de dicho análisis, así como sobre los resultados que pudieran derivarse del mismo. El Instituto de Medicina Genómica no ofrece, por tanto, análisis genéticos directamente a los ciudadanos. Si usted es un Profesional de la Medicina, tiene a su disposición nuestro Laboratorio de Referencia para analizar cualquiera de las enfermedades genéticas con base molecular conocida. Para cualquier consulta sobre nuestro catálogo de análisis genéticos, tenemos una línea directa de atención a profesionales médicos, donde le atenderá uno de nuestros expertos en genética médica (telf. +34 96 321 23 40). Si es usted un paciente o un ciudadano particular y necesita una consulta médica de genética, puede llamarnos por teléfono al Instituto de Medicina Genómica y le informaremos sobre dónde encontrar un médico experto en tratar problemas relacionados con la genética



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE.UU

NOTICIAS DE LAS ONG Y OTRAS ASOCIACIONES.





PYFANO
Asoc. Padres, familiares y amigos de niños oncológicos de
Castilla y León

**COLEGIO DE GRADUADOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES
DE SALAMANCA APOYA A PYFANO**



Pyfano asociación de niños con cáncer de Castilla y León, agradece la colaboración del Colegio de Graduados e Ingenieros Técnicos Industriales de Salamanca, que desde el año pasado, concede un donativo para fines sociales

**¿HAY PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN SU HOGAR A CAUSA DEL ALCOHOL?
EN LOS GRUPOS DE FAMILIA AL-ANON PODEMOS AYUDARLOS**

Grupos de Familia Al-Anon, es una comunidad de parientes y amigos de alcohólicos que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza con el fin de encontrar solución a su problema común: estar afectados por convivir, o haber convivido, con un familiar o amigo íntimo con un problema de alcoholismo. El único propósito de los Grupos de Familia Al-Anon es ayudar a los familiares y amigos de alcohólicos a encontrar su propia recuperación. Creemos que el alcoholismo es una enfermedad y que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación. En Al-Anon se mantiene en el anonimato la identidad de todos sus miembros y la confidencia de lo compartido en las reuniones. Al-Anon no está aliado con ninguna secta, religión, entidad política, organización ni institución; no toma parte en controversias; no apoya ni combate ninguna causa. No

existe cuota alguna para hacerse miembro, se mantiene por medio de las contribuciones voluntarias de sus miembros.

Generalmente los familiares y el entorno de los enfermos de alcoholismo son los “grandes olvidados”. No hay o hasta ahora no había, conciencia de que los familiares están tan afectados por esos años de convivencia con el alcohol, como lo pueda estar el mismo alcohólico y necesitan “recuperarse” y aprender a vivir y actuar de un modo distinto a como lo han estado haciendo hasta ahora, para recuperar su equilibrio emocional. Al alcoholismo se le llama la enfermedad de la negación; el alcohólico/a niega serlo y los familiares en cierto modo también, incluso la mayoría de las veces, niegan que sus hijos estén afectados y sean conscientes de lo que pasa en casa.

La convivencia con un bebedor compulsivo o enfermo alcohólico, afecta mental, física, emocional y espiritualmente. Si no se encuentra el camino de salida, la mente, te lleva a un estado de demencia y caos; puedes enfermarte físicamente a la vez que, mental y espiritualmente, entras en una espiral de confusión y descontrol. Los más afectados cuando existe un problema de adicción en el entorno familiar son, en primer lugar los hijos y los cónyuges. En el caso de tratarse de adolescentes alcohólicos, los padres y los hermanos.

Los adolescentes, -incluyendo también a los niños desde el momento de su nacimiento- son los más sensibles ante esta situación porque aún estando bajo la tutela de sus padres, pensemos lo que representa vivir en un hogar donde no puedes contar con ninguno de los padres; uno porque o está “ausente” o provoca peleas al estar bebido, y el otro padre, el no alcohólico, porque está obsesionado por el “problema” o participando en las broncas con el cónyuge bebido. Los hijos se encuentran en un hogar caótico, disfuncional, sin orden, sin disciplina, sin autoridad moral y aunque se les ame, sin sentir que son amados. Eso lleva a la inseguridad, la dependencia y la repetición de los roles que han representado en su casa. En Al-Anon hay unos grupos específicos para adolescentes, de 12 a 19 años, que llamamos Alateen (“teen” es adolescente en inglés) donde, bajo la supervisión de dos miembros adultos de Al-Anon, pueden encontrar su recuperación. También hay grupos para hijos adultos de alcohólico.

Los Doce Pasos son las herramientas para nuestra recuperación. Son una guía que nos enseña a encontrar, nosotros mismos, las respuestas a las preguntas más urgentes que, al estar tan obcecados, no veíamos. Durante ese proceso llegamos a conocernos y respetarnos a nosotros mismos; se nos muestra cómo hacer las paces con el pasado y a vivir la realidad del presente. Nos ocupamos de nosotros mismos, llegamos a perdonarnos, a perdonar a los demás y a amar la vida. Nos da la oportunidad de salir de la confusión, del caos y nos ayuda a recuperar el sano juicio y a tomar decisiones que nos ayuden a vivir mejor.

Los Grupos Al-Anon no están dirigidos por profesionales, son los mismos familiares quienes llevan a cabo las reuniones de recuperación. No hay dirigentes que manden, hay voluntarios que se eligen por un corto periodo de tiempo ya que todos participan y todo se hace entre todos. No se dan consejos, no se le dice a nadie qué tiene que hacer. Se ayuda a que cada cual tenga criterio y capacidad de decisión.

En las reuniones compartimos nuestras propias experiencias, no en vano todos los miembros de Al-Anon somos familiares o amigos de alcohólicos y tenemos una

experiencia similar que nos hace entendernos como nadie más podría hacerlo. Cuando llega una persona por primera vez, se le atiende aparte para proteger su anonimato y el de las demás personas asistentes y de esta manera tampoco se interrumpe el funcionamiento normal de la reunión. Empatizamos con los recién llegados dándoles comprensión y afecto, animándoles a que se tomen un tiempo y que sigan viniendo para llegar a entender lo que les ha pasado y recuperar la serenidad para decidir cómo quieren vivir y coger fuerzas para superar la situación. No se prometen resultados, ya que cada miembro tiene su propia evolución individual y decide cómo quiere vivir. Normalmente los miembros habituales ofrecen a los recién llegados su número de teléfono para que, entre reunión y reunión, tengan alguien con quien hablar en caso de apuro, despejar dudas, etc.

El proceso de rehabilitación de un familiar de alcoholico lleva un tiempo. Si nos preguntamos: ¿cuánto cuesta cicatrizar heridas, dejar de tener resentimiento, dejar de echar las culpas de todo y por todo al alcoholico, aprender a vivir y dejar vivir, aprender a dialogar, a consensuar, a tener una vida plena y autónoma, a no depender de los demás, a vivir como un adulto, etc. etc...? La respuesta será que el proceso es largo pero cada uno mide su propio tiempo de recuperación. Nadie te va a decir que ya estás recuperado o no, tú decides si quieres seguir asistiendo o dejar de asistir. Entendemos que Al-Anon es una forma de vivir.

Un alcoholico sólo puede entenderse con otro alcoholico, asistir a las reuniones (en A.A. o en cualquier otro medio) es la base para su recuperación. Por esa misma regla, un familiar sólo puede entenderse con otro familiar, asistir a los Grupos Al-Anon es la base de nuestra recuperación. De poco sirve conocer mucho sobre una enfermedad que no has causado, si no asumes que no la puedes controlar y que no la puedes curar. Lo que un familiar de alcoholico necesita encontrar cuando llega a un grupo Al-Anon puede ser: comprensión y afecto, ser entendido, desahogarse, quitarse el sentimiento de culpa y la vergüenza (propia y ajena), solidaridad y empatía, a no ser juzgado y a ¡volver a reír! Ayudarle a encontrar su autoestima y a levantar su ánimo, orientarle durante el proceso estando a su lado, ofrecerle teléfonos a los que pueda llamar en caso de apuro y hacerle sentir parte del grupo.

Cuando un familiar pide ayuda se le indican los grupos que se adaptan a sus necesidades, por el día, la hora, etc. En España, incluidas las islas Baleares y Canarias, hay cerca de 300 grupos. Para conocernos, pueden visitar la página web de nuestra asociación: www.al-anonespana.org o contactar a: info@alanonespana.org; o llamarnos al teléfono: **932.012.124**. El único requisito para asistir a las reuniones de Al-Anon o Alateen es tener o haber tenido un familiar o amigo íntimo afectado por el alcoholismo.

Por último, decirles a aquellas personas que no saben qué hacer ni cómo sobrellevar ese problema: hay una salida, prueben a asistir a Al-Anon. Al-Anon es anónimo; no hay que hacerse socio, no hay que dar nombres ni dirección; no se cobran honorarios ni cuotas fijas, -hay contribuciones voluntarias de los asistentes- nadie te controla ni te dice lo que has de hacer. Escuchamos, compartimos y nos recuperamos según el esfuerzo y las ganas que cada uno ponga en querer estar bien. Así es como lo han hecho y lo seguimos haciendo las miles de personas a las que Al-Anon ha ayudado a volver a vivir con dignidad, desde que hace 55 años empezó en nuestro país.

¡ESTE AÑO CELEBRAMOS NUESTRO 55º ANIVERSARIO EN ESPAÑA!!

M.Carmen
Directora

Oficina de Servicios Generales Al-Anon/Alateen
c/ Bailén, 161, entresuelo 5ª
08037 Barcelona España

Tel. y Fax + 34 93 201 21 24.

Web: www.al-anonespana.org



CONSEJOS PARA PREVENIR EL ABUSO SEXUAL INFANTIL DESDE LA FAMILIA

La manera más eficaz de prevenir el maltrato sexual a los niños es mantener una buena comunicación con ellos. Igual que les explicamos qué podría pasar si cruzan el semáforo en rojo o si meten el dedo en un enchufe, les debemos hablar del abuso en un lenguaje adaptado a su edad para que sepan identificarlo y conozcan qué pueden hacer si ocurre. Te damos algunos consejos para prevenirlo:

*Potencia la comunicación hablando cada día con tus hijos, escuchándoles y observándoles. Anímalos a compartir las alegrías, los logros, las preocupaciones o los problemas que tengan.

En la comunicación, lo más importante no es la cantidad de tiempo que compartimos con los niños, sino la calidad. Aunque sólo dispongas de unos minutos, si en ese rato estás presente y toda tu atención está en ellos, sin televisión, teléfono ni distracciones, ellos sentirán que pueden contarte cualquier cosa.

*Explícales cuáles son sus partes íntimas y que su cuerpo sólo les pertenece a ellos. Los niños tienen derecho a decir NO y pueden negarse a dar un beso, a que les toquen el pelo, les agarren los mofletes, etc.

Los niños aprenden mediante el ejemplo. Si la familia respeta los límites de los menores, éstos se sentirán mucho más seguros para ponerlos a los extraños.

*Cuéntales en un tono muy desenfadado y ligero que las personas son buenas, pero que hay adultos o niños mayores que tienen un problema y podrían intentar tocar sus partes íntimas u obligarles a hacer cosas molestas.

Este tipo de abuso es más fácil de localizar, sin embargo, otras veces el acercamiento es agradable, de forma suave y con caricias, como si fuese un juego o un secreto.

En estos casos, la comunicación es clave para que los niños nos lo cuenten.

*Los abusadores a veces intimidan a los niños diciéndoles que no les van a creer, que se quedarán solos o incluso les pueden amenazar diciendo que les harán daño a ellos o a su familia si cuentan el secreto.

Diles que, si alguna vez alguien les dice algo parecido, no deben creerle porque tú siempre estarás a su lado y les amarás pase lo que pase.

Ayúdales a entender que cualquier adulto (o niño) que les dijera algo así tiene un problema, y si te lo cuentan podéis intentar ayudarle.

*En la mayoría de los casos (aprox. el 87%), el abusador es una persona conocida, amada, de confianza, un miembro de la familia o alguien con cierta autoridad como la niñera, un profesor, un religioso o un entrenador.

Nuestro objetivo es dejarles claro que la gran mayoría de los adultos protegen a los niños de cualquier daño y nunca serían capaces de hacer estas cosas, pero si esto sucediera o si vieran cómo se lo hacen a otros niños, es imprescindible que nos los cuenten.

*Diles que si alguna persona les hace alguna “cosa rara” como, por ejemplo, tocarles, tomarles fotografías, ofrecerles regalos o pasar tiempo a solas con ellos, lo quieren saber.

Pídeles que te hablen de los amigos nuevos que hagan y de las personas que conozcan, de cómo se sienten con ellos, qué cosas hacen, etc.

*Explícales la diferencia entre:

Secretos buenos: como un regalo de cumpleaños.

Secretos malos: los que, al guardarlos, nos hacen sentir raros o mal.

Regalo: se da sin pedir nada a cambio.

Trato: se da en igualdad de condiciones, puedes elegir y todos ganan.

Chantaje: en el que no hay opción y siempre pierdes.

Un abuso detectado jamás debe silenciarse. Si tu hijo, hija o cualquier menor te cuenta hechos compatibles, muéstrale tu apoyo, créele y agrádecele que haya confiado en ti. Si no sabes cómo actuar, dile que vas a buscar ayuda y contacta con un profesional o entidad especializada.

Asociación para la Sanación y Prevención del Abuso Sexual Infantil
C/ San Raimundo, 27 1º
www.aspasi.org
info@aspasi.org

FEDAES FEDERACIÓN DE ATAXIAS DE ESPAÑA



La Federación de Ataxias de España (FEDAES), es una Entidad sin ánimo de lucro que, englobando a diversas Asociaciones Regionales de Ataxia y formando parte de otras federaciones nacionales y europeas, tiene por finalidad principal promover el estudio y la investigación científica en el campo de las ataxias, estas enfermedades minoritarias y poco estudiadas hasta la fecha.

No se puede dejar pasar el gran interés dentro del mundo científico internacional por la investigación biomédica en patologías genéticas, pues de su estudio pueden dilucidarse importantes aspectos relativos al funcionamiento del cerebro humano, además de incidir en el hallazgo de terapias efectivas de las enfermedades neurodegenerativas en su conjunto.

FEDAES trabaja activamente para que la Sanidad tenga en cuenta a todos los ciudadanos por igual, y que ampare y respalde las necesidades de las minorías, máxime cuando por decisión del Parlamento Europeo y del Consejo, las enfermedades poco comunes han sido declaradas ámbito prioritario para la acción comunitaria en el marco sobre la acción en materia de salud pública.

FEDAES trabaja en "la promoción de toda clase de actuaciones e informaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectados de ataxia y/o enfermedades similares".

Se entiende por "Ataxia" el trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar los movimientos, manifestándose como temblor de partes del cuerpo durante la realización de movimientos voluntarios, como dificultad para realizar movimientos precisos o como dificultad para mantener el equilibrio de la postura corporal.

La ataxia no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma característico de más de trescientos procesos degenerativos que cursan además de ataxia otros muchos síntomas (deformidades esqueléticas, cardiopatías, diplopia, disartria, distonía muscular, diabetes, disminución sensorial, infecciones pulmonares por atragantamientos, linfomas y leucemias, etc), que varían según el tipo de ataxia.

La mayoría de las ataxias son progresivas, pueden comenzar con un ligero sentimiento de falta de equilibrio al caminar (“marcha ebria”) y acabar siendo altamente invalidantes. No obstante, el grado de progresión, aparte de ser diferente para cada tipo de ataxia, depende de muchos otros factores, genéticos, ambientales y personales.

Objetivos Estratégicos de FEDAES:

Informar y concienciar a la sociedad de qué es la ataxia y el grado en el que afecta a la población, así como promover toda clase de actuaciones e informaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas de ataxia y/o enfermedades similares.

Sensibilizar a la opinión pública y a la Administración de la problemática y de la situación de la enfermedad y de los/as afectados/as. Mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Potenciar los proyectos de investigación científica.

Apoyar/Incentivar la adopción de medidas legislativas y administrativas a favor de la Ataxia.

Solicitar a los Organismos Públicos y a la Seguridad Social el uso y distribución de determinados medicamentos considerados útiles para cada una de las enfermedades que conlleven el síntoma de la ataxia.

Por todo ello, desde estas líneas se desea animar a la participación activa de todos los afectados y/o familiares, ya que, en “Enfermedades Raras” como éstas, es necesario aunar esfuerzos y levantar una única voz, que será más fuerte cuantos más sean los que griten a la vez.

Tipos de ataxia

Aunque la ataxia más conocida y frecuente es la Friedreich, existen más de 200 tipos de ataxia que comparten una característica común: la alteración de la coordinación de movimientos. Aunque es una lista extensa y compleja de tipos de ataxia, podemos clasificarlas de la siguiente manera:

1. HEREDITARIAS

1.1.DE TRANSMISIÓN AUTOSÓMICA DOMINANTE.

Si un tipo particular de ataxia se describe como dominante, entonces es corriente padecerla en la familia. Como tenemos nuestros cromosomas por pares, tenemos dos copias de cada gen. Heredamos uno de cada padre, con desórdenes dominantes, como la SCA1 por ejemplo, una sola copia heredada de

Cualquiera de los padres es suficiente para transmitir el desorden. La otra copia puede ser normal, pero con la presencia de un solo gen defectuoso de SCA1, la persona desarrollará los síntomas.

También se puede heredar la copia normal del gen, o igualmente se podría haber heredado su copia defectuosa y ella puede dar lugar al desorden. Hay una oportunidad igual de heredar cualquiera de los dos genes, por consiguiente el riesgo de tener síntomas en vías de desarrollo es 1 de 2, o el 50%.

1.2.DE TRANSMISIÓN AUTOSÓMICA RECESIVA.

En la herencia autosómica recesiva: una sola copia de un gen defectuoso no es suficiente para heredar el desorden. Una sola copia normal es suficiente para realizar la función adecuadamente. Esto significa que hay muchas personas que son portadores de la copia defectuosa, pero no desarrollan ningún síntoma porque también tienen una copia normal. Éste es el caso de la *ataxia de Friedreich*.

Se ha estimado que un 1 por 100 en poblaciones europeas y un porcentaje muy similar en los EE.UU. son portadores del gen anómalo del FA (Ataxia de Friedreich). Solamente cuando dos de estos portadores tienen hijos, existe la oportunidad de que uno o más de sus hijos tengan el FA en vías de desarrollo. Para que un hijo, herede la copia defectuosa de ambos padres portadores, el riesgo es 1 de 4, o el 25% de tener FA en vías de desarrollo. En el global, las oportunidades de tener FA en vías de desarrollo están alrededor de 1 por cada 50.000.

Algunos tipos de Ataxia son debidos a una nueva mutación en el código de ADN que se produce en el momento de la concepción. Estos casos no se heredan de los padres y a menudo son llamados Ataxia esporádica. Entonces, algunas de estas nuevas mutaciones del ADN pueden transmitirse en una forma dominante.

2. NO HEREDITARIAS

Propias de cada sujeto, su tipificación es muy difícil.

Anormalidad congénita: El cerebelo formado de una manera inusual, y cuya principal función que es la coordinación de los movimientos voluntarios, está alterada.

Metabólicas: Por mala absorción de los nutrientes de los alimentos, o por deficiencias de ciertas vitaminas (Ej. vitamina E, vitamina B12), por enfermedades endocrinas (Ej. hipotiroidismo).

Por Traumatismo: Un trauma en la cabeza Un golpe y/o lesión funcional, ocurrido en el cerebelo o en otras estructuras cerebrales responsables del movimiento y de su adecuado desenvolvimiento puede originar ataxia.

Por Infección: Por ciertas drogas o toxinas (ej. alcohol, medicamentos).

Por Tumores: Un tumor en el cerebelo, no sólo tras la extirpación del mismo, sino también por permanecer dentro del cerebelo e impedir el normal funcionamiento de las estructuras próximas.

Otras Causas: Después de una parada cardíaca o respiratoria o una hemorragia cerebral.

Nos parece adecuado citar en este momento la Ataxia Cerebelosa, Idiopática (o propia del sujeto) de causa desconocida; desórdenes de degeneración cerebelosa.

DE APARICIÓN TEMPRANA:

Antes de los 20 años, encuadrándose en este grupo aquellas Ataxias en las que la edad de inicio es inferior a los 20 años como es el caso de la ataxia de Friedreich.

DE APARICIÓN TARDÍA:

La edad de inicio es después de los 20 años, cuyas manifestaciones comienzan en la edad adulta del individuo.

RINCON DEL PRESIDENTE



Saludos:

Nos complace remitirles un número más de nuestra revista, agradeciéndoles el tiempo que emplea en su lectura.

La revista, cumplió más de SIETE AÑOS desde aquella primera revista que se editó en papel y digital, que por falta de recursos económicos, quedó solo el formato digital.

La revista se crea, desde dos asociaciones: Asociación Tarraco de Protección a los Consumidores y Usuarios de la Provincia de Tarragona (ATPCUPT) y, Asociación para la Defensa de la Utilización de la Sanidad y Medio Ambiente de España (ADSYME).

Cada dos meses, ustedes la pueden visualizar en: <http://usuaris.tinet.org/acuspyma/>

Si la desean descargar en formato PDF: <http://usuaris.tinet.org/aduspyma/revistas.html>

Nuestro canal de youtube: <https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUiGgJIVKIJXO2DPsDA>

Nuestra web: <http://usuaris.tinet.org/aduspyma/>

Hoy contamos con 125 grupos, con una media de 480 direcciones cada grupo, lo que supone 60.000 revistas que se envía cada DOS MESES.

El sistema informático que empleamos es el siguiente:

Grupos

Adsyme 1 al Adsyme10 al Adsyme20 al Adsyme30
Al Adsyme40 al Adsyme50 al Adsyme 60 al Adsyme 70
Al Adsyme 80 al Adsyme 90 al Adsyme 100 al Adsyme 125

Si ustedes reciben las revistas, es por las siguientes causas:

Su e-mail, figura en el directorio de una organización, fundación, asociación, casas regionales, empresas, colectivos profesionales, organismos oficiales, colegios profesionales, sindicatos, O.N.G., AA.VV., etc.

Las personas que no deseen continuar recibiendo la revista, deben enviar un e-mail a: adsyme@adsyme.net, con el siguiente texto:

Ejemplo: Desde adsyme57, estoy recibiendo su revista al e-mail xxxxxxx@xxxxxxx.xxxx, no me interesa seguir recibéndola.

Una vez más, quiero agradecer la atención que revista tras revista, vienen prestándolo.

El Editor

Francisco Oliva Martínez

Regards:

We are pleased to send you one more issue of our magazine, thanking you for the time you spend reading it.

The magazine, fulfilled more than SEVEN YEARS since that first magazine that was published in paper and digital, that due to lack of economic resources, only the digital format remained.

Every two months, you can see it at: <http://usuaris.tinet.org/acuspyma/>

If you wish to download it in PDF format:

<http://usuaris.tinet.org/aduspyma/revistas.html>

Our youtube channel:

<https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUiGgJIVKIJXO2DPsDA>

Our website: <http://usuaris.tinet.org/aduspyma/>

Today we have 125 groups, with an average of 480 addresses each group, which means 60,000 magazines that are sent every TWO MONTHS.

The computer system we use is the following:

Grupos

Adsyme 1 al Adsyme10 al Adsyme20 al Adsyme30
Al Adsyme40 al Adsyme50 al Adsyme 60 al Adsyme 70
Al Adsyme 80 al Adsyme 90 al Adsyme 100 al Adsyme 125

If you receive the magazines, it is for the following reasons:

Your e-mail, appears in the directory of an organization, foundation, association, regional houses, companies, professional groups, official bodies, professional associations, unions, O.N.G., AA.VV., etc.

People who do not wish to continue receiving the magazine, should send an e-mail to: adsyme@adsyme.net, with the following text:

Example: From adsyme57, I am receiving your magazine by e-mail xxxxxxxx@xxxxxxx.xxxx, I am not interested in continuing to receive it.

Once again, I want to thank the attention that magazine after magazine, have been lending it.

The editor

EL 12 DE OCTUBRE, PRIMER HOSPITAL ESPAÑOL CON ACREDITACIÓN ENAC GLOBAL Y EN UNA SOLA VEZ PARA CASI TODOS LOS LABORATORIOS



Pilar Notario Jiménez
Jefe de Comunicación

Hospital 12 de Octubre

El 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid, primer hospital español que acredita de forma global y en una sola vez la práctica totalidad de sus laboratorios

El pasado año realizó casi 12 millones de pruebas analíticas procedentes de más de 250.000 pacientes

Los laboratorios clínicos del 12 de Octubre están capacitados para hacer más de 3.000 tipos de pruebas diferentes

9 de febrero de 2018.- El Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid es el primero del país en conseguir de forma global y en una sola vez la acreditación de ENAC para la práctica totalidad de sus laboratorios clínicos, incluyendo Bioquímica, Hematología e Inmunología, lo que garantiza que todos los procedimientos se realizan con las máximas garantías y cumplimiento de los estándares de calidad internacionales para este tipo de actividad. En los laboratorios clínicos de este hospital se realizaron en 2017 casi 12 millones de pruebas analíticas distintas procedentes de más de 250.000 pacientes.



Es de suma importancia, esta noticia, demuestra que nuestros servicios sanitarios, siguen siendo de primera calidad, gracias en nombre de los usuarios. (09-02-2018)

LA IMPORTANCIA DEL INFORME PERICIAL SOCIAL EN LAS INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTE

por Laura Muñoz Calvo



El **informe pericial social** es un elemento probatorio utilizado dentro del procedimiento judicial para evaluar el impacto social, familiar, laboral, etc. de tras un accidente.

¿Qué es un Informe Pericial Social?

El **Informe Pericial Social**, dentro del procedimiento judicial, es el **elemento probatorio** que tiene por objeto evaluar el contexto social y personal de las víctimas y de sus allegados (examinando las consecuencias del accidente en lo concerniente a su

realidad familiar, laboral, educativa, social, de ocio, etc.). Esto se traduce en una cuantificación económica, susceptible de reivindicación dentro del concepto indemnizatorio por accidente de cualquier tipo, conforme a los términos legales vigentes.

¿Por qué un Informe Pericial Social?

Un accidente es de por sí un hecho traumático, un acontecimiento que sacude nuestras vidas y que en muchos casos tiene dramáticas consecuencias: daños físicos temporales o permanentes, daños materiales, pérdida de seres queridos, daños morales, implicaciones sociales, laborales, familiares como la adaptación de una casa, la pérdida de un empleo, el abandono de una carrera deportiva, trastornos psicosociales, etc.

Poner un precio a cualquiera de estos acontecimientos que trastocan nuestras vidas cotidianas es muy complicado, más aún cuando consideramos que hay cosas que no tienen precio.

En el proceso de reclamación de las indemnizaciones que correspondan a las víctimas de accidentes entran en juego muchos factores. Según explica **Elena Fernández**, Coordinadora de Asociación DIA y Responsable del Departamento Legal explica que, como se estipula en el **Baremo de Indemnizaciones**, la partida indemnizatoria cubre distintos factores, entre otros:

- **El perjuicio personal particular del lesionado**, que abarca diversas consideraciones como los daños morales ocasionados por un perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial severo, los daños morales por perjuicios estéticos de gran entidad, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada al lesionado por las secuelas, el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados, y cuando los haya, los perjuicios excepcionales que para la víctima le haya ocasionado el accidente de acuerdo con sus circunstancias personales...
- **El perjuicio patrimonial** donde hay que tener en cuenta, entre otras consideraciones, la ayuda técnica que vaya a requerir la víctima del accidente, en su caso la adecuación de la vivienda, los incrementos que vaya a sufrir en los costes de su movilidad, la necesidad de ayuda de terceras personas, los gastos de asistencia sanitaria futura, la órtesis y prótesis que vaya a requerir, la rehabilitación ambulatoria y domiciliaria que precise en su caso... (todos éstos conceptos **susceptibles de análisis individualizado y contemplación** dentro del Informe Social Pericial).

Informe Pericial Social: de abogados a víctimas

El Informe Pericial Social es una herramienta que **permite a los abogados o abogadas de las víctimas aumentar la indemnización**, pues ponen en valor aspectos que, aun estando bien definidos por el Baremo de indemnización por accidentes, habitualmente no se reclaman.

En efecto, desde el punto de vista estrictamente jurídico resulta imposible poder detectar, analizar y valorar las consecuencias, por ejemplo, morales a que ha dado lugar un accidente, no sólo para el afectado directo, sino para todo su entorno personal, que inevitablemente las sufre.



Por ello, los Informes Periciales Sociales, son la herramienta necesaria para poder valorar tales consecuencias, y poder cuantificar el daño causado conforme a los criterios técnicos dentro de las pautas del marco legalmente establecido.

En nuestro objetivo por mejorar los derechos de las víctimas **colaboramos con profesionales** que trabajan directamente con ellas. En este caso, realizamos Informes Periciales Sociales para que los/as abogados/as puedan defender mejor los casos, y esto se traduzca en una mejora efectiva para las víctimas.

El aval de nuestra experiencia con víctimas

En Asociación DIA llevamos desde 2003 defendiendo los derechos de las víctimas de accidentes y proporcionando asesoramiento social, psicológico, legal y laboral a las víctimas y a sus familiares.

Nuestra experiencia, nuestra especialización y nuestras alianzas institucionales son tu garantía para disponer de las mejores herramientas para probar el daño de las víctimas y familias.

El Informe Pericial Social que emite y acredita Asociación DIA está elaborado por nuestros propios profesionales. El valor es que nuestros Informes ponen el foco en las sombras para poner de relieve las consecuencias negativas que sufren las víctimas de accidentes más allá de daños estrictamente físicos o materiales. Se trata de ir más allá, de valorar el impacto que supone el accidente en todos los elementos de la persona y de su entorno.

Sandra Delgado

Departamento de Comunicación
Asociación DIA de Víctimas de Accidentes

Tel. + (34) 91 137 01 32

sdelgado@asociaciondia.org

www.asociaciondia.org

MEDICINA DEPORTIVA

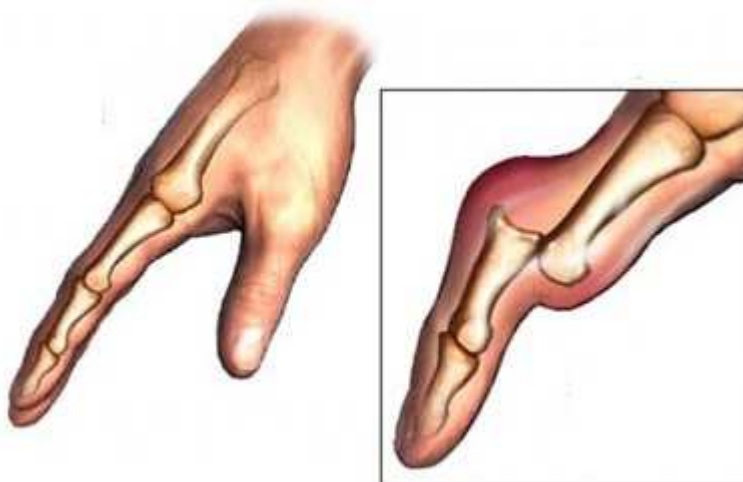


(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina

However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical profesional)

LUXACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRELIMINAR.

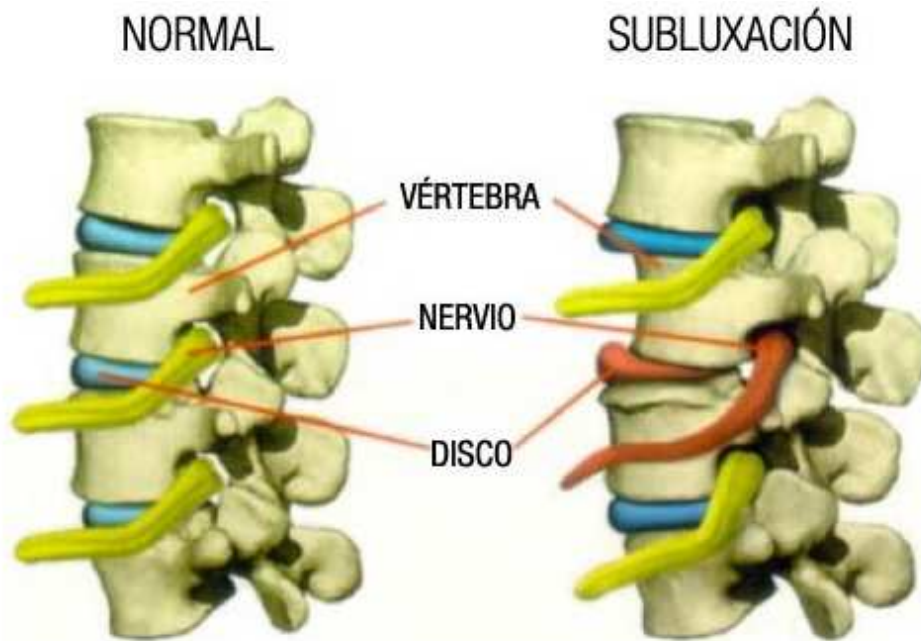
LUXACION:



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Es la pérdida total, en forma temporal o permanente de la continuidad anatómica de una articulación determinada. Por lo que se hace necesaria su reparación quirúrgica, devolviéndola a su posición anatómica original.

SUBLUXACIÓN:



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Es la pérdida parcial y permanente de la continuidad anatómica de una articulación.

ESGUINCE:



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Es la pérdida instantánea y momentánea, parcial o total de la continuidad de una articulación, pero que inmediatamente vuelve a su posición anatómica original.

En las luxaciones, siempre hay ruptura de los ligamentos, tendones, músculos, componentes articulares y algunas veces en los vasos o nervios, que puede hacer más complicado el manejo de éstos.

Las luxaciones más frecuentes del miembro superior son:

- Luxación acromioclavicular.
- Luxación del hombro.
- Luxación del codo.

Las luxaciones poco frecuentes son:

- Esternoclavicular.
- Radiocarpales puras. Se puede encontrar esguinces o fracturas de la muñeca o epifisiolisis en los niños, pero es raro que se encuentren las luxaciones puras.
- Semilunar al nivel de los huesos del carpo.
- Metacarpofalángicas.
- Interfalángicas.

LUXACION DE LA ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR

Luxación de la EC



- Luxación: toda lesión cápsulo-ligamentosa con pérdida permanente del contacto de las superficies articulares.
- Es muy rara la luxación de esta articulación por su gran fuerza debida a los ligamentos y a su disco.
- Cuando se recibe un golpe en el acromion escapular o cuando se transmite una fuerza a la cintura escapular durante una caída sobre una mano sobreextendida la fuerza del golpe se transmite a toda la clavícula.

(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Esta articulación está formada por el extremo esternal de la clavícula, la parte superior y lateral del manubrio del esternón y el cartílago de la primera

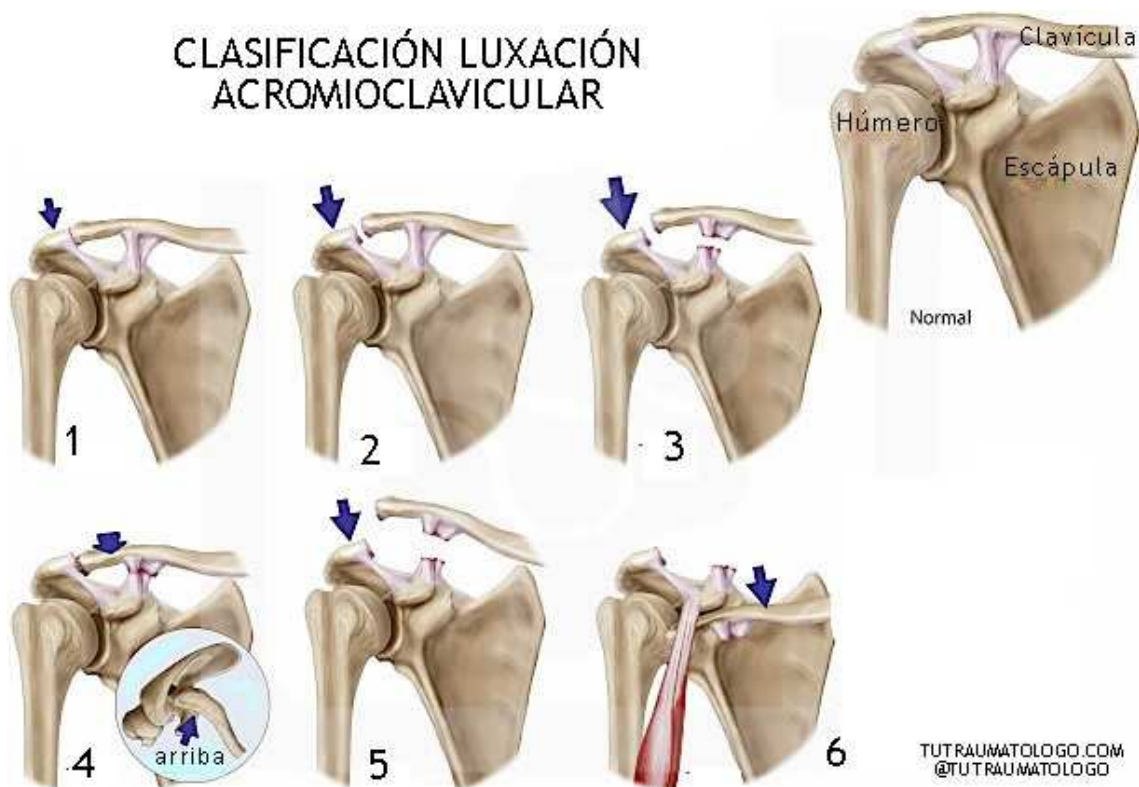
costilla. Los ligamentos de esta articulación son:

- Esternoclavicular anterior.
- Esternoclavicular posterior.
- Interclavicular.
- Costoclavicular.

Esta luxación es poco frecuente, tiene que ver con traumas muy intensos en donde se pierde la continuidad en la articulación esternoclavicular, no existe el término de subluxación. Existe además ruptura de un ligamento.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la reconstrucción del ligamento de ser posible, si no se tiene buena estabilidad se debe hacer una escisión muy cuidadosa de la primera costilla y de un fragmento de fascia lata para hacer una cintilla, fijando la clavícula a la primera costilla. Debe tenerse mucho cuidado con este procedimiento, ya que la pleura está en íntima relación con estas estructuras por lo que se tiene el peligro de colapsar el pulmón o provocar un neumotórax, hemotórax o neumohemotórax.

LUXACION ACROMIOCLAVICULAR



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

La clavícula está articulada medialmente a través de los ligamentos esternoclaviculares y lateralmente por los ligamentos acromioclaviculares (superior e inferior) y los coracoclaviculares (trapezoide y conoide).

En ésta articulación puede haber 2 tipos de lesiones:

- **Luxación Acromioclavicular.**
- **Subluxación Acromioclavicular.**

Tenemos una luxación cuando tanto los ligamentos acromioclaviculares como los coracoclaviculares están rotos. En cambio, en la subluxación los ligamentos acromioclaviculares se rompen y los coracoclaviculares quedan íntegros.

Clínicamente en la subluxación podemos mover la clavícula de su borde externo, pero no está completamente desprendida; en cambio en la luxación encontramos el "signo de la tecla", que consiste que al deprimir con el dedo la clavícula lesionada y luego al retirarlo, regresa a su posición como queriendo romper la piel.

El tratamiento de la subluxación es conservador o incruento. Se hace un vendaje axilar o un vendaje en ocho, y se dejan descansando ambos miembros inferiores mediante cabestrillos.

La luxación requiere de tratamiento quirúrgico. Consiste en hacer una plastía del ligamento acromioclavicular, estabilizar con un clavo de Steinmann delgado la articulación, pasando a través del acromión y la clavícula, manteniéndolo así durante 4 semanas. Siempre se deja descansando el miembro sobre un cabestrillo.

En ciertos casos cuando la luxación es inveterada, algunos prefieren quitar el extremo lateral de la clavícula; luego provocan una síntesis fibrosa con el periostio, junto con parte de los ligamentos que han quedado en el acromión. Incluso hay quienes que sugieren que de no existir mayor problema en la articulación lesionada se puede dejar así.

LUXACION DEL HOMBRO.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

La articulación del hombro puede dividirse en cuadrantes, pasando una vertical y una horizontal por el centro de la articulación, así tenemos:

- 2 cuadrantes superiores: uno externo y otro interno.
- 2 cuadrantes inferiores: uno externo y otro interno.

La luxación más frecuente es la **ANTEROINTERNA O ANTEROMEDIAL**, por la orientación anatómica de la glenoides a unos 35° de anteversión, lo que permite que la cabeza del húmero se desplace medial o internamente.

Las luxaciones hacia arriba son sumamente raras, pues tienen la barrera de la articulación acromioclavicular y la inserción de músculos muy fuertes (deltoides, porción larga del biceps, etc.). Aún más raras son las luxaciones laterales ya sea superiores externas o inferiores externas.

Clínicamente vamos a tener "un hombro en grada o charretera":

La belleza del hombro esta dada por la redondez de la cabeza del húmero cubierta por el deltoides. En la luxación se pierde el soporte del deltoides (el cual aparece aplanado, flácido), lo que se conoce como Hombro en Charretera o en grada. Además la cabeza del húmero se palpa entre los pectorales y debajo de la clavícula. Esta luxación es muy dolorosa.

El tratamiento de esta luxación cuando es reciente (menos de 8 días) es incruento, bajo anestesia general, con el paciente bien relajado. Existen varias maniobras:

Maniobra de Hipócrates:

Luxación Gleno - Humeral

Técnica de Hipocrates

- *1 pie de examinador en el hueco axilar del paciente, apoyado en la pared torácica.*
- *Tracción axial con movimientos ligeros de rotación externa e interna*



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Con el paciente en decúbito supino, el médico coloca el talón en la cavidad axilar luxada (si la lesión está en el lado derecho se utiliza el talón derecho, el talón izquierdo si la luxación es de ese mismo lado). Se realiza entonces tracción con el miembro en abducción, lo cual hace que se separe la cabeza de la coroides, a la vez que el pie impulsa la cabeza hacia fuera hasta la reducción. Esta maniobra debe realizarse preferentemente en adultos jóvenes. En niños y ancianos se realiza de manera muy cuidadosa, colocando el puño en la axila, realizando la tracción con delicadeza, para evitar una fractura subcapital del húmero.

Maniobra de Kocher:

Luxación Gleno - Humeral

Maniobra de Kocher

- Se hace palanca con la cabeza humeral sobre la fosa glenoidea anterior.



- No recomendable por **alto riesgo de fractura**

(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Se da en flexión con anteversión del hombro y el codo en ángulo recto, se realiza una tracción suave y luego movimientos de rotación, para tratar de introducir la cabeza del húmero en la cavidad glenoidea. Un ayudante podría también hacer un poco de contratracción con una cincha a nivel de la axila, para lograr reducir la luxación. Si se realiza correctamente, esta maniobra da muy buenos resultados, pero si no, podemos provocar una fractura.

Las complicaciones de este tipo de luxación son:

- Distensión del plexo braquial.
- Fractura del troquín y el troquinter debido a que la porción larga del bíceps pasa entre ellos y al tensarse demasiado puede arrancarlos. Al reducir la luxación puede que regresen a su lugar, de no ser así requiere tratamiento quirúrgico.
- Lesiones vasculares importantes como lo es la ruptura de la Arteria Axilar.
- Desgarro de la cápsula articular lo que nos provoca una Luxación recidivante del hombro, la cual requiere tratamiento quirúrgico. Se realiza una plastía de la cápsula y se estabiliza la articulación.

LUXACION DEL CODO



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Es una articulación entre húmero, radio y ulna, que aportan una gran movilidad.

La troclea del húmero es recibida por la escotadura semilunar de la ulna, y el cóndilo del húmero se articula con la cabeza del radio. Los ligamentos mencionados por el doctor, fueron: Ligamentos colaterales ulnar y radial (propios de la articulación del codo), Humeroradial, Humerocubital, Anular, Cúbitoradiohumeral (anterior), inserción del tríceps en el olecranon (posterior)

La estabilidad de la articulación del codo está determinada por la fijación de la troclea del húmero en la cavidad troqueal del cúbito, por los soportes musculares (sobre todo el braquial anterior y el tríceps), y los soportes tendinosos y ligamentarios colaterales, por ejemplo, la fijación que hace el ligamento lateral que va de la cabeza del radio al cúbito. Debido a su gran movilidad, sus estructuras pueden sufrir fácilmente distensiones, luxaciones o esguinces, y debido a que por sus caras anterior y posterior corren vasos y nervios, en determinadas circunstancias pueden presentarse serias complicaciones vasculares y nerviosas.

El mecanismo de producción por lo general es por una caída con el codo en hiperextensión.

La luxación más frecuente del codo es la **POSTERIOR**, en la que los cóndilos del húmero se desplazan hacia delante y la ulna hacia atrás.

Clínicamente vamos a tener el "signo de la gaveta", en el que se puede palpar subcutánea y posteriormente las partes articulares del olecranon.

Otro tipo de luxaciones que se pueden presentar, pero con menor frecuencia, son las Laterales, en la que los cóndilos además de salirse de la articulación se desplazan lateralmente. Es necesario especificar la dirección del desplazamiento tomando como referencia la ulna o el radio.

Las complicaciones que podemos encontrar, incluyen:

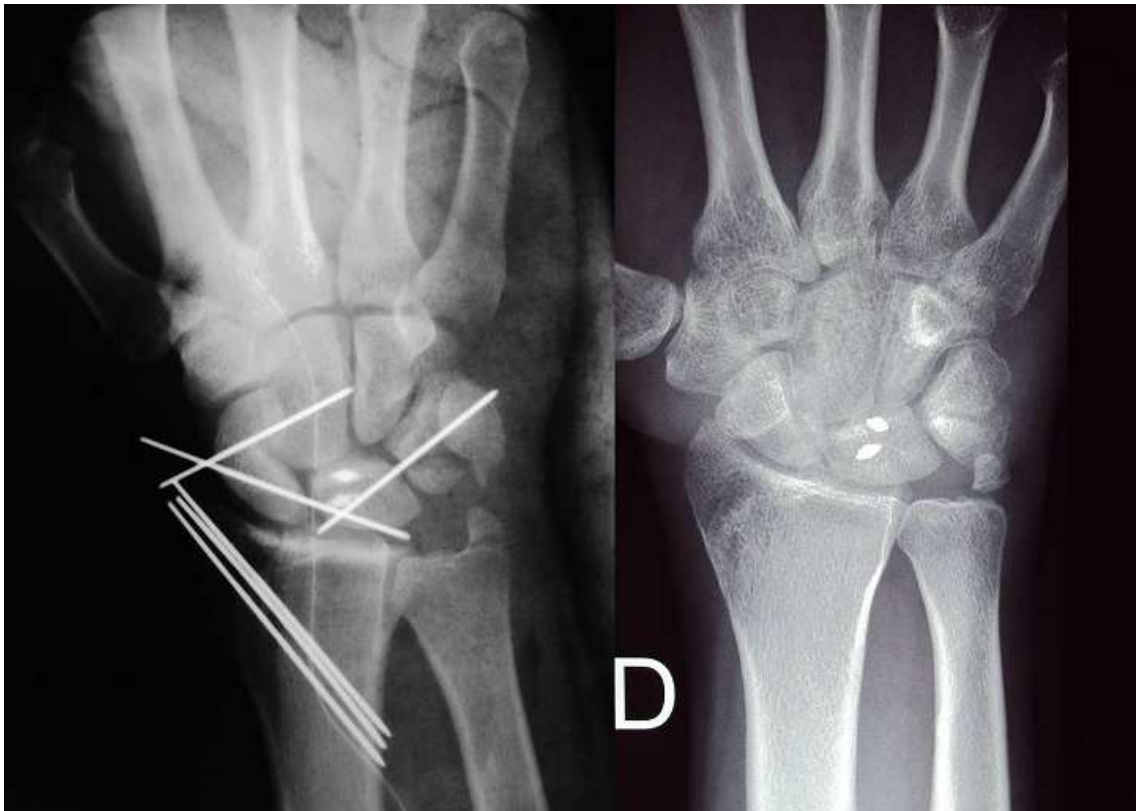
- Lesiones vasculares.
- Estiramiento de nervios (Mediano).
- Algunas veces tenemos lesiones muy serias en las que además de existir una luxación, hay una ruptura del ligamento anular (cúbito-radio).
- También pueden acompañarse de fracturas: proceso coronoides de la ulna, cabeza del radio, cóndilos del húmero (teniendo problemas con el nervio Ulnar).
- Parálisis isquémica del Volkman.
- Calcificaciones en la articulación, que nos van a provocar anquilosis residual. Especialmente en aquellos pacientes que han sido manipulados previamente (sobador). "El tratamiento inicial de una luxación o una fractura es muy importante para el pronóstico de la lesión".

Algunas veces puede observarse en la radiografía una figura que puede confundirse con un fragmento fracturado, pero no es más que el núcleo de osificación del olecranon, que aparece entre los 8-9 años.

Para el tratamiento, se utiliza anestesia general (evitar la resistencia involuntaria al tratamiento) para conseguir una mejor relajación muscular en el paciente. Como podemos tener distensión vasos y nervios, ruptura o desgarros de los ligamentos debemos ser muy cuidadosos para no producir o agravar un hematoma. Tracción moderada en sentido longitudinal, tirando de la mano de manera que el codo quede en flexión de 120° a 130°; luego atrás empujamos el olecranon, fijamos el húmero y lo tiramos hacia atrás, hasta lograr la reposición, lo cual se reconoce por el chasquido característico, aunque debe corroborarse con Rx. La inmovilización debe realizarse con el codo en ángulo de 90° , con un aparato de yeso braquiopalmar o de tener mucho edema bastará con una férula que se mantendrá por 2 o 3 semanas. Luego se inicia la terapia de rehabilitación.

Se debe procurar no dejarlo en mucha flexión, pues podemos provocar lesiones vasculares. Debe observarse al paciente durante las 24 - 48 horas posteriores al tratamiento, para observar la evolución: si existe buena circulación, buena movilización de los dedos, etc. Si tenemos mucho edema, trastornos vasculares, ausencia de pulsos, debe tratarse como una emergencia vascular quirúrgica.

LUXACION DE LA MUÑECA (ARTICULACION RADIOCARPAL)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Esta articulación está formada por el extremo distal del radio (que se ensancha en forma de copa), el escafoides, el semilunar y el piramidal. El cúbito sólo articula con el radio.

A este nivel es bien raro que exista una luxación pura, casi siempre lo que se encuentra es una fractura de Colles en el adulto o una Epifisiolisis del extremo distal del radio en los niños.

LUXACION DE LOS HUESOS DEL CARPO.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

De los huesos del carpo el Escafoides es el que se fractura y el Semilunar es el que se luxa (por caída sobre la mano en dorsiflexión forzada de la muñeca). El resto de los huesos pueden sufrir algún tipo de traumatismo, pero no tiene mayor importancia.

Entre las complicaciones importantes, tenemos:

- Compresión de las partes blandas del canal carpiano, incluyendo el nervio Mediano, lo que se conoce como Síndrome del Túnel del Carpo. Esto ocurre, puesto que al luxarse el hueso, se desplaza anteriormente y puede ocasionar un bloqueo de la flexión de la muñeca y dificultar parcial o totalmente la flexión de los dedos.
- Necrosis del semilunar (por la lesión vascular puede perderse la irrigación parcial o totalmente, lo cual depende de la distribución de los vasos sanguíneos) .

Es importante confirmar el diagnóstico de la luxación del semilunar por medio de una radiografía Oblícuca (por la interposición de los huesos), ya que es muy sencillo reducir la lesión en los primeros días del traumatismo; luego a medida que transcurre el tiempo se vuelve más difícil y es necesario incluso realizar una artrodesis (fusión) de la articulación radiocarpal.

LUXACIONES METACARPOFALANGICAS E INTERFALÁNGICAS



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Este tipo de luxaciones pueden ser anteriores, posteriores, laterales hacia el lado radial o cubital, de acuerdo a la dirección y sentido del desplazamiento que sufre.

Las luxaciones en esta localización pueden resolverse haciendo una reducción manual de la lesión bajo anestesia local. Sin embargo, en algunas ocasiones, puede haber un fragmento óseo o un tendón interpuesto en la articulación que imposibilite su reducción manual, entonces se requiere el tratamiento cruento o quirúrgico.

LUXOFRACTURAS



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Luxofractura de Monteggia: es la fractura de la diáfisis o extremo proximal del cúbito con la luxación de la cabeza del radio.

Luxofractura de Galeazzi: es la fractura del extremo distal del radio con luxación de la cabeza o extremo distal de la ulna.

Estas dos luxofracturas son frecuentes sobretodo en los niños, muy rara en adultos.

El diagnóstico se realiza a través de los parámetros clínicos (AP y L) y radiológicos.

El tratamiento puede realizarse con bloqueo general o anestesia general (en los niños). Siempre es preferible reducirlas en fresco (no más de 15 días), es importante recordar reducir tanto la fractura como la luxación, para evitar problemas posteriores, tales como:

En el codo, puede provocar problemas de crecimiento y desbalance articular.

Bloqueo de la función del codo.

Alteración de la prono-supinación.

Cuando el tratamiento es quirúrgico , los resultados no son muy agradables.

Luxofractura de Bennett: es la fractura de la base del primer metacarpiano y luxación de su articulación en el trapecio. Quedando bloqueado el radio de acción del pulgar. El pulgar está acortado a expensas del metacarpiano y la región carpometacarpiana está aumentada de volumen.

Aunque poco frecuente, diagnosticar y tratar esta lesión en los primeros días es importante porque bloquea los movimientos del pulgar, el cual es el dedo más importante para poder realizar el movimiento de pinza digital. A medida que transcurre el tiempo el tratamiento se vuelve quirúrgico y a veces se tiene que realizar la artrodesis del primer metacarpiano con el trapecio y los movimientos del pulgar van a venir dados por el trapecio y el escafoides y el resto de los huesos de la mano.

LA PORTADA

(Resumen de nuestra portada)

LAUJAR DE ANDARAX



De este artículo, he querido hacer un itinerario estratégico y casi didáctico, lo que me obliga a una selección y una coherencia conceptual.



Tradescantia pallida

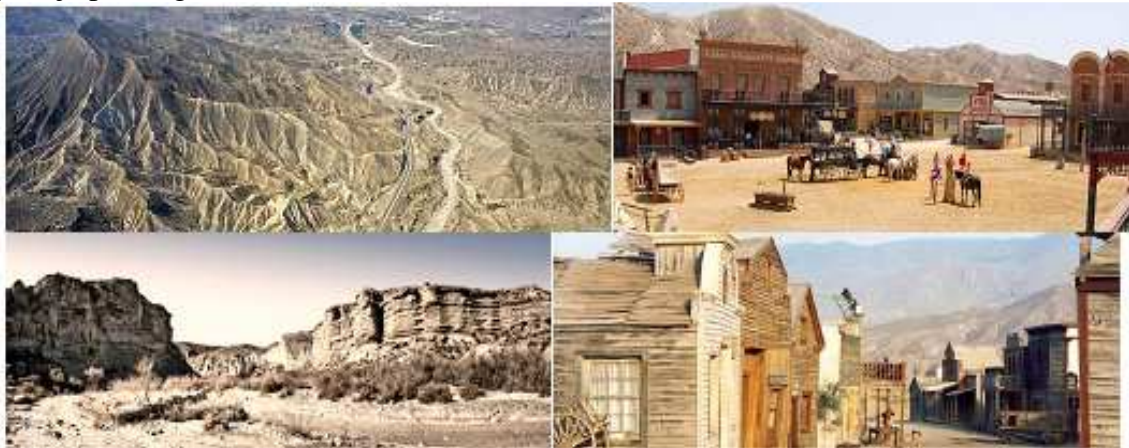


En diversos artículo, comete que solo soy un enamorado de la historia y de la naturaleza, lo que me obliga “bucear” en los libros para poder escribir cualquier artículo, cuando tengo que buscar temas para el artículo de este estupendo y encantador Pueblo, la cosa es bastante “complicadilla”, no por la escasas de temas, todo lo contrario, por la gran cantidad de materia de la que dispongo, no en vano, la Alcaldesa Almudena Morales Asensio y Rosa Fuentes Justicia, nutren a los archivos de esta revista, de abúndate material para poder hacer los artículos.

En anteriores artículos comentaba de de este encantador Municipio los siguiente: <<*En la ladera sur de Sierra Nevada, dominando el valle con su famosa vega, se encuentra Laujar de Andarax, este municipio se caracteriza por la abundancia de agua, aquí nace el río Andarax. Gran parte de sus tierras están dedicadas al cultivo de uva para vino. Algunos de sus caldos y bodegas son muy conocidos y han provocado que este sector se haya convertido en los últimos años en el motor económico del municipio. El pueblo, conserva la esencia arquitectónica, gastronómica y de costumbres que le han dado a conocer como un lugar ideal para practicar el turismo rural*>>.



Almería es tierra de contrastes. Si el visitante identifica el territorio almeriense con la aridez y dureza del desierto de Tabernas o la costa virginal de Cabo de Gata, la Alpujarra asombra por su orografía agreste, verdor casi permanente contrastando con las cumbres blancas, y una continua luz mediterránea enriqueciendo los matices de un paisaje privilegiado.



Desierto de Tabernas.





Cabo de Gata

Estamos hablando de un valle paralelo al mar mediterráneo, pero separado de él por la sierra de Gádor y definido por el curso del río Andarax.



Sierra de Gádor



Se caracteriza por un clima templado y una economía básicamente agrícola, basada en frutales, secano y una pujante producción vinícola.



Ello motiva que hasta fechas recientes la demografía comarcal haya sido regresiva y “colonizada” por la proximidad de la capital y del campo de Dalías, aunque en los últimos tiempos despierte expectativas el turismo de interior y de montaña, aprovechando la reciente mejora de las comunicaciones, que acercan la costa.



La montaña es el elemento definitorio del paisaje, caracterizado con múltiples recursos ambientales que enriquecen la vista: extensos pinares, encinas en lo más alto, cursos de agua permanente, paisajes de huerta tradicional, viñedos... y un Patrimonio Histórico muy singular. No en vano estamos en pleno Parque Natural de Sierra Nevada y al pie de las montañas más altas de la provincia: El Chullo con 2.609 m. en Sierra Nevada y Punta del Sabinar con 2.236 m. en Sierra de Gádor.



Ello determinaba que el aislamiento era una característica más del paisaje alpujarreño, aunque la creciente mejora de las carreteras es una prioridad para el desarrollo económico, para mejorar las potencialidades turísticas.



El Patrimonio Histórico es un añadido más al entorno natural privilegiado.

Sin embargo es poco conocido, quizás porque no responde al concepto tradicional de “grandes monumentos” sino a una serie de bienes culturales que definen una memoria colectiva brillante durante la Edad Moderna (siglos XVI al XVIII).

Laujar es la ciudad musulmana, gracias a su Alcazaba y diversos elementos relacionados con el “hábitat” medieval.



La Alcazaba. Es una construcción árabe que tenía una superficie de 3600 m². Fue la última residencia del rey Boabdil, que fue destruida por los cristianos tras la ida de este. Hoy en día sólo queda un pequeño trozo de esta fortificación.



Iglesia de la Encarnación



Ermita de la Virgen de la Salud

Iglesia de la Encarnación: conocida también como la Catedral de la Alpujarra es un edificio de estilo mudéjar en el exterior y barroco en el interior que se alza sobre el solar que ocupó anteriormente la mezquita, incendiada con 200 mudéjares refugiados en su interior, frente al acoso cristiano, en 1500. Su construcción, ejecutada entre 1682 y 1686 se basa en los planos realizados por Diego González. Cabe destacar los motivos florales del interior y su retablo barroco así como lienzos al cobre de la escuela holandesa y una Inmaculada del taller de Alonso Cano. Construida antes de 1530, la primitiva iglesia de Laujar fue una de las siete iglesias levantadas en La Alpujarra para esta fecha. Este templo se salvó del saqueo durante la rebelión de los moriscos pero, debido a su antigüedad, tuvo que ser reparado a finales del siglo XVI y comienzos del XVII. La ruina de este edificio motivó que el arzobispo Diego Escolano ordenara la construcción del actual.

Ermita de la Virgen de la Salud: (Calle Granada) edificio de planta de cruz latina con crucero rematado por una cúpula y bóvedas de medio cañón en la nave, en la capilla mayor y en los brazos del transepto. Tras el altar mayor se sitúa el camarín de la Virgen de la Salud. Este, que cuenta con cúpula sobre pechinas y decoración barroca, es el más antiguo de los documentados en La Alpujarra. En 1691, previo permiso del arzobispo fray Bernardo Alonso de los Ríos, dos ermitaños se instalaron en la vieja ermita de San Sebastián y Santa Bárbara con la intención de levantar un nuevo edificio donde rendir culto a la imagen de la Virgen de la Salud, que según la tradición se apareció en la primera mitad del S. XVII. En 1696 el cabildo de Laujar de Andarax hizo donación a los ermitaños de tierras y un caño de agua como contribución a la edificación y mantenimiento de la ermita, que estaba prácticamente acabada en 1703. Para culminar la obra, el cabildo de Laujar de Andarax fundó en 1703 una capellanía a la Virgen de la Salud. Con este apoyo, la conclusión de las obras se aceleró y en 1710, tras una solemne procesión, la imagen de la Virgen se colocó en el camarín de la ermita. Las obras corrieron a cargo de Agustín Rodríguez, maestro de alarife y vecino de Laujar.



Ayuntamiento

Ayuntamiento: de sencilla belleza, se trata de un edificio de estilo neoclásico-populista finalizado en 1792. Consta de tres pisos de altura coronados por una campana y un reloj, anteriormente situado en la torre de la iglesia. La planta es rectangular y sus paredes están ejecutadas con rafas de ladrillo y cajones de mampostería. La fachada, toda de ladrillo visto, tiene tres arcos de medio punto por planta y, a partir del primer piso, barandillas en ellos.

Laujar de Andarax. Cuenta con un gran número de fuentes repartidas por todo su pueblo, resulta fácil encontrarlas gracias al plan que ha creado el ayuntamiento. En el suelo, hay unas losas que marcan el camino donde quedan las fuentes, hoy de nuevo, haremos referencia a unas cuantas de ellas.



Pilar de la Barandilla



Pilar de San Antonio

Pilar de la Barandilla.- Es un pilar ya centenario pues consta en las actas capitulares del municipio de 1902. Su nombre proviene de la barandilla colocada en su parte superior y que da nombre a esta parte del pueblo. Posee dos alturas, la primera la componen dos caños de los que mana el agua cayendo a una plataforma donde se recoge en fosas de forma cónica diseñada para colocar los cántaros; por último el agua cae en un pilón situado en la parte inferior y destinada a abrevadero de animales. De estilo novecentista al igual que la casa situada a la izquierda es curiosa en esta zona de la Alpujarra.

Pilar de San Antonio.- Pilar compuesto por un gran fuste de piedra caliza, con cuerpo superior octogonal de donde salen tres años que caen sobre tres tazas de distinto tamaño, también de piedra. El remate superior de media esfera está irreconocible. Se desconoce la época de construcción, aunque se supone, que, junto con el Pilar San Blas son los más antiguos de la población. Se presume, sean, de época musulmana, tomando su actual nombre tras la repoblación. El catalogo municipal, lo sitúa en el S. XVIII.



Pilar de la Plaza Mayor

Pilar de la Cañada

Pilar de la Plaza Mayor.- Fuente barroca construido en 1684, bajo reinado de Carlos II es una de las fuentes barrocas más importantes de la comarca Gran pilar construido en piedra de la calcoesquito, siendo el vaso de planta rectangular y de grandes dimensiones. En el piso inferior del cuerpo frontal aparecen cuatro caños, manando los laterales de dos mascarones antropomorfos en bajo relieve que aparecen enmarcados, mientras que los dos centrales lo hacen de motivos vegetales. En el centro aparece aparece una cartela con inscripción en latín. Sobre este piso aparece un gran fronton trapezoidal rematado por una bola. En este cuerpo, aparece, también, un gran escudo de la villa, en relieve. Los dos caños centrales son posteriores. La bola no es la original.

Pilar de la Cañada. Es un pilar más simple en su figura pues está formado por un frotis y un pilón. Su parte inferior es de piedra gris con moldura y labrada en una sola pieza. El frontis original solo se conserva un escudo de arma de mármol blanco perteneciente a los Rodríguez Chacón y Valdivia, Marqueses de Iniza.



Pilar de San Blas

Pilar del Calvache.-

Pilar de San Blas.- Este pilar fue levantado durante la dominación musulmana, tomando su actual nombre en 1493 tras la Recoquista. Se encuentra en el centro de la **placeta de San Blas** y destaca por su antigüedad el pilón, siendo el resto de reciente construcción. Se halla en el solar de una Ermita, así lo anuncia la cultura popular, la calle inmediatamente posterior se llama "Tras la Ermita".

Pilar del Calvache.- Este pilar se conoce comúnmente como el "Pilar Seco", paradójico nombre si se tiene en cuenta que el agua nunca dejó de manar del mismo. Se sitúa en la calle Granada y está ejecutado en caliza rosada y compuesto por dos cuerpos: el pilón y el frontis. En este último hay una inscripción que da fe de su construcción en el año 1687 reinado Carlos II.

Este singular e histórico Municipio, Capital de las Alpujarras Almerienses, tan singular, como su alcaldesa, no para de trabajar por sus vecinos y su bienestar, muestra inequívoca, es las obras de mejoras realizadas en los accesos al Municipio, calles, aceras, alumbrado, y un largo etc., no olvida uno de los servicios básicos para la salud de sus vecinos y, de los visitantes, Laujar dispone de un centro de salud con urgencias y ambulancia las 24 horas del día los 365 días del año, además a unos 40 km se encuentra el hospital más cercano, en El Ejido (Hospital de Poniente) que está a unos 45 minutos o menos.

Entendemos, que es interesante para el visitante publicar los siguientes teléfonos:

TELÉFONOS DE INTERÉS DE LAUJAR DE ANDARAX

Ayuntamiento:

950 51 31 03

Guardia Civil:	950 51 41 16
Centro de Salud:	950 80 70 91
Cita Previa Médico:	953 01 87 99
Farmacia:	950 60 80 14
Protección Civil:	950 51 37 00
Policía Local:	636 47 91 36
Hospital de Poniente:	950 02 25 00
Hospital de Torrecárdenas:	950 01 60 00

No dejara de sorprendernos este Municipio, con una magnifica Plaza de Abastos, donde se venden los productor propios del Municipio y, de los Municipios próximos.





Para finalizar el artículo de esta revista, pondremos unas fotografías de la Flora y Fauna del Municipio, imágenes que nos remite Rosa Fuentes Justicia, esta encantadora mujer enamorada de su tierra, gracias Rosa por proporcionarnos tanta belleza.



Pyronia bathseba el hermoso lobito listado. Sierra Nevada, Alpujarra almeriense.



Argynnis pandora sobre *Carduus platypus*. Sierra Nevada Alpujarra almeriense.



Pseudophilotes panoptes. Sierra de Gádor, Alpujarra almeriense.



Orchis papilionacea. Sierra de Gádor, Alpujarra almeriense.



Inflorescencias de *Orchis papilionacea*, (orquídea mariposa). Sierra de Gádor, Almería.

PARQUE NATURAL DEL CABO DE GATA-NÍJAR

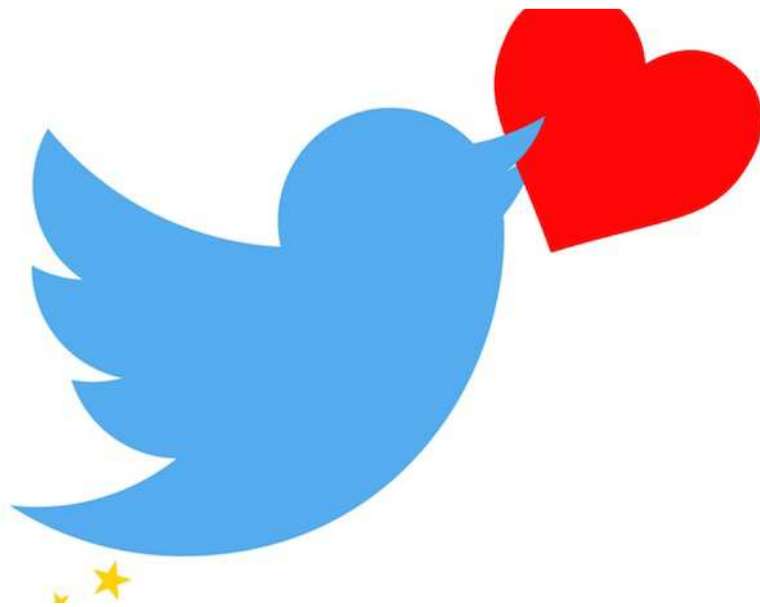


Hubiese querido hacer otro artículos más, explicando la belleza que atesora esta zona, pero por mucho que lo quiera, soy un ser humano, con sus defectos y sus virtudes, ello me obliga a expresar y exponer mis sentimientos, que pueden ser o no ser, compartidos con los lectores, pero espero y deseo, que respeten mis sentimientos.

En días pasados, hemos tenido que soportar la desagradable noticia de la muerte de un “ángel” llamado GABRIEL CRUZ, de tan solo ocho años, ¿Qué pecado cometió este ángel?, haber sido creado por la unión de un hombre y una mujer, que en la actualidad estaban separados y, la nueva compañera de su progenitor, no lo quería, según la justicia, la nueva compañera de su padre fue la mano asesina que acabo con su existencia, no somos ni jueces ni abogados, intentamos ser notarios de nuestra geografía e historia, pero como ser humano, me uno a la petición de la **CADENA PERPETUA REVISABLE.**



Este era el Pueblo de GABRIEL CRUZ, donde feliz corría, jugaba y vivía, pero una mano asesina, le privo de seguir haciéndolo.



Desde esta revista, su editor y los que la hacemos, queremos enviarte nuestro corazón y, decirte que lucharemos para que la mano asesina que te quito la vida, no pueda pasearse alegremente por las calles, **en cada revista, solicitaremos la cadena perpetua renovable**