



Índice

Artículo: Fotoprotección infantil en Molina de Segura.

Noticias Breves:

- Poliomielitis aguda paralítica en Tajikistán debida a virus salvaje importado.
- Brote de poliomielitis en Tajikistán. Evaluación del riesgo para España.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 45 a 48 de 2009.

Fotoprotección infantil en Molina de Segura

Introducción

El cáncer de piel, melanoma y no-melanoma, presenta una elevada incidencia en la mayoría de países⁽¹⁾, siendo la exposición al sol su principal factor de riesgo modificable. El aumento de la exposición solar suele estar determinado por modelos sociales o condicionamientos laborales. Según las características de cada individuo y sobre todo en pacientes con un tipo de piel fotosensible, puede acabar condicionando la aparición de un cáncer cutáneo.

Aunque la exposición al sol se hace a lo largo de toda la vida y su efecto es acumulativo, las radiaciones recibidas durante la infancia tienen un papel clave en la aparición del cáncer de piel. Los niños se exponen al sol tres veces más que los adultos y antes de los 21 años se ha recibido entre el 50 y el 80% de la radiación solar total⁽²⁾. Por todo ello, el cáncer de piel es un problema que puede prevenirse, si se toman medidas de fotoprotección y/o fotoeducación adecuadas. Niños y adolescentes son el grupo de edad donde más indicadas y eficaces son las campañas de prevención primaria, no sólo por la especial trascendencia de la exposición solar en esta etapa de la vida, sino por su mayor susceptibilidad para el cambio de actitudes y conductas positivas hacia la salud, mostrándose más receptivos a cualquier información⁽³⁾.

La incidencia del melanoma cutáneo en la Región de Murcia, como en el resto del mundo, se ha triplicado en las últimas décadas. Según datos disponibles del Registro de Cáncer de Murcia en el periodo 1983-2003 la tasa de incidencia de melanoma cutáneo fue de 5,2 y 7,1/100.000 respectivamente en hombres y mujeres. Esta enfermedad representa el 75% de todas las muertes por cáncer de piel. En la Región de Murcia en el periodo comprendido entre 1983-2003 se diagnosticaron 1402 casos de melanomas y 9953 casos de cáncer de piel no melanoma⁽⁴⁾.

Con el presente estudio, nos propusimos conocer cuáles son los conocimientos y la conducta de los padres hacia la fotoprotección de sus hijos, con el propósito de diseñar, en un futuro próximo, una estrategia sobre educación fotoprotectora en los ámbitos sanitario y educativo del Municipio de Molina de Segura (Murcia).

Material y métodos

Se diseñó un estudio transversal, en población demandante de las consultas médicas pediátricas, del Centro de Salud de Molina de Segura "Profesor Jesús Marín". Su finalidad fue obtener información aproximada sobre los conocimientos generales que poseen los padres con hijos en edad pediátrica, sobre los efectos nocivos de la

exposición solar y su conducta fotoprotectora hacia los hijos.

La población objeto de estudio fueron los padres y madres que acudieron a las consultas a demanda de pediatría del Centro de Salud, con sus hijos en edad pediátrica (de 0 años a 13 años incluidos) durante las primeras dos semanas de Junio de 2007. Fueron seleccionados según un muestreo sistemático (uno cada cinco pacientes que acudían a todas las consultas pediátricas de demanda del Centro). Se eligió una muestra de 150 padres con el fin de obtener resultados con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 8%. Las mediciones más relevantes del estudio fueron: edad y sexo de los padres e hijos, fototipo del niño, antecedentes de quemadura solar en los niños, conocimientos sobre fotoprotección de los padres y conducta fotoprotectora de los mismos hacia los hijos. El instrumento utilizado fue un cuestionario administrado mediante entrevista, con preguntas acerca de conocimientos generales y hábitos, en materia de fotoprotección, de los padres y de sus hijos. Se realizó un pilotaje cognitivo previo y las encuestas fueron administradas por

entrevistadores adiestrados, durante Mayo 2007. Se realizó un estudio estadístico univariante de frecuencias. Para el estudio bivariante se aplicaron tablas de contingencia con χ^2 , comparación de medias con T-Student y análisis de varianza. Se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0. El nivel de significación utilizado fue $p=0.05$.

Resultados

En la mayoría de los casos, los niños acudían a las consultas pediátricas acompañados por su madre (80,7%). La edad media de los padres fue de 34,6 años y de los niños 4,31. El fototipo de los niños, autoevaluado por los padres según el método de Fitzpatrick, fue tipo I (9,3%), II (34%), III (42,7%) y tipo IV (14%). Casi la mitad de los padres reconocieron que les gusta la imagen de ver bronceados a sus hijos (44,7%).

La información recibida por los padres sobre protección solar, procedía por profesionales sanitarios sólo en un 6,9% de casos, recibiendo dicha información en farmacias y medios de comunicación (ver gráfico 1).

Las preguntas sobre conocimientos generales contestadas por los padres, confirmaron que

Gráfico 1. Dónde me informo sobre fotoprotección.

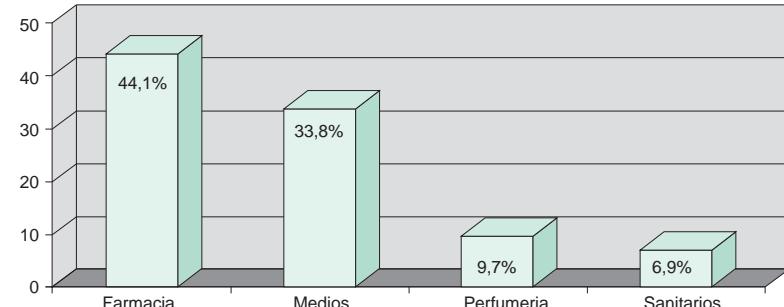


Tabla 1. Cuestionario sobre conocimientos generales y creencias de fotoprotección.

	% aciertos	% errores	% NC
Debe protegerse especialmente a los niños	97,3%	2%	0,7%
Debes evitar tomar el sol entre las 11 y las 16 horas	96,7%	3,3%	0%
El exceso de sol en la infancia puede producir con el paso de los años cáncer de piel	96%	0,7%	3,3%
Las personas de piel muy blanca y cabello pelirrojo son muy sensibles al sol	96%	2%	2%
El sol no solo afecta a la piel sino también a los ojos	94%	1,3%	4,7%
Mientras que te encuentres en el agua no llegarás a quemarte	91,3%	8%	0,7%
Las cremas solares deben incluir siempre protección frente a rayos UVA	90%	2,7%	7,3%
El índice de fotoprotección solar de las cremas debe ser siempre ≥ 5	87,3%	2,7%	10%
No te quemarás si el día está nublado	86,7%	10%	3,3%
Los filtros solares me protegen tanto que podré estar al sol mucho más tiempo	78%	16,7%	5,3%
La más barata y la mejor protección frente al sol es la sombra	76,7%	22,7%	0,7%
Con solo volver a aplicarme mi filtro solar podré estar más horas al sol	73,3%	22,7%	4%
En invierno y primavera el sol es menos peligroso	72%	23,3%	4,7%
Cuanto mayor altitud más quemará el sol tu piel	70%	19,3%	10,7%
El bronceado te protege frente a posibles quemaduras futuras	64%	29,3%	6,7%
Cuanto más bronceada esté tu piel estarás más atractivo	63,3%	30,7%	6%
Es necesario tomar el sol de forma extra para reforzar los huesos con vitamina D	56%	34,7%	9,3%

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 49 a 52 (del 6 de diciembre de 2009 al 2 de enero de 2010). Distribución semanal

	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 49			Semana 50			Semana 51			Semana 52			Semanas 49 a 52		
	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana	2009	2008	Mediana
Enfermedades															
Gripe	2.608	252	391	1.824	306	509	990	504	544	555	788	788	5.977	1.850	1.956
Tuberculosis Respiratoria	1	2	2	5	1	3	4	2	3	0	3	3	10	8	13
Otras Tuberculosis	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	3	1	2
Hepatitis A	1	1	0	1	0	1	0	2	1	0	1	0	2	4	4
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Toxiinfecciones alimen.	0	24	3	0	2	0	2	16	1	1	4	1	3	46	38
Varicela	65	65	65	72	82	84	53	75	81	84	63	72	274	285	291
Parotiditis	1	0	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	5	4	5
Enfermedad Meningoco.	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	3	1	2
Otras Meningitis	0	2	2	0	2	2	2	1	1	0	0	2	2	5	9
Sífilis	0	3	2	3	1	2	0	1	0	0	0	1	3	5	6
Infección Gonocócica	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (*).

Semanas 49 a 52 (del 6 de diciembre de 2009 al 2 de enero de 2010).

Municipios	Población	% de	Municipios	Población	% de
	(Padrón 2008)	declaración		(Padrón 2008)	declaración
Abanilla	6.642	100,00	Calasparra	10.569	83,33
Abarán	12.987	90,00	Campos del Río	2.212	66,67
Águilas	34.101	74,04	Caravaca de la Cruz	26.240	44,05
Albudeite	1.381	100,00	Cartagena	210.376	97,93
Alcantarilla	40.458	88,39	Cehegín	16.188	75,00
Aledo	1.055	12,50	Ceutí	9.759	100,00
Alguazas	8.855	100,00	Cieza	35.144	96,30
Alhama de Murcia	19.417	100,00	Fortuna	9.274	100,00
Archena	18.280	54,17	Fuente Álamo de Murcia	14.925	100,00
Beniel	10.581	100,00	Jumilla	25.348	100,00
Blanca	6.226	75,00	Librilla	4.455	31,25
Bullas	12.374	72,50	Lorca	90.924	61,74

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

Poliomielitis aguda paralítica en Tayikistán debida a virus salvaje importado.

A finales de abril, el Ministerio de Salud de Tayikistán notificó a la OMS 120 casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA), incluyendo 10 muertes (tasa de letalidad del 8%) en distritos del centro y suroeste del país. El primer caso fue diagnosticado el 26.12.2009 y la mayoría de los casos en las dos últimas semanas.

Este brote de polio es el primero desde que se certificara la Región Europea de la OMS libre de polio en 2002, en Tayikistán el último caso de polio se confirmó en 1997.

El Laboratorio Regional de Referencia de la OMS de Poliomielitis en Moscú (mediante análisis ELISA y de PCR) ha detectado la presencia de poliovirus salvaje tipo 1 en 5 muestras de casos de PFA.

Los afectados son principalmente niños menores de 5 años (rango de edad de 0 a 16 años). El análisis de los datos clínicos preliminares disponible para los 120 casos muestra: Inicio agudo de la enfermedad (92%), diarrea (al menos 20%), parálisis aislada de miembro (95%), parálisis de miembro y respiratoria (4%), parálisis de miembro y facial (1%) y únicamente parálisis facial (1%).

La presencia de poliovirus salvaje importado (PVS1) tiene un impacto grave en salud pública ya que existe un riesgo de propagación internacional de la enfermedad.

Los países endémicos para polio son Afganistán, India, Pakistán y Nigeria.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 49 a 52 (del 6 de diciembre de 2009 al 2 de enero de 2010). Distribución semanal

	Áreas de Salud										REGIÓN
	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Oriental	TOTAL				
Población (Padrón 2008)	544.997	376.206	168.668	73.795	60.217	202.226	1.426.109				
Casos Acumul.											

Enfermedades	2.388	28.726	974	11.960	1.076	9.365	293	4.414	375	2.556	871	9.293	5.977	66.314
Gripe														
Tuberculosis Respiratoria	4	102	3	49	0	22	0	6	0	12	3	23	10	214
Otras Tuberculosis	2	15	0	15	0	4	0	1	1	2	0	2	3	39
Hepatitis A	1	14	1	27	0	13	0	0	0	0	0	7	2	61
Hepatitis B	0	6	1	8	0	0	0	2	0	0	0	1	1	17
Toxiinfecciones alimen.	0	80	3	90	0	0	0	1	0	0	0	37	3	208
Varicela	84	3.144	130	1.593	19	791	6	131	2	416	33	938	274	7.013
Parotiditis	1	23	2	25	0	3	1	3	0	0	1	9	5	63
Enfermedad Meningoco.	2	9	1	5	0	2	0	0	0	0	0	4	3	20
Otras Meningitis	0	30	1	13	0	7	0	3	1	3	0	8	2	64
Sífilis	1	27	1	16	0	8	0	0	0	1	1	3	3	55
Infección Gonocócica	1	24	0	11	0	1	0	1	0	0	0	6	1	43

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (*).

Semanas 49 a 52 (del 6 de diciembre de 2009 al 2 de enero de 2010).

Municipios	Población	% de	Municipios	Población	% de
	(Padrón 2008)	declaración		(Padrón 2008)	declaración
Lorquí	6.904	100,00	Torre Pacheco	30.351	100,00
Mazarrón	34.351	100,00	Torres de Cotillas, Las	20.456	51,92
Molina de Segura	62.407	97,62	Totana	28.976	84,52
Moratalla	8.424	56,25	Ulea	956	87,50
Mula	16.942	78,57	Unión, La	17.107	100,00
Murcia	430.571	98,72	Villanueva del Río Segura	2.186	75,00
Ojós	604	50,00	Yecla	34.869	87,00
Pliego	4.032	100,00	Santomera	14.948	93,18
Puerto Lumbreras	13.612	90,38	Alcázares, Los	15.171	100,00
Ricote	1.546	87,50			
San Javier	30.653	100,00	Total Región	1.426.109	90,35
San Pedro del Pinatar	23.272	100,00			

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

Brote de poliomielitis en Tayikistán. Evaluación del riesgo para España

En España el último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje fue notificado en 1988.

Las coberturas de inmunización con 3 dosis frente a polio en el primer año de vida en nuestro país son del 96,7% en el último año (rango 93-99%), siendo superiores al 95% desde 1998 y por tanto el riesgo de una transmisión del virus en España es muy improbable, dadas las altas coberturas de vacunación. Sin embargo, la existencia de bolsas de población susceptible (personas no correctamente inmunizadas o que no ha recibido ninguna vacuna de las recomendadas en población infantil) pone de manifiesto el riesgo de infección por poliovirus salvaje en caso de entrar en contacto con un caso de polio.

La importación de casos de poliomielitis puede darse a partir de personas no vacunadas que hayan viajado o procedan de países endémicos o que hayan notificado casos recientemente.

Por ello, se recomienda que:

1. En cada comunidad autónoma se identifiquen aquellas poblaciones en las que pueda existir un cúmulo de susceptibles por bajas o inexistentes coberturas de vacunación, y se proceda a regularizar su calendario vacunal,
2. Se mantenga y fortalezca la actual vigilancia de PFA en menores de 15 años,
3. Se refuercen las recomendaciones a viajeros a áreas endémicas, haciendo hincapié en la revisión de su estado vacunal y completando la inmunización en aquellos casos que sea preciso.

WHO headquarters, Reported Immunization Schedules, interactive database. http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm

WHO headquarters, Tajikistan reported immunization coverage, 1980-2008

http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tscoveragebycountry.cfm?C=TJK

Global Polio Eradication Initiative, Outbreak Response Guidelines. <http://www.polioeradication.org/content/publications/outbreakresponse.asp#OUT>

todavía hay, fundamentalmente, falsas creencias sobre aspectos relacionados con la acción del sol y la fotoprotección (tabla 1). Por otra parte, la conducta fotoprotectora de los padres hacia sus hijos varió según el método utilizado, el lugar donde se encontraba el niño y según la conducta fotoprotectora que tenían los padres en sus hijos (tabla 2).

Los padres adoptaron algunas medidas fotoprotectoras más intensas en niños de menor edad ($p<0.05$). El fototipo del hijo no influyó a la hora de adoptar mayor intensidad en la conducta fotoprotectora hacia sus hijos.

Pese a todo lo comentado, destaca el hecho de que el 18,1% de los niños haya sufrido alguna quemadura solar a lo largo de su vida, sobre todo entre niños > 4 años ($p<0.001$). Los hijos cuyos padres repiten la aplicación de cremas fotoprotectoras, sufren menos quemaduras ($p<0.05$).

Discusión

La incidencia de quemaduras solares en niños varía según diferentes estudios, pero en general es alta⁽⁵⁾. Resulta lógico pensar, por tanto, en la gran oportunidad de mejora que queda para todas las medidas fotoprotectoras, sobre todo en el uso de ropa, sombra y reducción de la exposición solar. Detectamos una gran variabilidad de resultados en gran medida por las diferentes edades de los niños en los estudios. La incidencia de quemaduras varió entre el 26% de los niños que se habían quemado alguna vez en un estudio español en Huesca y el 45% que se quemó en el último verano en Canadá. Los peores resultados se dieron en un estudio realizado en Leicester (Reino Unido), en el que un 48% de niños se habían quemado al menos una vez al año, mientras que el 42,6% de los niños blancos en Estados Unidos se habían quemado una o más veces el año anterior. Respecto a países de la Europa mediterránea como el nuestro, podemos señalar que el proyecto GISED realizado en Italia informó de un 12% de quemaduras en el año previo al estudio. En nuestro estudio encontramos que el 18,1% de los niños ha sufrido al menos una quemadura solar a lo largo de su vida, resultado muy relevante si tenemos en cuenta que la edad media

de los niños en nuestro estudio fue 4 años. La medida fotoprotectora más utilizada en nuestro medio fue la crema con Factor-Protector-Solar (FPS) (98,7% de niños), de manera similar a lo informado en otros estudios, que oscilaron desde el 98% en Estados Unidos al 97,1% en otro español.

Con respecto al índice de FPS > 15 utilizado en nuestros niños el resultado fue del 85,4%, mientras que en el estudio de Huesca fue del 78,05%. Un estudio realizado por la Academia Americana de Dermatología detectó resultados algo más bajos del 53%.

Las demás medidas fotoprotectoras (camiseta, sombra, gafas, evitación de las horas de máxima exposición solar) fueron siempre menos utilizadas que la crema fotoprotectora. En concreto, en un estudio de la Academia Americana de Dermatología, el 30% de los niños buscó la sombra, el 27% llevaba sombreros y el 8%, camisetas. Dentro de la Europa mediterránea, los resultados son muy dispares. En el estudio realizado en Huesca, el sombrero fue empleado por el 65,6% de los niños, la camiseta por el 56,6%, la sombra por el 43% y gafas por el 14%. Además, el 56,3% evitó ir a la playa en horario de mediodía. En nuestro estudio, el sombrero fue empleado por el 88,7%, la camiseta por el 81,3%, la sombra por el 98,7% y gafas por el 42,7%. La menor edad de los niños de nuestra muestra puede estar en el origen de los mejores resultados. Sorprende en cambio el menor porcentaje (46%) de padres que evitó llevar a sus hijos a la playa en horario de mediodía.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, respecto a conocimientos generales de exposición solar y fotoprotección de los padres, nos orientan a que aún hay bastantes oportunidades de mejora en aspectos importantes sobre algunos conocimientos, creencias y actitudes de los padres, básicos para una conducta fotoprotectora más adecuada. Los conocimientos o las creencias que superen el 10% de errores, en nuestra encuesta, nos pueden servir para diseñar los contenidos educativos a incluir en la estrategia formativa dirigida a padres sobre fotoprotección, como la creencia de que "no te quemarás si el día está nublado" donde contestan erróneamente

un 10% de encuestados, o la falsa creencia de que "los filtros protegen tanto que podremos tomar el sol durante mucho más tiempo" (16% de errores) o que "la piel bronceada protege frente a posibles quemaduras futuras" (29,3% de errores). En un estudio publicado en nuestro país, Buendía et al destacaron el papel de los conocimientos y creencias como fuertes predictores de la conducta fotoprotectora⁽⁴⁾.

Los resultados hallados en nuestro estudio, presentan una serie de limitaciones. En primer lugar el ámbito de estudio; al ser un estudio cuya muestra se obtuvo de consulta de demanda, es posible que las características de los padres que acuden a consulta sean diferentes a los de nuestra población general. Otra limitación a valorar puede ser el sesgo de información por parte del entrevistado en cuanto a su veracidad en aspectos como las quemaduras sufridas por sus hijos y la conducta fotoprotectora esperada por los padres a sus hijos (respuesta socialmente deseable) y el sesgo de memoria de algunas variables. Por otra parte nuestro cuestionario sobre conocimientos, si bien fue pilotado desde el punto de vista cognitivo, no ha sido adecuadamente validado.

Lo más destacado de nuestro estudio es constatar la poca información sobre fotoprotección que reciben los padres, de los profesionales sanitarios. La persistencia de falsas creencias, sobre los efectos del sol y protección solar, que tienen los padres y la existencia significativa de quemaduras solares en edades pediátricas. Finalmente podemos afirmar, que hemos conseguido nuestro objetivo de conocer cuáles son los conocimientos y la conducta de los padres hacia la fotoprotección de sus hijos, con el propósito de diseñar, en un futuro próximo, una estrategia sobre educación fotoprotectora en los ámbitos sanitario y educativo del Municipio de Molina de Segura (Murcia). Aún queda mucho por hacer en el campo de la fotoprotección infantil, como potenciar dicha conducta en lugares como la escuela y las zonas de ocio.

Bibliografía

1- Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Annals of Oncology. 2005;16:481-8.

2- Consensus Development Panel: National Institutes of Health summary of the consensus development conference on sunlight, ultraviolet radiation and the skin. J Am Acad Dermatol. 1991;24:608-12.

3- Buendía-Eisman A, Feriche-Fernández E, Muñoz-Negro JE, Cabrera-León A, Serrano-Ortega S. Evaluación de un programa de intervención escolar para la modificación del comportamiento ante la exposición solar. Actas Dermosifiliogr. 2007;98:332-44.
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/157501-b_epidemiologico_abril_09.pdf

4- Buendía Eisman A, Muñoz Negro JE, Palau Lázaro MC y Salvio Serrano Ortega S. Factores asociados con el uso de fotoprotección en niños. Piel. 2009;24(1):12-6

Autores

Pedro Ángel Alcántara Muñoz^a, Juan Francisco Menárguez Puche, Isabel Reina Nicolás^b y Ginés Álvarez Sánchez^b.

(a) Médico de Familia. (b) Médico Residente de 3º año de MFyC

Centro de Salud "Profesor Jesús Marín López" Molina de Segura. Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Coordinadora de Edición:

Visitación García Ortúzar

Coordinadora Administrativa:

M.ª Carmen Martín Moya.

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: Servicio de Epidemiología

ISSN: 1130-0019 Bol Epidemiol Murcia

Tabla 2. Conducta fotoprotectora de los padres a sus hijos.

Según el método fotoprotector utilizado	
Tipo de protección solar usada	Nº y % de fotoprotección conseguida
Crema protectora solar	147 (98%)
Sombra	148 (98,7%)
Gorro	133 (88,7%)
Camiseta	122 (81,3%)
Gafas	64 (42,7%)
Según el lugar de fotoexposición	
Lugar para protección solar	Nº y % de fotoprotección conseguida
Piscina/playa	148 (98,7%)
Parque/plaza	38 (25,3%)
Montaña/excursiones	26 (17%)
Escuela	24 (16%)
Deportes	14 (9,7%)
Según la conducta y hábitos fotoprotectores de los padres a sus hijos	
Conductas fotoprotectoras de padres a hijos	Nº y % de fotoprotección conseguida
Reaplican crema protectora a sus hijos durante el día	136 (90,7%)
Usan en sus hijos cremas con Factor-Protector-Solar (FPS) ≥15	133 (88,7%)
Exponen a sus hijos al sol menos de 2 horas al día	79 (52,7%)
Llevan a sus hijos a la playa/piscina hasta 12 am y después 17 pm	69 (46%)

Edita:

Servicio de Epidemiología.

Consejería de Sanidad y Consumo.

D. G. de Salud Pública.

Ronda de Levante 11. 30008 Murcia.

Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56

bolepi@car.m.es

http://www.murciasalud.es/bem

Comité Editorial:

Lluís Cirera, M.ª Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, José Saura, M.ª José Tormo.