

Jornada de Investigación en Ciencias de la Salud

16 y 17 de Noviembre del 2023



Facultad de
Ciencias de la Salud



Jornada de Investigación en Ciencias de la Salud

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriño

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Secretaría de Ciencia y Técnica y Posgrado

Facultad de Ciencias de la Salud

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis



Facultad de
Ciencias de la Salud

COORDINADORA
Dra. BOYÉ María Eugenia

Jornada de Investigación en Ciencias de la Salud



Jornada de Investigación en Ciencias de la Salud / María Eugenia Boyé... [et al.]; compilación de María Eugenia Boyé - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2023. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-394-7

1. Salud. 2. Proyectos de Investigación. I. Boyé, María Eugenia, comp.
CDD 610.72

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950
Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110
www.neu.unsl.edu.ar
E mail: unslneu@gmail.com

Directora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage
DG Nora Aguirre

ISBN 978-987-733-394-7

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2023 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

Jornada de Investigación en Ciencias de la Salud

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. BOYÉ María Eugenia **(Coordinadora)**

Dra. PIRAN ARCE María Fabiana

Mgter. HIDALGO Bibiana Edith

Esp. GARRO BUSTOS Jessica Vanina

Lic. TABARES Luciana María

Lic. BLANCHET María Inés

Esp. QUIROGA Yanina Verónica

Esp. DUARTE Silvia Raquel

Lic. FELIX Mariana



Jornada de Investigación en Ciencias de la Salud

EJES TEMÁTICOS

Prevención de enfermedades y promoción de la salud.

- ❖ Salud pública.
- ❖ La salud desde una mirada integral.
- ❖ Salud, calidad de vida y ambiente.
 - ❖ Salud comunitaria.
 - ❖ Salud y epidemiología.

Extensión e Investigación en Salud. Experiencia de articulación e Internacionalización.

- ❖ Comunicación científica.
- ❖ Ética en investigación.

Experiencia de investigación en el grado y posgrado en Salud.

- ❖ Políticas públicas en salud.
- ❖ Discapacidad e inclusión.
- ❖ Salud como derecho.

INDICE

EJE: Prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Adultos mayores y corporización del lenguaje.

Eliana ORO OZAN

Metodología de la validación de cuestionarios sobre estilos de vida o hábitos en adultos.

Ivana V. OLIVERO, Rocío LIZZI, Camila VERA, Mariela Rosa VARGAS, Lucila ORELLANO, Ana Cecilia ALBISU, Luciana TABARES, M. GODOY, Virginia Azul VEGA, Mariana Jesús TORRES LAPRESA, Ana Belén TORRES LAPRESA

Reformulación del proceso de decanulación. Una mirada desde la prevención y de la rehabilitación precoz.

Adriana del Valle VELEZ, Gabriela SORIA

La “Hora de Oro” ¿Cuánto saben las mujeres gestantes y puérperas sobre este periodo?.

Agustina COMERCI

La comunicación, y su deterioro, en adultos mayores: dimensiones de la audición, equilibrio, lenguaje, voz y fonostomatología.

Cecilia Fernanda CALZETTI, Eliana ORO OZAN, Elisa Belén GÓMEZ Victoria Ayelen SIMONE ZALAZAR, Nery Elva CARLOMAGNO, Ana Soledad CALDERÓN, María Isabel OCHOA, Gabriela OLGUÍN YURCHAG, Vanina MARÍN, María Claudia NUÑEZ CAMPERO, María Elena PEREIRA FLORES, Melina PORTILLO, Santiago VICENTE

Seguridad alimentaria y prácticas alimentarias de los hogares.

Virginia Azul VEGA; Ivana V. OLIVERO, Hernán COBOS

La estimulación auditiva en el adulto mayor para una mejor calidad de vida.

Elisa Belén GOMEZ

Consumo alimentario en escolares de 6 a 12 años de la ciudad capital de San Luis.

Nora SOSA, María Virginia BESSEGA CUADROS, María Lujan CORREA, Mariana Virginia GÓMEZ, Barbara Mailén JUNCO MANSUR, Gabriela Inés PAEZ, Silvana Cecilia SCATENA, Gabriela Paola TEJADA

Estado nutricional y su relación con los hábitos de vida en adolescentes, de la escuela Juan Pascual Pringles, en el mes de mayo del año 2017 en la ciudad de San Luis.

Romina Analía CEJAS, Mariana Virginia GÓMEZ, María Fabiana PIRAN ARCE

Relación entre hambre emocional y estado nutricional de los estudiantes que asisten al centro de salud estudiantil en el año 2023.

Daiana Rocío Milagros GUZMAN, Rocío Jimena LIZZI, María Fernanda BRUNO

Consumo diario de bebidas y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en niños de 10 a 12 años del turno mañana que asisten a la escuela N°2 Bernardino Rivadavia de la ciudad de San Luis.

Gabriela Inés PÁEZ, Natalia BALLARIO, Valeria LUCERO, Cristina Devia

Fonoaudiología y salud pública: promoción y prevención.

Ana María GARRAZA, Roxanna C. MARTINO, Beatriz HERNANDEZ, Alberto CABAÑEZ, Patricia OSISNALDI, María Elena FUNEZ, Mariana CONIGLIO, Gisela RUFENER, Vanina MARIN, Maira GUIÑAZU, Paola CRUCEÑO, María Cecilia CAMARGO, Verónica SALINAS

La importancia del desarrollo del equilibrio en el curso de vida.

Victoria Ayelen SIMONE ZALAZAR, Cecilia Fernanda CALZETTI

Consultorio de enfermería escolar en cada escuela. El próximo desafío del Departamento Enfermería-UNSL.

Mónica M. SOTO VERCHÉR, Laura A. PEDERNERA, Darío S. ABREGU, Mayra G. ROMERO PÁEZ, Yamila R. OCHOA

EJE: Extensión e Investigación en Salud.

La función deglutoria y sus alteraciones.

Silvia Adriana HUARTE, Bibiana E. HIDALGO, Agustina COMERCI, Mariana FÉLIX, Gisela Andrea RUFENER, María Julieta GALENDE, Tamara MASCION

Procedimientos lingüísticos/discursivos en la discapacidad intelectual.

Verónica Paulina GARRO ANDRADA, Dora Diana LUENGO

Adherencia al tratamiento nutricional y variación de peso corporal en adultos que realizaron dieta cetogénica y ayuno intermitente, en un centro médico de San Luis.

Jessica Vanina GARRO BUSTOS, Silvia Ivana RODRÍGUEZ SALAMA, Cecilia ALBISU

Explorando los potenciales beneficios medicinales de *Larrea Divaricata* CAV. (jarilla) para la salud humana: evidencias científicas y perspectivas actuales.

Silvia DÁVILA, María Aída MATTAR DOMÍNGUEZ

Los profesionales de salud y las conductas de autocuidado.

Yanina Verónica QUIROGA, Silvia Raquel DUARTE, Norma M. VILLEGAS

EJE: Experiencia de investigación en el grado y posgrado en Salud.

Alteraciones del lenguaje en pacientes con deterioro cognitivo leve. Aproximación clínica.

Alejandra Edith SOSA, Flaviana ARENA, Rosalia CARBALLO

Evaluaciones posturales en jóvenes a través del uso de POSTURAPP.

Enrique Agustín AGUILERA OCAMPO, María Luz VIZCAÍNO MANSILLA, Mauricio GÓMEZ, Valeria STIEGER

Consumo de alimentos fuente de ZINC y su acceso económico y físico en adultos mayores de la ciudad de San Luis durante el año 2022.

Victoria Melissa ANDRÉ, Antonella de las Mercedes BIASI, Jessica Vanina GARRO BUSTOS

Apropiación léxica nominal, procedimientos de nominalización en sujetos sordos.

María Eugenia BOYE

Conocimiento y frecuencia de consumo de productos con glutamato monosódico y su relación con IMC y circunferencia de cintura en adultos.

Ana Clara ZARRABEITIA BRUECHET Jessica Vanina GARRO BUSTOS, Antonella de las Mercedes BIASI

**EJE: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD.**



ADULTOS MAYORES Y CORPORIZACIÓN DEL LENGUAJE

Eliana ORO OZAN*

RESUMEN

El deterioro cognitivo es uno de los trastornos más característicos que sufren los adultos mayores. Puede ser esperable como producto de la edad, o patológico si la persona sufre un trastorno como la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer o la variante comportamental de la Demencia Frontotemporal. Además de la pérdida de memoria a corto plazo, estos trastornos suelen estar asociados a la desorientación temporal, espacial y a dificultades de equilibrio y frecuentes caídas. La toma de conciencia por parte de los pacientes y de sus familias de que estas enfermedades provocan daños irreversibles se traduce en actitudes de desesperanza y dificultades en la búsqueda de soluciones concretas que permitan al adulto mayor comenzar rutinas de actividades físicas y lingüísticas, de reconectar con su sistema lingüístico, de representaciones y con su entorno social. En esta propuesta se consideran los estudios sobre corporización del lenguaje y el enfoque continuo de vida. Lamb (2011) asegura que cientos de miles de neuronas mueren por día en el cerebro humano en condiciones normales y, sin embargo, no por esto perdemos de pronto la capacidad de reconocer conceptos. Los estudios sobre "corporización del lenguaje" son la base de esta propuesta. Tanto las investigaciones sobre corporización, como las pruebas de laboratorio experimental (Birba et al., 2017; Cardona et al., 2013; García Ibanez, 2016a; Pulvermüller, 2005) y los escenarios de la vida cotidiana (Tomasello, 2009; Kogan et al, 2020) han revelado que existen conexiones profundas entre el procesamiento lingüístico y los movimientos corporales. Hallazgos similares se han reportado respecto del procesamiento de verbos de acciones manuales con los movimientos de las manos, produciendo efectos de facilitación o interferencia respecto de factores relacionados con el estímulo y la tarea propuesta. El sistema cerebral posee circuitos sensorio-motores que activan diversos significados al evocar palabras o sonidos (Kiefer, Sim, Herrenberger, Grothe, & Hoenig, 2008), palabras relacionadas con olores o, de manera más significativa, palabras relacionadas con acciones (García et al., 2022). Los hallazgos logrados hasta el momento muestran que dichos mecanismos son "críticos" para el procesamiento de una lengua materna. Por otro lado, el enfoque continuo de vida considera las etapas críticas, las transiciones y los entornos en los que se pueden hacer grandes diferencias para promover o restaurar la salud y el bienestar. Objetivos: diseñar actividades lingüísticas corporizadas, centradas en el intercambio lingüístico y corporal requeridos para realizar dinámicas de baile, teatralización y literatura. Desde esta intervención clínico-pedagógica, la experiencia corpórea del arte

* Integrante PROIPRO 10-0423 "Estudio de la comunicación, y su deterioro, en adultos mayores: dimensiones de la audición, equilibrio, lenguaje, voz y fonostomatología". oeoro@email.unsl.edu.ar

ayudará a las personas adultas con patologías o no, a reconectarse con su cuerpo, intentando detener el deterioro cognitivo.

Palabras Clave: Adultos Mayores - Lenguaje Corporizado- Procesamiento Lingüístico

Keywords: Older Adults - Embodied Language- Linguistic Processing

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo es uno de los trastornos más característicos que sufren los adultos mayores. Puede ser esperable como producto de la edad, o patológico si la persona sufre un trastorno como la enfermedad de Parkinson (EP), enfermedad de Alzheimer (EA) o la variante comportamental de la Demencia Frontotemporal (vcDFT). Estos trastornos suelen estar asociados a pérdida de memoria a corto plazo, desorientación temporal, espacial y a dificultades de equilibrio.

La toma de conciencia por parte de los pacientes y de sus familias de que estas enfermedades provocan daños irreversibles se traduce en actitudes de desesperanza y dificultades en la búsqueda de soluciones concretas que permitan al adulto mayor comenzar rutinas de actividades físicas y lingüísticas, de reconectar con su sistema lingüístico, de representaciones y con su entorno social. Sin embargo, "El deterioro cognitivo durante el envejecimiento normal o patológico puede retrasarse mediante experiencias que fomentan la reserva cognitiva" (Calvo *et al*, 2016: p.1). Al respecto, los adultos mayores con patologías o no, necesitan organizar nuevas rutinas en su vida, y es en este sentido que el entrenamiento para adultos supone una manera eficaz de batallar contra el deterioro cognitivo.

García *et al*. (2020) describen los cambios significativos en el comportamiento y la personalidad que desencadena la EA, tales como: desintegración social, desinhibición, apatía, falta de conciencia moral y comportamiento compulsivo, déficits ejecutivos y problemas de memoria. Los déficits lingüísticos se presentan con una baja incidencia en EP y pueden manifestarse disartrias que empeoran con la EA. En vcDFT la incidencia de déficits lingüísticos es baja y puede variar entre un 5% y un 75%.

DESARROLLO

A continuación se desarrolla la corporización del lenguaje y de qué manera representa un medio para frenar o retrasar el deterioro cognitivo (DC).

Lamb (1999) asegura que cientos de miles de neuronas mueren por día en el cerebro humano en condiciones normales y, sin embargo, no por esto perdemos de pronto la capacidad de reconocer conceptos. Según un principio darwiniano del proceso de aprendizaje que rige para los sistemas biológicos (*lo usás o lo perdés*), es probable que, como consecuencia de la muerte natural de neuronas, desaparezcan los nodos latentes, no aquellos ya reclutados, excepto en casos de daños severos como los ataques, a consecuencia de lo cual quedamos seriamente limitados y por lo general se pierden funciones altamente específicas” (Lamb, 1999: 505).

La afirmación teórica anterior y los estudios sobre “corporización del lenguaje” son la base de esta propuesta.

Tanto las investigaciones sobre corporización, como las pruebas de laboratorio experimental (Birba *et al.*, 2017; Cardona *et al.*, 2013; García Ibanez, 2016a; Pulvermüller, 2005) y los escenarios de la vida cotidiana (Tomasello, 2009; Kogan *et al.*, 2020) han revelado que existen conexiones profundas entre el procesamiento lingüístico y los movimientos corporales. Hallazgos similares se han reportado respecto del procesamiento de verbos de acciones manuales con los movimientos de las manos, produciendo efectos de facilitación o interferencia respecto de factores relacionados con el estímulo y la tarea propuesta (García e Ibáñez, 2016a; Kogan *et al.*, 2020). El sistema cerebral posee circuitos sensorio-motores que activan diversos significados al evocar palabras o sonidos (Kiefer, Sim, Herrnberger, Grothe, & Hoenig, 2008), palabras relacionadas con olores (González *et al.*, 2006) o, de manera más significativa, palabras relacionadas con acciones (García *et al.*, 2019). Los hallazgos logrados hasta el momento muestran que dichos mecanismos son “críticos” para el procesamiento de una lengua materna (García, Ibáñez, 2016; Pulvermüller, 2013, 2018). Desde la perspectiva corporeizada de la cognición, el lenguaje está íntimamente formado por todos los aspectos corporales de nuestro ser en el mundo: lo *perceptual*, lo *motriz* y lo *afectivo*. Así, a través de

las interacciones físicas con el entorno, con las cosas y los eventos; y de las interacciones interpersonales, surgen los conceptos y los significados (Johnson, 2018). En este sentido, el significado se corporiza solo después de haber tenido experiencias que caracterizan al contenido lingüístico en el mundo. Sin embargo, cuando los estímulos *perceptuales, motrices, afectivos y sociales* originales no están presentes contextualmente, la experiencia de ellos se recrea a través de la activación de estructuras neuronales. Es decir, las representaciones del significado son inherentemente modales por naturaleza, porque el significado se basa en la forma en que nuestros cuerpos *interactúan* con el entorno (Kerkhofs y Haselager, 2006).

Por otro lado, el Enfoque Continuo de Vida parte de la definición de salud que establece la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(OMS 1948).

En este trabajo, y al interior del proyecto de investigación en el que se enmarca, se establece un marco teórico que propone “abordar los momentos del continuo de la vida, por lo tanto, reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural” (Ministerio de Salud de Colombia, 2015). A diferencia de un enfoque orientado a la enfermedad, que se centra en intervenciones para una sola afección, a menudo en una sola etapa de la vida, el enfoque continuo de vida considera las etapas críticas, las transiciones y los entornos en los que se pueden hacer grandes diferencias para promover o restaurar la salud y el bienestar.

Asimismo, el enfoque continuo de vida supone abarcar la totalidad de la trayectoria de una persona y reconocer la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las edades, donde la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectarla a largo plazo (Bacallao Gallestey, J., 2016).

En este mismo sentido, son varias las enfermedades no transmisibles que pueden prevenirse o retrasarse. Así, cuando la salud, el mercado de trabajo, el

empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la vejez. Y más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo. También más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida.

En consecuencia, el Entrenamiento para adultos está enmarcado en un modelo terapéutico cognitivo-conductual y el desarrollo sistemático de actividades lingüísticas corporizadas. Al interior del proyecto se propone un plan de actividades centradas en el intercambio lingüístico y corporal requeridos para realizar dinámicas de baile, teatralización y literatura. Esta intervención clínico-pedagógica tiene como objetivo ayudar a las personas adultas a reconectarse con su cuerpo a través de la experiencia artística, con el fin de detener el proceso de deterioro cognitivo. Para concretar la prueba se propone conformar grupos de no más de diez personas. Al respecto, Calvo *et al* (2016) recomiendan el emparejamiento de grupos según variables demográficas y clínicas. Además, se debería constatar la presencia de personas bilingües en los grupos de participantes, ya que tal condición podría arrojar beneficios significativos en los resultados esperados. Birba *et al.* (2020) afirman que “la magnitud de los efectos corporizados es más sensible a las variables específicas en L2, incluyendo la experticia en L2, es decir el nivel corriente de habilidad en el uso de L2 (Hulstijn, 2012) – y la edad de adquisición, es decir, la edad de apropiación de la L2 (Paradis, 2009) (Birba *et al.*, 2020: 2)”.

Otra variable a considerar en las personas que integran los grupos sería, el nivel de experticia en la lengua materna, ya que está probado que a mayor experticia

en L1, mejor reclutamiento convergente de recursos neuronales en idiomas (L1 y L2) (Abutalebi, 2008; Birba *et al*, 2020) y mejor activación del sistema semántico corporizado (Birba *et al*, 2020).

Como parte del entrenamiento, se tomará una prueba inicial con diversos estímulos en un lugar preparado para tal actividad. Asimismo, los instructores deberán tener perfiles adecuados al trabajo terapéutico a desarrollar para tal fin.

Luego, se procederá a entrenar a los sujetos participantes, a lo largo de seis meses. Los estímulos que se presentarán serán variados y estarán siempre en relación con actividades de lectura, escritura literaria, baile y actuación. En relación a la lectura y escritura de textos literarios, las actividades podrán concretarse tanto en forma individual, como en forma grupal y se propondrá, inclusive, la producción textual de géneros autobiográficos. Birba *et al*. (2020) ponen en evidencia la activación en el sistema sensoriomotor, involucrada en la lectura de textos narrativos en L1. En lo que respecta al baile, se propondrán ritmos conocidos y nuevos, para bailar en parejas y solos, guiados por instrucciones orales. Las técnicas de teatro abarcarán desde la lectura hasta la puesta en escena de sketches y/o monólogos.

La evaluación de cada actividad se realizará a partir de informes escritos que periódicamente elaborarán los profesionales a cargo de las actividades artísticas.

CONCLUSIONES

Desde esta intervención clínico-pedagógica, se esperan respuestas de estimulación cognitiva muy variadas a partir de la aplicación de Entrenamiento para adultos.

La experiencia corpórea del arte ayudará a las personas adultas a reconectarse con su cuerpo, intentando detener el deterioro cognitivo.

REFERENCIAS

BIRBA, A. *et al*. (2020). "Motor-system dynamics during naturalistic reading of

action narratives in first and second language.” Revista Elsevier, Neuroimage 216, 116820.

CALVO, N.; GARCÍA, A.; MANOILOFF, L. (2016). “Bilingualism and Cognitive Reserve: A Critical Overview and a Plea for Methodological Innovations”. Review article. Front. Aging Neurosci., 12 January 2016 [Frontiers | Bilingualism and Cognitive Reserve: A Critical Overview and a Plea for Methodological Innovations | Aging Neuroscience](#)

FELDBERG, C y DEMEY, I. compiladores (2015). Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias. Ed. Paidós.

GARCÍA, A., DELEON, J. Y BOON, L. (2020). Neurodegenerative Disorders of Speech and Language: Non-language-dominant Diseases. Encyclopedia of Behavioral Neurology, 1-15. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819641-0.00042-6>

GARCÍA, A. M., BIRBA, A., KOGAN, B. & DÍAZ RIVERA, M. (2022). Dinámica de la semántica corporizada. En M. A. Alonso, D. Beltrán, A. Domínguez, J. A. León & H. Marrero (eds.), Lenguaje y Cognición. Ensayos en honor de Manuel de Vega. Editorial Médica Panamericana.

IBÁÑEZ, A., GRISALES-CÁRDENAS, J. S., CARDONA, J. F., GARCÍA, A. M. (2021). Rekindling action language: A neuromodulatory study on Parkinson’s disease patients. Brain Sciences 11, 887. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070887>

KIEFER, M., SIM, E.-J., HERRNBERGER, B., GROTHE, J., & HOENIG, K. (2008). The sound of concepts: Four markers for a link between auditory and conceptual brain systems. *The Journal of Neuroscience*, 28(47), 12224–12230. doi:10.1523/JNEUROSCI.3579-08.2008

LAMB, S. (2011). Senderos del Cerebro. La base neurocognitiva del lenguaje. Trad. Gil, J. M y García, A. M. a partir de la primera edición en inglés (Ámsterdam, John Benjamins, 1999) Contextos, Colección de Lingüística- EUDEM.

KOGAN, B. et al. (2020). "How words ripple through bilingual hands: Motor-language coupling during L1 and L2 writing". *Neuropsychologia* 146

KOGAN, B; MUÑOZ, E.; IBÁÑEZ, A.; GARCÍA, A. (2020) "Too late to be grounded? Motor resonance for action words acquired after middle childhood". *Elsevier- Brain and Cognition* 138.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, ISSN 0211-139X, ISSN-e 1578-1747, Vol. 37, Nº Extra 2 (Agosto), 2002

SUÁREZ-GARCÍA, D. M. A., BIRBA, A., ZIMERMAN, M., DIAZGRANADOS, J. A., LOPES DA CUNHA, P., IBÁÑEZ, A., GRISALES-CÁRDENAS, J. S., CARDONA, J. F., GARCÍA, A. M. (2021). Rekindling action language: A neuromodulatory study on Parkinson's disease patients. *Brain Sciences* 11, 887.

<https://doi.org/10.3390/brainsci11070887>

METODOLOGÍA DE LA VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS SOBRE ESTILOS DE VIDA O HáBITOS EN ADULTOS

Ivana V. OLIVERO*, Rocío LIZZI, Camila VERA, Mariela Rosa VARGAS, Lucila ORELLANO, Ana Cecilia ALBISU, Luciana TABARES, M. GODOY, Virginia Azul VEGA, Mariana Jesús TORRES LAPRESA, Ana Belén TORRES LAPRESA

RESUMEN

La evaluación de hábitos saludables desempeña un papel fundamental en la posterior implementación de programas de educación a nivel poblacional y en la formulación de políticas que fomenten la creación de entornos saludables, en este sentido la validez de instrumentos reviste una importancia crucial. Se realizó un rastreo tanto a nivel nacional como internacional, abarcando un período de hasta 10 años, de 2012 a 2022. Se emplearon 16 motores de búsqueda. De un total de 142 artículos relacionados con la temática, se seleccionaron 13 que cumplían con los criterios de selección. No existen antecedentes de validación de encuestas de estilos de vida en Argentina. En la muestra de los estudios seleccionados, se observa que la mayoría de ellos (61,5%) se enfocaron en adultos jóvenes con promedio de 322 personas, un mínimo 60 y un máximo de 827 personas. El muestreo se dividió en partes iguales en probabilístico y no probabilístico predominando en el primero el muestreo estratificado y en el segundo el intencional. La mayoría utilizó la validación de contenido por jueces y validación de constructo realizada por análisis factorial.

Palabras Claves: Validación De Cuestionario, Estilos De Vida, Hábitos Saludables, Adultos.

Keywords: Questionnaire Validation, Lifestyles, Healthy Habits, Adults.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de hábitos saludables desempeña un papel fundamental en la posterior implementación de programas de educación a nivel poblacional y en la formulación de políticas que fomenten la creación de entornos saludables. En el

* ivanavolivero@gmail.com. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

contexto argentino, no se cuentan con estudios que hayan validado encuestas específicas sobre hábitos saludables. La validez, en el ámbito de la medición, reviste una importancia crucial, ya que está directamente ligada a la evaluación y comprensión del significado inherente a las puntuaciones derivadas de un instrumento (Elosua, 2003). A medida que se emplean instrumentos de medición, surgen inferencias, algunas de las cuales son sólidas y fiables, mientras que otras carecen de fundamentos adecuados (Muñiz, 2003). El proceso de validación se orienta a recopilar datos que permitan discernir cuáles de estas inferencias son pertinentes y legítimas (Elosua, 2013; Muñiz, 2003). De esta manera, se establece un respaldo científico que facilita la interpretación de las puntuaciones obtenidas en una prueba, en un contexto específico. La relevancia de estas evidencias radica en su coherencia con los objetivos propuestos para la prueba en cuestión.

La consecución de la validez puede abordarse desde diversos enfoques y métodos. No obstante, es imperativo considerar que, a pesar de esta variedad, la validez es un proceso holístico. Conforme a Abad y colaboradores (2006), la validez se concibe como un proceso cuya finalidad es brindar información acerca de las inferencias que pueden derivarse de un instrumento. En este sentido, se lleva a cabo una revisión sistemática con el objetivo de identificar los instrumentos disponibles, los métodos de muestreo, las muestras empleadas, y los tipos de validación. Llevar un estilo de vida saludable, se relaciona con la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tener un estilo de vida saludable conlleva múltiples beneficios como agente protector frente a las enfermedades crónicas, es necesario, tener en cuenta, programas de promoción de la salud orientados a mejorar la calidad de vida de los jóvenes y promover estilos de vida saludable que impacten en la comunidad con la finalidad de tener adultos sanos y activos (Ibarra, Ventura, Hernández, 2019; como se cita en Santiago-Bazán y Carcausto, 2012).

METODOLOGÍA

Este estudio tuvo como propósito llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura con el fin de analizar la metodología utilizada en la validación de cuestionarios relacionados con estilos de vida y hábitos.

Tras realizar búsquedas iniciales en diversas bases de datos, utilizando palabras clave como "validación de cuestionario", "estilo de vida saludable", "hábitos saludables", "conductas saludables", entre otras combinaciones. Se utilizaron los siguientes buscadores: entre ellos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Sistema de Recuperación y Revisión de Literatura Médica en Línea (ME-DLINE), el buscador de la biblioteca nacional de medicina y el Instituto Nacional de Salud de EEUU (PubMed), biblioteca Científica Electrónica en Línea de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (SciELO), portal de ciencia global (World Wide Science), base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier (Scopus), compañía editorial estadounidense, especializada en libros y revistas académicas (Springer), LinkBASE (Bielefeld Academic Search Engine), centro de información de recursos educativos (ERIK Science Research), Plataforma de Contenidos Científicos y Académicos en Acceso Abierto producidos en el ámbito iberoamericano (REDIB), la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina el Caribe, España y Portugal (Latindex), Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid, Base de datos de investigación científica y académica (Scilit), base de datos y plataforma digital de Elsevier Science Direct, Google Académico y además se recurrió a las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

Las búsquedas se realizaron en varios idiomas, entre ellos español, inglés, portugués e italiano, con el objetivo de abarcar un espectro amplio de literatura científica relevante. Se emplearon estrategias de búsqueda que incluyeron términos clave entre comillas y sin comillas, así como conectores lógicos como "and" y "or".

La selección de los estudios se llevó a cabo a través de una revisión de títulos y resúmenes, y se determinó qué estudios requerían la recuperación de sus textos completos. La elegibilidad de los artículos se basó en criterios de inclusión predefinidos, y se consideraron pertinentes aquellos que cumplían con requisitos específicos. Estos criterios incluyeron que el objetivo principal del estudio fuera la validación de cuestionarios, que los participantes fueran adultos (mayores de 18 años) y que los estudios no superaran los 10 años de antigüedad, limitándose al período entre 2012 y 2022.

Se excluyeron investigaciones que se centraban en poblaciones con condiciones médicas particulares, como hipertensión arterial, diabetes, celiaquía o adicciones, así como aquellas que se relacionaban con poblaciones siguiendo dietas especiales. También se excluyeron estudios que abordaban temas que no estaban directamente relacionados con hábitos o estilos de vida, como vida laboral, conducta emocional, salud bucal, cambios en el estilo de vida y satisfacción con el estilo de vida, entre otros.

Como resultado de este proceso, se identificaron y seleccionaron un total de 13 artículos de los 142 que cumplían con los criterios de inclusión y contribuyeron a los objetivos de esta revisión sistemática.

RESULTADOS

En el estudio, se llevaron a cabo análisis exhaustivos sobre población, muestra y tipo de muestreo y métodos de validación.

Procedencia de la población

De los 13 estudios seleccionados en la revisión sistemática enfocada en estilos de vida y hábitos, se observó una diversidad en cuanto a su procedencia geográfica. Se identificó que el 23,05% (n:3) de los estudios se llevaron a cabo en Perú, mientras que otros 3 estudios (23,05%) se realizaron en España y el 53% restante procedente de otros países. En consecuencia se procedió a agruparlos por continentes, lo que permitió observar que el 61,53% (n:8) correspondía al continente americano, el 30,76% (n:4) se originaron en el continente europeo y un estudio, equivalente al 7,69%, se enmarcó en el continente asiático. (Ver figura 1).

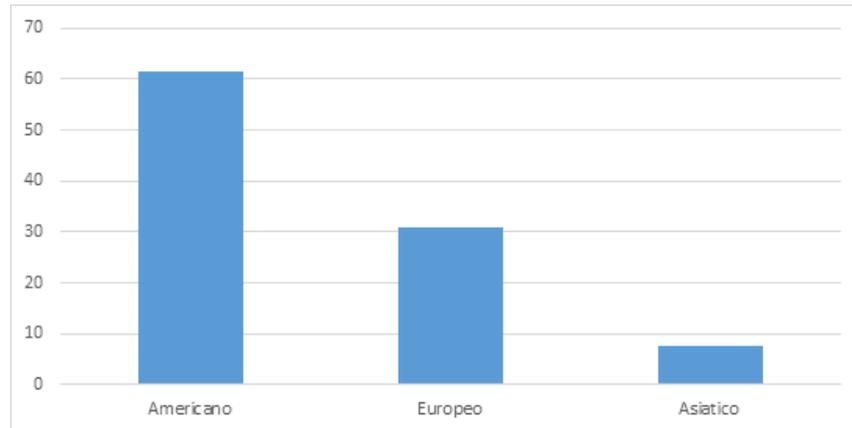


Figura 1: Procedencia de la población en porcentajes N: 13

Tamaño muestral

En cuanto al análisis de la muestra de los estudios seleccionados, se identificó un promedio de 322 participantes, con un rango que abarca desde un mínimo de 60 hasta un máximo de 827 participantes. En lo que respecta al tamaño de la muestra, se procedió a dividirlo en dos categorías: aquellos estudios con una muestra igual o inferior a 300 participantes, y aquellos con una muestra superior a 300 participantes. El análisis reveló que el 46% de los estudios incluidos (n: 6) se encontraban en el primer rango, es decir, con una muestra igual o inferior a 300 personas, mientras que el 54% restante (n: 7) utilizó una muestra que supera las 300 personas (ver figura 2).

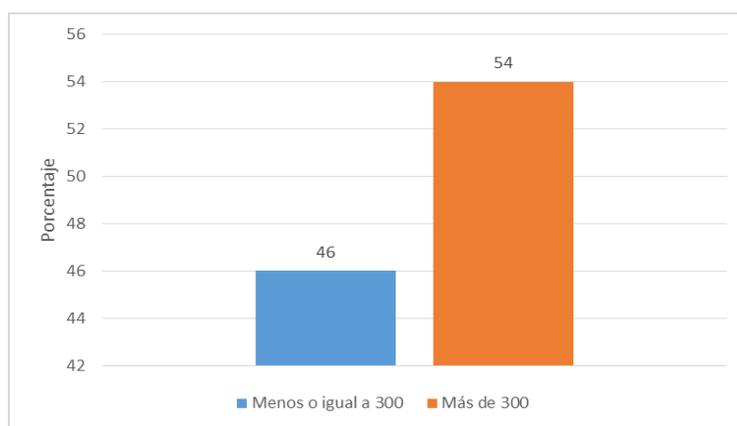


Figura 2: Número final de la muestra N: 13

Composición de la muestra

En la muestra de los estudios seleccionados, se observa que la mayoría de ellos 70% (n:9) se enfocaron en adultos jóvenes que eran estudiantes de secundaria, universitarios y de posgrado, el 15% (n:2) en adultos mayores y 15% (n:2) de mediana edad.

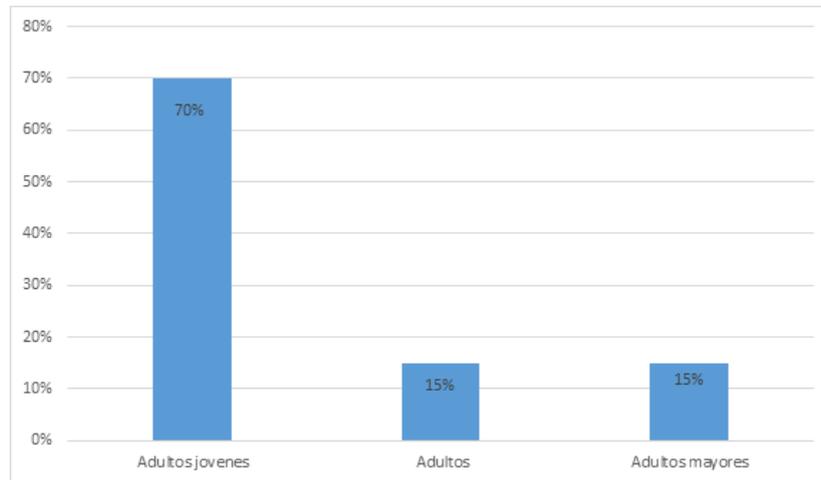


Figura 3: Composición de la muestra N:13

Tipo de muestreo

Tras realizar la recopilación y análisis de 13 estudios se ha observado que 6 de estos estudios equivalente al 46.15% emplearon un enfoque de muestreo no probabilístico intencional por conveniencia (Gomez-Sandobal et al., 2018; Santiago-Bazán y Carcausto, 2019; Batista et al., 2020; Guerrero et al. 2013; Cardenas-Mamani, Flores-Cayro y Sánchez-León, 2020) a través del método de conglomerados (Leyton et al., 2018). Por otro lado, los restantes 6 estudios (46.15%) optaron por el muestreo probabilístico, de los cuales 4 estudios aplicaron el método de muestreo estratificado (Grimaldo Muchotrigo, 2012; Domínguez, et al., 2021; Bennasar-Veny, 2012; Cruz-Valdez y Acosta, 2017), 2 utilizaron el muestreo aleatorio simple (Bandari, et al., 2020; Calderon-Hernandez, 2014), y 1 no especificó el método (7.69%). Para finalizar, se puede concluir que el muestreo no probabilístico es el método más frecuentemente empleado (ver Figura 3).

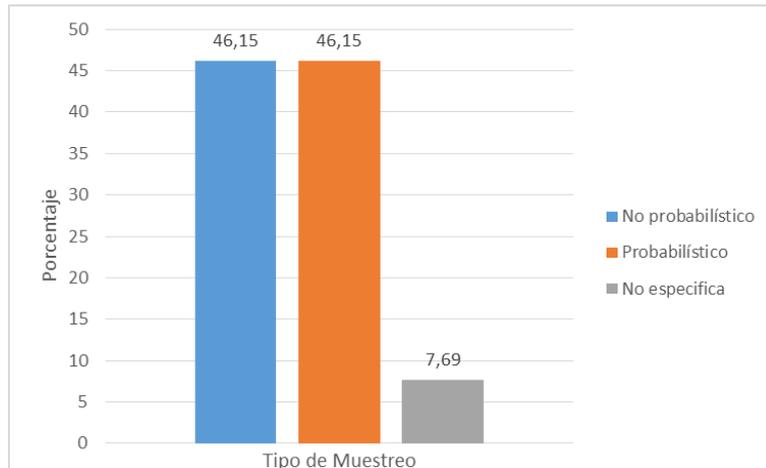


Figura 4: Tipo de muestreo de la totalidad de estudios analizados N: 13

Tipo de validación

Gómez-Sandoval et al., (2018), tomó como tipo de validación la validez de contenido con el método de jueces y coeficiente Alfa de Cronbach. Leyton et. al., (2018), utilizó análisis factorial confirmatorio (AFC), análisis de la consistencia interna a través del alfa de Cronbach.

Análisis descriptivo y de validez concurrente a través de un análisis de correlaciones bivariadas. Grimaldo-Muchotrigo, (2012), realizó un estudio que estuvo validado por el método de criterio de jueces, para lo que se utilizó el coeficiente V de Aiken.

Respecto a la validez de constructo, se utilizó el análisis factorial exploratorio, para lo cual se empleó el método de factorización de análisis de componentes principales; en cuanto al método de rotación, se eligió el de Oblimin ya que se trataba de variables relacionadas. Espinosa-Lara, (2018), usó como tipo de validación el juicio de expertos con una prueba piloto de 60 estudiantes universitarios para evaluar el nivel de comprensión, legibilidad y reproducibilidad. Una vez concluida la revisión del instrumento por el grupo de expertos y efectuada la prueba piloto, se hicieron modificaciones en la redacción del ítem y para consistencia interna se utilizó el alfa cronbach, y la validación de constructo se realizó a través de un análisis factorial. Domínguez et. al., (2021), tomó como tipo de validación el coeficiente de correlación de Pearson. Para la consistencia interna se utilizó coeficiente de Cronbach para la escala total y cada dimensión.

La fiabilidad test-retest (estabilidad) se midió con el coeficiente de correlación de interclase. La validez del constructo se examinó mediante análisis factorial exploratorio y técnicas de grupos conocidos. Cruz-Valdez y Acosta, (2017), tuvieron en cuenta la evaluación de la validez del contenido, que se fundamenta específicamente en el juicio de expertos.

Cuatro jueces expertos revisaron las diferentes categorías que conforman los 28 ítems, eran expertos en las áreas de medicina, psicología, estadística, nutrición y deportes, y analizaron el contenido del cuestionario. Para verificar la validez del constructo del instrumento se realizó un análisis factorial con el método de normalización oblicuo KMO y La prueba de esfericidad de Bartlett Para verificar la confiabilidad, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Santiago-Bazán y Carcausto, (2019), en cuanto a la validez de contenido, tuvieron en consideración la participación de 11 jueces especialistas, quienes opinaron por cada uno de los ítems. Luego, se aplicó la prueba de coeficiente de concordancia W de Kendall, el cual permitió conocer el grado de acuerdo entre jueces. El valor de W osciló entre cero (desacuerdo total) y uno (acuerdo total). La tendencia a 1 es lo deseado se puede realizar nuevas rondas, si en la primera no es alcanzada la significación en la concordancia”.

Para la fiabilidad del instrumento, se tuvo en consideración, el análisis estadístico alfa de Cronbach. Calderón-Hernández, (2014), la Confiabilidad será estimada a través del método de las dos mitades La Consistencia interna será evaluada por medio del método de alfa de Cronbach. El Análisis de ítems se llevará a cabo a través de dos métodos. La consistencia interna corregida y el índice de discriminación corregida. La Validez factorial se efectuará a través del análisis factorial. Bandari et. al., (2020) se realizó validación de contenido con juicio de expertos e índice de validez de contenido, consistencia interna que se midió mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Validez de constructo por análisis factorial exploratorio y comparación de grupos conocidos. La fiabilidad se evaluó examinando la consistencia interna mediante coeficientes alfa de Cronbach (α), considerando satisfactorios los valores de 0,70 o superiores. La fiabilidad test-retest se estimó calculando el coeficiente de correlación intra categoría. Batista et al., (2020) en su estudio los ítems fueron evaluados por tres expertos en la

materia que consideraron que eran adecuados para evaluar el constructo para el que fue creado. Validez de constructo con análisis factorial confirmatorio. Consistencia interna con coeficiente Omega, fiabilidad compuesta y varianza media extraída. Validez concurrente con análisis de correlación bivariada. Guerrero et. al. (2013), determinaron la Validez de contenido Juicio de Expertos, utilizando el Coeficiente de Validez de Contenido propuesto por Hernández-Nieto (2002) y análisis lógico crítico. Consistencia interna con Alfa de Cronbach y índice de homogeneidad corregido. Cárdenas-Mamani, Flores-Cayro y Sánchez-León (2020) utilizaron Validez lógica con juicio de expertos. Validez de contenido con juicio de expertos. Validez de constructo con análisis factorial exploratorio. Fiabilidad con Alfa de Cronbach y coeficiente de Kurder-Richarson (KR-20). Bennasar-Veny, (2012), Validez de contenido con revisión bibliográfica, juicio de expertos mediante panel Delphi, revisión crítica de los ítems, análisis factorial y análisis de subescala del cuestionario. Así como la validez de criterio o la validez de constructo (a través del análisis factorial) y la fiabilidad (a través de la consistencia interna y del test-retest).

El 77% de los autores que utilizaron validación de contenido más utilizado fue el juicio de expertos: Gómez-Sandoval et al.(2018). En lo que respecta a la evaluación de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, resulta relevante señalar que el 77% de los autores lo emplearon. En cuanto a la validación de constructos mediante análisis factorial, se observa que el 69% de los autores que optaron por este enfoque.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los estudios identificados se llevaron a cabo en países de América Latina, pero ninguno se enfocó en la población argentina. En la muestra de adultos, predominaron los adultos jóvenes, especialmente estudiantes universitarios. Se observó un equilibrio entre muestreos probabilísticos y no probabilísticos, y predominó el muestreo intencional en los primeros y el muestreo estratificado en los segundos. La validación de contenido por jueces y la validación de constructos a través del análisis factorial fueron los métodos más utilizados.

REFERENCIAS

- ABAD F.J, GARRIDO J, OLEA J, Y PONSODA V. (2006). *Introducción a la psicometría. Teoría clásica de los tests y teoría de la respuesta al ítem* [Archivo PDF]. <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-de-educacion-superior-rosario-castellanos/introduccion-a-la-psicometria/introduccion-a-la-psicometria-abad/55575856>
- BANDARI R., MOHAMMADI SHAHBOULAGHI F., Y MONTAZERI A. (2020). Development and psychometric evaluation of the healthy lifestyle questionnaire for elderly (heal). *Health Qual Life Outcomes*, 18(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1186/s12955-020-01529-3>
- BATISTA M., LEYTON-ROMÁN M., HONÓRIO S., SANTOS J., Y JIMÉNEZ-CASTUERA R. (2020). Validation of the Portuguese Version of the Healthy Lifestyle Questionnaire. *Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1-12. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17041458>
- BENNASAR-VENY M., (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud.* [Tesis]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/84136#page=1>
- CALDERÓN-HERNÁNDEZ L. S. (2014). *Análisis psicométrico del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-R2 en un grupo de estudiantes de Unisangil.* [Tesis]. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/206/2014_Tesis_Calderon_Hernandez_Leider_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CÁRDENAS-MAMANI C. J., FLORES-CAYRO C. A, J. Y SÁNCHEZ-LEÓN N. E., (2020). *Elaboración y validación de una escala de estilos de vida saludable en trabajadores de salud en un hospital público de tercer nivel, Lima-Perú,* 2020. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7847>
- CRUZ-VALDEZ G. Y ACOSTA M. E. (2017). Validación de un instrumento para medir hábitos de estilo de vida en estudiantes universitarios. *Revista*

Internacional De Estudios En Educación, 17(1), 38-53.
<https://doi.org/10.37354/riee.2017.167>

DOMINGUEZ H. D. S., FRÍAS OSUNA A., VEGA-MARTÍNEZ M. DEL C., PALOMINO MORAL P., ÁNGEL & DEL PINO CASADO R. (2021). Adaptación y validación del cuestionario Estilo de Vida Personal en población joven española. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 404–418.
<https://doi.org/10.17162/au.v11i5.931>

ESPINOZA LARA M. L. (2018). Validación de un cuestionario para medir el estilo de vida de los estudiantes Universitarios en el marco de la teoría de Nola Pender (EVEU). *Revista Torreón Universitario*, 7(19), 38–49.
<https://doi.org/10.5377/torreon.v7i19.7909>

GÓMEZ-SANDOVAL R. A., ORELLANA QUINTANILLA A. N., VEGARA REYES, M. F. Y VERA GUERRERO, L. (2018). Confiabilidad y validación del instrumentos "I5" para el estudio de hábitos saludables en estudiantes de la Universidad Gabriela Mistral, Providencia, Santiago Chile.
<http://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/2104>

GUERRERO L., LEÓN A., MOUSALLI G., QUINTERO, H., Y BIANCHI, G. (2013). Construcción de un protocolo para conocer estilo de vida y salud. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 23 (66), 71-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70538668005>

LEYTON M., LOBATO S., BATISTA M., ASPANO M. I. Y JIMÉNEZ R. (2018). Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 23-31.
<https://www.redalyc.org/pdf/3111/311153534002.pdf>

SANTIAGO-BAZÁN C., Y CARCAUSTO W. (2019). Validez y fiabilidad de un cuestionario de estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. *Health Care & Global Health*, 3(1), 23-8.
<http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/33/pdf>

REFORMULACIÓN DEL PROCESO DE DECANULACIÓN. UNA MIRADA DESDE LA PREVENCIÓN Y DE LA REHABILITACIÓN PRECOZ

Adriana del Valle VELEZ*, Gabriela SORIA**

RESUMEN

Siendo la decanulación un proceso complejo, especialmente en pacientes críticos crónicos, el trabajo en equipo interdisciplinario, con real interacción entre los distintos miembros tiende a resultar en una mejora en la atención del paciente y en el logro de los objetivos propuestos. La atención interdisciplinaria implica consenso en las decisiones de los distintos factores que acontecen en el proceso de decanulación, situación que deriva en la suma de experiencias y saberes en beneficio del paciente y su recuperación (Tobin, et al., 2008).

Si bien la intubación orotraqueal, la asistencia ventilatoria mecánica y la traqueostomía son procedimientos que permiten sostener la vida del paciente en estado agudo, dejan como consecuencia alteraciones en la encrucijada aerodigestiva, especialmente en la función deglutoria y en los mecanismos de defensa de la vía aérea (Skoretz, et. Al., 2010).

El incremento en la utilización de traqueostomías que permiten la supervivencia del paciente y la consecuente incorporación de disciplinas necesarias en las unidades de cuidados crítico, en este caso particular la Fonoaudiología, resulta necesaria la revisión y replanteo de protocolos existentes de Traqueotomía y de Decanulación. Es en este sentido, que este trabajo tiene como objetivo, describir la reformulación del Protocolo de Traqueotomía y Decanulación Interdisciplinario empleado en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrico-ginecológico (UTIGO) implementado en la Maternidad Provincial Dra. Teresita Baigorria.

La implementación del protocolo, consenso interdisciplinario y normatización para su utilización resultó de: * Reuniones explicativas con los distintos equipos intervinientes en el diagnóstico y tratamiento interdisciplinario de los pacientes en la UTIGO; * Delimitación de tareas y competencias entre los distintos actores del equipo interdisciplinario para obtener un resultado de acuerdos consensuados; * Aprobación del Protocolo por la institución.

La elaboración de nuevas propuestas que incluyan el tratamiento del déficit deglutorio consecuente a la instrumentación de la vía aérea posibilitó, por un lado, que el paciente acceda a la atención interdisciplinaria durante su estancia en la UTI y, por otro, permitió la obtención del objetivo de recuperación de su vía aérea fisiológica de manera más rápida y precoz. La mirada de la Fonoaudiología difiere a la del terapeuta respiratorio y de los médicos terapeutas, en la experiencia y conocimiento del mecanismo deglutorio, lo cual contribuyó, al trabajar en

* adrivvelez42@gmail.com UNSL. Unidad de Cuidados Intensivos Gineco Obstétricos (UTIGO) Maternidad Provincial "Dra. Teresita Baigorria". San Luis

** soriaga32@gmail.com Unidad de Cuidados Intensivos Gineco Obstétricos (UTIGO) Maternidad Provincial "Dra. Teresita Baigorria". San Luis, Argentina

Interdisciplina con ellos, un tratamiento enriquecedor que sumó a la terapéutica respiratoria, la terapia deglutoria de la disfagia mecánica en cuestión.

Palabras Clave: Traqueotomía - Decanulación - UTI - Interdisciplina

Keys Words: Tracheotomy - Decannulation - ICU - Interdiscipline

INTRODUCCIÓN

El aumento de sobrevida debido a los avances científico-tecnológicos ha generado un cambio en los perfiles epidemiológicos de los pacientes internados en cuidados críticos. Si bien la intubación orotraqueal, la asistencia respiratoria mecánica (ARM) y la traqueotomía (TQT) son procedimientos que permiten sostener la vida del paciente en estado agudo, dejan como consecuencia alteraciones en la encrucijada aerodigestiva, especialmente en la función deglutoria y en los mecanismos de defensa de la vía aérea (Scheinhorn et al., 2007).

Se define por crítico crónico al paciente que requiere 21 días o más de asistencia ventilatoria mecánica y por ende traqueostomía para evitar las complicaciones de la intubación orotraqueal prolongada. Esta entidad conforma el 10% de los pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos (UCI) e implica un paciente comprometido por procesos infecciosos, cambios metabólicos, neuroendocrinos, inmunológicos y neuropsiquiátricos. El paciente crítico crónico presenta gran riesgo de padecer neumopatías aspirativas (Bonoatti, et al., 2011). La alta incidencia de disfagia que presenta esta población la hace vulnerable de padecer neumopatías aspirativas, siendo éstas una de las mayores causas de mortalidad en las unidades de cuidados críticos. La detección temprana de alteraciones deglutorias y su abordaje comprenden un hito fundamental en la prevención de complicaciones respiratorias (Ramos, et. al., 2016).

La complejidad funcional y estructural que implican los sistemas deglutorio, fonatorio y respiratorio, generan un desafío en su rehabilitación. Estos sistemas proporcionan funciones vitales y socializadoras y su alteración compromete severamente la calidad de vida del paciente. La implicancia negativa en la comunicación y en la alimentación oral que imprime la instrumentación de la vía aérea en el sujeto, es psicológicamente desestructurante y tiene un rol

desfavorable en el difícil trance que debe atravesar el paciente en su recuperación integral, luego de haber padecido un evento clínico de alta implicancia en su salud (Baumgartner, et al., 2008).

En función del flujo poblacional de pacientes en período subagudo que ingresan a rehabilitación, requiere un replanteo de los modelos de tratamiento tradicionales implementados por los fonoaudiólogos en instancias tempranas, es decir, en su instancia aguda durante la internación en UCI.

Los protocolos tradicionales de decanulación son flujogramas con ítems que, al cumplirse, conducen a la decanulación, los mismos son: estabilidad clínica y respiratoria, tolerancia a la oclusión traqueal, adecuado manejo de secreciones, tos efectiva y aptitud deglutoria (O'connor, et al., 2010). Sin embargo, cuando el cumplimiento de los ítems del protocolo se complica por alteraciones deglutorias el paciente suele entrar en el rango de traqueostomizado crónico. Es en estos casos donde el rol del fonoaudiólogo cobra especial importancia en la dinámica interdisciplinaria, pero desde nuestra perspectiva, es necesario que esto suceda en instancias precoces y de esta manera, rehabilitar las alteraciones de la vía aérea superior y así aumentar las posibilidades de lograr la decanulación en la UCI.

La aptitud del estatus deglutorio y funcional de la vía aérea superior es uno de los requisitos prioritarios para acceder a la decanulación traqueal e impedir el fracaso de esta, es decir la recanulación. Existe una discrepancia en el criterio de abordaje del proceso de decanulación observable en los ámbitos de atención y en la bibliografía. Asimismo, los roles que ejercen los profesionales del equipo tratante no están correctamente delimitados, ya sea por falta o escasez de profesionales fonoaudiólogos actuantes en salas de cuidados críticos o por falta de formación de estos en la adquisición de herramientas para la atención de estas dolencias (Maruvala, et al., 2015)

MARCO TEÓRICO

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) un importante número de pacientes requiere soporte ventilatorio durante largos períodos de tiempo. En estos casos

se hace necesaria la realización de una traqueostomía que permita el correcto manejo de la vía aérea.

La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento mínimamente invasivo, en el que el abordaje traqueal se efectúa usando el método Seldinger. La TP se está imponiendo como técnica de primera elección en los pacientes en estado crítico ya que aporta numerosas ventajas, en comparación con la traqueostomía Quirúrgica (TQ), y si bien no hay diferencias en la mortalidad o en complicaciones graves; hay una tasa más baja de infecciones de heridas y cicatrices con la TP (Brass et al., 2016).

En este sentido, si bien ponderamos la ventilación para la sobrevivencia del paciente la afección de la función deglutoria consecuente a la instrumentación de la vía aérea que presentan los pacientes que se encuentran en esta circunstancia, dificulta o impide la decanulación, introduciendo al paciente en un círculo vicioso en el que la traqueostomía produce alteración mecánica del normal funcionamiento deglutorio, pero no se puede prescindir de ella porque se utiliza para proteger la encrucijada aerodigestiva valiéndose del balón del tubo traqueal.

La permanencia en el tiempo de la cánula traqueal con balón inflado generará mayor déficit deglutorio por desuso de las estructuras de la vía aérea superior, debilidad muscular por falta de excursión hio-laríngea, incompetencia de los reflejos protectores de la vía aérea, debilidad de los músculos vocales por la incomunicación verbal y desensibilización de faringe, laringe y tracto oral por falta de pasaje de aire (Higgins, et al., 1997).

Los protocolos tradicionales de decanulación relevados, si bien exponen mayoritariamente la alteración en la encrucijada aerodigestiva y en la función deglutoria provocada por la traqueostomía, no describen la alternativa ante el déficit, observándose que los pacientes que presentan la alteración no logran ser decanulados. Asimismo, la mayor parte de los protocolos omiten la función del profesional en la recuperación de las estructuras fonoestomatognáticas. Teniendo en cuenta que el fonoaudiólogo es quien presenta la formación curricular para tratar dichos trastornos, se infiere que este hecho podría deberse a que la mayoría de las publicaciones provienen de la medicina intensiva y de

cuidados respiratorios. Este podría ser un indicador de la necesidad de aumento de interacción entre la Fonoaudiología y estas disciplinas.

Por consiguiente y siguiendo los mismos lineamientos, este trabajo pretende continuar con aquellas investigaciones en las que el profesional fonoaudiólogo trabaja en pos a la prevención de la disfagia post-extubación (DPE), trabajos como los realizados por Tobar Fredes et al. (en edición) y Velez (2022) resultan, por un lado, de puntapié para continuar realizando intervenciones cada vez más precoces en beneficio de los pacientes críticos y en este caso en particular, alcanzar el objetivo que a continuación se detalla.

Este trabajo tiene como objetivo principal, compartir nuestro logro en relación con la actualización y reformulación del Protocolo de Decanulación existente en la unidad de terapia intensiva gineco-obstétrica (UTIGO) de la Maternidad Provincial de San Luis. Se trata de un protocolo renovado en la que se incorpora la intervención y cuidado del sistema estomatognático realizado por el profesional fonoaudiólogo en etapas tempranas de la instrumentación de la vía aérea.

Llevar a cabo la renovación del protocolo de decanulación de la UTIGO, su implementación, consenso interdisciplinario y normatización para su utilización resultó de varias instancias:

1. Reuniones explicativas con los distintos equipos intervinientes en el diagnóstico y tratamiento interdisciplinario de los pacientes en la UTIGO;
2. Delimitación de tareas y competencias entre los distintos actores del equipo interdisciplinario para obtener un resultado de acuerdos consensuados
3. Unificación y establecimiento de un hilo conductor entre el protocolo de procedimiento del paciente ventilado con TET con el de intervención y decanulación del paciente con TQT, y
4. Aprobación del Protocolo por la institución.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta que el paciente que necesita una TQT en primera instancia fue ventilado con TET, la renovación del Protocolo de decanulación de la UTIGO, permitió realizar intervenciones con un hilo conductor que antes carecía. Dicho

protocolo es, por lo tanto, una extensión del protocolo de intervención general que se les brinda a los pacientes ventilados y en el que la intervención fonoaudiológica se realiza desde el momento de la intubación. Por lo tanto, las intervenciones recibidas durante la intubación repercutieron favorablemente en el cumplimiento del ítem deglutorio necesario para ser paciente apto para decanular. La incorporación del cuidado del sistema estomatognático en el paciente ventilado ocasionó un mejor manejo de secreciones, degluciones seguras y eficientes y un mejoramiento en las habilidades de protección de la vía aérea.

A continuación, se describen de manera sucinta los objetivos, procedimientos y consideraciones para cada una de las etapas en el abordaje del paciente TQT (Tobar Fredes et al. 2020)

Abordaje minimizador de secuelas	Abordaje de mantención de funciones	Abordaje de rehabilitación temprana
Optimización de la higiene y humectación oral.	Mantención pasiva del tono y rango del movimiento oro-facial e intra-oral.	Optimización de la higiene y humectación oral.
Ecuilibración de presiones y restauración de la sensibilidad orofaríngea a través de la inyección de flujo de aire subglótico	Corrección del posicionamiento corporal, cefálico e intra-oral. - Corrección y mantención del equilibrio cefálico intra-oral respecto al TET (tubo endotraqueal) o tTQT.	Rehabilitación de la deglución no nutritiva, a través de la implementación de la válvula unidireccional y posterior taponamiento de la TQT, estimulación de la sensibilidad oral y ejercicios laríngeos isométricos.
Estimulación de la deglución no nutritiva (deglución de secreciones).	Optimización de la higiene y humectación oral.	Rehabilitación de la coordinación respiración-deglución.
Optimización de la sensibilidad oral.	Estimulación de la frecuencia de activación de la RMO.	Rehabilitación de la tos, a través de la implementación de una válvula unidireccional y posterior taponamiento de la TQT, ejercicios de fuelle espiratorio, ejercicios de competencia glótica, despeje voluntario – facilitado o no – de secreciones glóticas y faríngeas.
Mantención de los umbrales de reacción de los mecanismos protectores de la VA.	Mantención de los umbrales de reacción de los mecanismos de protección de la VA.	
Estimulación de la tos a través de la estimulación faríngea y laríngea o el uso de flujo de aire subglótico.		

CONCLUSIONES

La elaboración de nuevas propuestas que incluyan el tratamiento del déficit deglutorio consecuente a la instrumentación de la vía aérea posibilitó, por un lado, que el paciente acceda a la atención interdisciplinaria durante su estancia en la UTI y, por otro, permitió la obtención del objetivo de recuperación de su vía aérea fisiológica de manera más rápida y precoz. La mirada de la Fonoaudiología difiere a la del terapeuta respiratorio y de los médicos terapeutas, en la experiencia y conocimiento del mecanismo deglutorio, lo cual contribuyó, al trabajar en Interdisciplina con ellos, un tratamiento enriquecedor que sumó a la terapéutica respiratoria, la terapia deglutoria de la disfagia mecánica en cuestión.

La alternativa del abordaje con un protocolo fonoestomatognático para la decanulación incorporada contempla la atención en equipo interdisciplinario abocándose cada uno en su rol, para la rehabilitación de las estructuras involucradas en el mecanismo deglutorio y función comunicativa, rehabilitación respiratoria y de la capacidad funcional general.

Esta herramienta también se fundamenta en la actuación y el rol del fonoaudiólogo en la atención del paciente en estado crítico que implica minimizar el impacto que produce la vía aérea instrumentada en las estructuras oro-faringo laríngeas. Es menester lograr que más profesionales fonoaudiólogos interactúen como parte fundamental en los equipos de las unidades de cuidados especiales en nuestro país. Concientizar de esta necesidad al resto del equipo tratante genera un importante desafío a continuar cumpliendo.

Sin perjuicio del uso de protocolos convencionales como herramientas de gran valor en la decanulación, se impone la suma de nuevas estrategias de tratamiento, con el fin de favorecer el proceso. La mirada del fonoaudiólogo difiere a la del terapeuta respiratorio, en la experiencia y conocimiento del mecanismo deglutorio, lo cual posibilita, al trabajar en Interdisciplina con ellos, un tratamiento enriquecedor que suma a la terapéutica respiratoria realizada por los kinesiólogos, la terapia deglutoria de la disfagia mecánica en cuestión.

El tratamiento fonoaudiológico temprano, en conjunto al resto del equipo interdisciplinario, favorece la rehabilitación de las estructuras alteradas. El abordaje precoz permite minimizar el impacto de la vía aérea instrumentada,

prevenir mayores complicaciones, brindar orientación al equipo tratante y a la familia, obtener una primera aproximación diagnóstica fonoesomatognática, estimular precozmente evitando el déficit por desuso, favorecer la conexión del paciente, permitirle la defecitación. Estas acciones mejoran su calidad de vida y agilizan la descomplejización, permitiendo disminuir la morbimortalidad y la estancia hospitalaria.

REFERENCIAS

- BAUMGARTNER, C. A., BEWYER, E., BRUNER, D. (2008) Management of communication and swallowing in intensive care: the role of the speech pathologist. *AACN Adv Crit Care*. 2008;19:433–43.
- BONIATTI, M.M., FRIEDMAN, G., CASTILHO, R.K., VIEIRA, S.R.R., FIALKOW, L. Characteristics of chronically critically ill patients: comparing two definitions. *Clinics*. 2011;66(4):701–4.
- BRASS, P., HELLMICH, M., LADRA, A., LADRA, J., WRZOSEK, A. (2016) Percutaneous techniques versus surgical techniques for tracheostomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;7 (7): CD008045. Available in: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008045.pub2>
- HIGGINS, D.M., MACLEAN, J.C.F. (1997) Dysphagia in the patient with a tracheostomy: Six cases of inappropriate cuff deflation or removal. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 1997;26(3):215–20.
- MARUVALA, S., CHANDRASHEKHAR, R., RAJPUT, R. Tracheostomy Decannulation: When and How? *Res Otolaryngol*. 2015;4(1):1–6.
- O'CONNOR, H.H., WHITE, A.C. (2010) Tracheostomy Decannulation Introduction Process of Weaning and Routine Decannulation Managing Accidental Decannulation Post-Decannulation Monitoring Decannulation Failure and Alternatives to Decannulation Summary. *Respir Care*. 2010;55(8):1076–81.
- RAMOS, A., ASENSIO, Á., CABALLOS, D., JOSÉ, M. (2016) Factores pronósticos de la neumonía por aspiración adquirida en la comunidad. 2016;119(3):81–4.
- SCHEINHORN, D.J., HASSENPFUG MS, VOTTO J.J., CHAO, D.C., EPSTEIN, S.K., DOIG, G.S., et al. (2007) Ventilator-Dependent Survivors of

Catastrophic Illness Transferred to 23 Long-term Care Hospitals for Weaning From Prolonged Mechanical Ventilation. *Chest*. 2007;131(1):76–84.

SKORETZ, S.A., FLOWERS, H.L., MARTINO, R. (2020) The incidence of dysphagia following endotracheal intubation a systematic review. *Chest*. 2010;137(3):665-73.

TOBAR-FREDES, R., BRICEÑO, B., FUENTEALBA, I., ORELLANA, M., VENEGAS-MAHN, M., PAVEZ, A., VÁSQUEZ, P., WANG, Y., GONZÁLEZ, A., SALGADO, G., SAÁ-BARRA, N., ZÚÑIGA, J., GUTIÉRREZ, E., VERA-GONZÁLEZ, R., SALAZAR, F., JIMÉNEZ, F., OPAZO-GARCÍA, P., & HEUSSER, P. (2020). Consideraciones clínicas para fonoaudiólogos en el tratamiento de personas con covid-19 y traqueostomía. Parte II: Mejorando la fonación para facilitar la comunicación. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 19, 1–9. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2020.60187>

VELEZ, A. (2022). Prevención de la Disfagia Pos-extubación 1° Jornadas de Investigación para la Salud. 20 y 21. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de San Luis.

LA “HORA DE ORO” ¿CUÁNTO SABEN LAS MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS SOBRE ESTE PERIODO?

Agustina COMERCI*

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado para acceder al Título de Puericultora en la ACADP. Es indudable la importancia que tiene la “hora de oro” para el sostén y el mantenimiento de la lactancia materna. Durante las 2 primeras horas posteriores al nacimiento, el bebé se encuentra especialmente alerta. Este estado posibilita activar una serie de reflejos primitivos que lo llevan instintivamente a realizar la primera succión al pecho. Describir los saberes que las mujeres gestantes y puérperas tienen sobre “la hora de oro”. La investigación fue de carácter descriptivo, cuantitativo y transversal. Los datos fueron recabados en Noviembre del 2022. La muestra quedó conformada por 50 mujeres gestantes y/o puérperas de San Luis, Argentina. La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta virtual confeccionada con ítems relacionados a los conocimientos de la hora de oro. Se observó que gran parte de la mujeres encuestadas tenían saberes valiosos respecto a la lactancia materna, el inicio temprano, y primeras horas del recién nacido. Del total de la muestra, el 86% eran puérperas, mientras que el 14% eran gestantes. Al preguntarles si habían escuchado hablar de la Hora de oro, 66% dijo que No, mientras que el 34% manifestó haber escuchado algo sobre el tema. No obstante, en relación a la importancia de los primeros instantes de contacto con su bebé luego del nacimiento, el 100% consideró importante este momento. Cuando se indagó si tenía importancia que su bebé se prenda al pecho dentro de la primera hora de nacido, el 92% respondió que sí. En relación a las acciones que consideraban más urgentes de realizar en las primeras horas con su bebé, las opciones más seleccionadas fueron: 1) contacto piel con piel, 2) prenderlo al pecho, 3) medirlo y pesarlo, 4) bañar al bebé, 5) vacunarlo, 6) visita de familiares y 7) separarlo de la mamá. Más del 75% de la muestra deseó amamantar y logró dar a su hijo/a leche materna. Esto demuestra que los saberes previos de estas mujeres, representaron un factor favorecedor para que logren el inicio temprano de la lactancia materna. Indudablemente, dichos saberes resonaron favorablemente en sus sentires y experiencias, lo que demuestra el impacto positivo de que la comunidad y fundamentalmente las mujeres, tengan información valiosa sobre el primer encuentro con su bebé y la relación con el inicio posterior de la lactancia.

Palabras claves: Lactancia - Hora de oro – Saberes – Mujeres

Keywords: Breastfeeding - Golden hour – Knowledge – Women

* acomerci@email.unsl.edu.ar ACADP (Asociación Civil Argentina de Puericultura)

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano fue esencial para su supervivencia como especie y para desarrollarse.

La hora de oro, también llamada “la hora sagrada” es el periodo comprendido entre la primer o las dos primeras horas luego del nacimiento del neonato, en el que las condiciones tanto del recién nacido/a como de su madre son las óptimas para desencadenar la primer prendida al pecho.

Esto sucede pues ambas partes del binomio presentan características hormonales, reflejas, psíquicas y físicas que posibilitan este hecho, que de producirse, favorecerá ampliamente el inicio de la lactancia materna y se observarán además otros múltiples beneficios.

Respecto a esto entonces, es innegable la importancia y el valor de este primer tiempo entendiendo que actúa como un condicionante para el futuro de la lactancia del binomio implicado.

Ahora bien, solemos focalizarnos en el rol de los profesionales y del sistema de salud pero raramente ponemos el foco en quien cumple el rol protagónico en este proceso. La mujer gestante o puérpera.

Ella, quien tendrá un rol esencial en este proceso sinigual que implica dar a luz y luego materner, ¿tendrá conocimientos o saberes respecto a la importancia de la hora de oro? si es que los tiene, ¿cuáles son? ¿cómo los adquirió? ¿su saber tiene influencia en esas horas cruciales?

Por lo expuesto, surge el siguiente interrogante: ¿qué conocimientos tienen las mujeres gestantes y puérperas de la ciudad de San Luis respecto a “la hora de oro”?

MARCO TEÓRICO

Inicio de la lactancia. La importancia de la hora de oro

La “Hora de Oro”, es el lapso de tiempo luego del nacimiento (que puede variar y extenderse incluso más allá de una hora) donde no sólo se produce el reconocimiento madre/hijo y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, sino que también, es un período donde la conexión piel con piel,

produce una serie de importantes beneficios a nivel físico, mental y emocional, para ambas partes del binomio.

Durante las 2 primeras horas posteriores al nacimiento, el bebé se encuentra especialmente *alerta*. Este momento es determinante ya que cuando el bebé es colocado en decúbito prono sobre el torso desnudo de su mamá, este estado de vigilia posibilita que luego de unos minutos el bebé active una serie de reflejos innatos primitivos que harán que comience a reptar hacia los pechos de su madre, gracias a una serie de estímulos tanto visuales (areola de color oscuro) como olfativos (aroma de la leche materna) que lo llevan instintivamente a realizar la primera succión en el pecho de manera espontánea.

Es fundamental mencionar, que esto sucederá siempre que:

- Se priorice la permanencia continua del bebé con su mamá y el contacto piel a piel ininterrumpido tan pronto como sea posible luego del parto, y
- Se realicen la menor cantidad de intervenciones posibles por parte del personal sanitario que asiste al binomio, cuidando la intimidad, evitando interferir en ese momento tan único e inigualable. Ya lo dijo Michel Odent (2011) *“Los seres humanos somos mamíferos. Todos los mamíferos se esconden para dar a luz. Necesitan intimidad. A los humanos les sucede lo mismo. Hay que tener constantemente presente esta necesidad de intimidad”*.

Esta ventana temporal es sumamente valiosa y favorecedora para el inicio y el establecimiento de la lactancia. Una vez pasado este lapso de tiempo (las primeras 2 hs), el bebé pierde esta vigilancia y comienza a estar en un estado más somnoliento y adormilado que ya no es tan óptimo para el inicio del amamantamiento como el estado inicial.

El binomio madre-hijo/a

Se ha observado que cuando el bebé entra tempranamente en contacto con la piel de su mamá, se despliegan una serie de acciones que benefician al binomio madre – hijo/a: Se regula la temperatura del bebé a través del contacto con su mamá, se acelera la adaptación metabólica del Recién Nacido (de aquí en adelante, RN). Permite la colonización del RN con la flora materna, disminuye el llanto del RN y lo tranquiliza, aumenta la producción de oxitocina (que disminuirá

la hemorragia uterina) y de prolactina (que modulará las conductas vinculares). Estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas activando el estímulo olfativo de la diada mamá-bebé. Se desencadena la puesta al pecho de manera precoz y el bebe consume el primer calostro, lo que influye enormemente en el inicio y la duración de la lactancia materna. Aumenta la confianza de la madre lo que facilita el amamantamiento y fortalece el vínculo madre-hijo/a.

Relación con las necesidades básicas del Recién Nacido

La necesidad de alimentación y la necesidad de apego constituyen necesidades básicas para la supervivencia de la cría humana recién nacida.

En concordancia con lo que plantea el Manual de Lactancia Materna (2010), aquel lactante que es amamantado desde su nacimiento con leche materna, posiblemente encuentre satisfechas todas sus necesidades básicas, pues la lactancia materna, entendiéndola como un acto alimenticio que ofrece además del aporte nutricional e inmunológico, un momento sinigual que posibilita el encuentro, la mirada, el sostén y la interacción, será por lejos, el suceso que por excelencia cubra todas las necesidades del RN en un mismo acto.

“Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño”. Relación con la hora de oro.

Las maternidades y los institutos de salud materno-infantil tienen un rol fundamental en torno a la “hora de oro”, puesto que la separación del neonato y la mamá en las primeras horas se correlaciona significativamente con la disminución de la lactancia e incluso con trastornos de vinculación.

En este sentido, y debido a diferentes hechos históricos significativos es que se crean en 1991 los “Hospitales Amigos de la Madre y el Niño” que marcan un precedente ya que el fin en sí mismo es promover y apoyar la lactancia materna en los servicios de salud materno-infantil, mediante la puesta en marcha de 10 pasos. Con el paso de los años, la Iniciativa fue evolucionando e incorporó otros criterios, e incluso cambió el enfoque pero siempre en beneficio de la diada madre-hijo/a.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Objetivo del trabajo fue describir los saberes que las mujeres gestantes y puérperas tienen sobre “la hora de oro”. La investigación fue de carácter:

Descriptivo, ya que se observaron y describieron las características de un fenómeno determinado durante el mes de Noviembre de 2022.

Cuantitativo, puesto que se analizaron con datos cuantificables el número de mujeres que tienen saberes en relación a la “hora de oro”.

Transversal, ya que los datos fueron recopilados en un periodo de tiempo determinado haciendo un corte en un momento específico.

La muestra del presente trabajo quedó conformada por 50 mujeres gestantes y/o puérperas que habitan en la provincia de San Luis, Argentina. La muestra de estudio fue seleccionada de manera intencional y la recolección de datos se llevó a cabo mediante la realización de una encuesta virtual confeccionada y estructurada con ítems relacionados a los conocimientos de la hora de oro.

RESULTADOS

Las edades de las mujeres encuestadas oscilaron en el rango de 21 a 43 años. Respecto al lugar de residencia, el 94% de las participantes (47) manifestaron ser de San Luis capital, mientras que solo el 6% (3 de ellas), remarcaron ser del interior de la provincia.

En cuanto al nivel educativo alcanzado, se observó que en el 56% de la muestra, tenían el título universitario completo, mientras que el 20% tenía una carrera universitaria incompleta, otro 20% tienen el secundario completo, y solo el 4% tienen el secundario incompleto.

En relación a la condición, el 86% de la muestra eran puérperas, mientras que el 14% eran mujeres gestantes (4% se encontraban cursando el primer trimestre, 6% el segundo, y 4% el tercer trimestre).

En cuanto a la cantidad de hijos/as, se observó que el 47,1 % de la muestra eran mamás primerizas, mientras que el 32,1% tenían 2 hijas/os, otro 15,2% tenían 3 hijas/os, y el 5,6% tenían 4 hijos/as.

En relación al lugar de nacimiento de los hijos/as, el 74% tuvo sus bebés en instituciones privadas. El 15% tuvo en instituciones públicas. Un 9% tuvo a sus

hijos/as combinando ambas instituciones, y un 2% decidió tenerlo fuera de la provincia de San Luis.

Respecto al tipo de parto, el 62% tuvo sus hijos/as por cesárea, mientras que el 30% lo hizo por parto natural. Un 8% tuvo algunos de sus hijos/as por parto natural y otros/as por cesárea.

En cuanto a la vivencia del encuentro con su hijo/a:*

- El 50% de la muestra manifestó que fue una experiencia grata, hermosa. Se sintió acompañada por los profesionales de salud y la familia.
- El 22% dijo que salió todo bien, que se sintió confiada y preparada pero no sintió demasiado acompañamiento desde el sistema de salud.
- El 20% planteó que salió todo bien, sin embargo emocionalmente no se sentía preparada ni confiada, pero se sintió acompañada por los profesionales del sistema de salud.
- El 2% manifestó que fue una experiencia horrible. No se sintió confiada ni acompañada.
- El 6% estaba embarazada, aun no vivió esa experiencia.

Ante el interrogante de si habían escuchado hablar de la Hora de oro, un llamativo 66% dijo que No, mientras que el 34% manifestó haber escuchado algo sobre el tema.

En relación a la importancia de los primeros instantes de contacto con su bebé luego del nacimiento, el 100% de las mujeres encuestadas, respondieron que consideraban importante este momento.

Asimismo, cuando se indagó si creían que era importante que su bebé se prenda al pecho dentro de la primera hora de nacido, el 92% respondió que sí lo era, mientras que un 8% respondió que no era importante.

En este sentido, cuando se preguntó por qué les parecía importante, las respuestas fueron:

- 60,8% respondió todas son correctas (favorece inicio y establecimiento de la lactancia, el vínculo madre-hijo/a y la ingesta temprana de calostro).

* En el caso de las mamás que tenían más de un hijo/a, se indagó acerca del último nacido/a.

- 15,2% favorece el inicio y establecimiento de la lactancia, y favorece el vínculo madre-hijo/a.
- 13% favorece el vínculo madre-hijo/a.
- 8,6% favorece el inicio y establecimiento de la lactancia.
- 0% favorece la ingesta temprana de calostro
- 2,4% todas son incorrectas

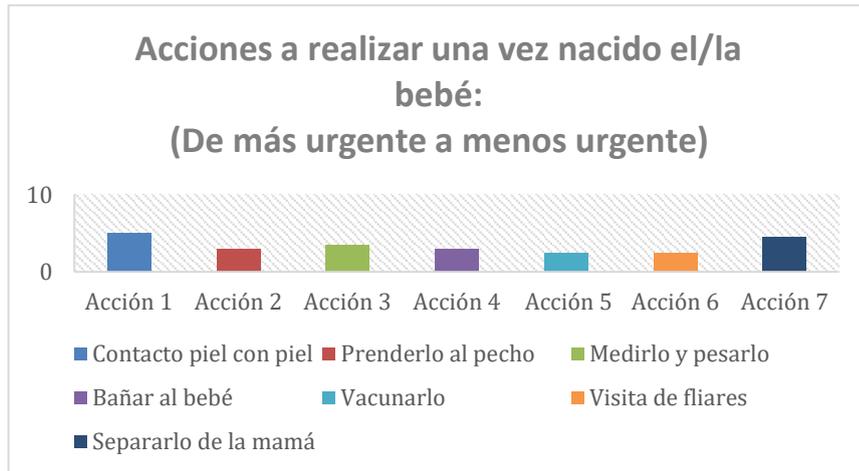
Respecto a donde obtuvieron esa información o quien se las brindó, se observó que:

- El 24,5% seleccionó el “uso de internet y redes sociales” para buscar información.
- El 22,8% marcó por medio de la “consulta con profesionales de la salud”.
- Otro 22,8% seleccionó “me informé en el curso prenatal”.
- 17% seleccionó que obtuvo esa información por su formación profesional.
- Un 10% planteó la opción de “nadie me enseñó/habló”.
- Un 2,8% seleccionó la opción “otros”.

En relación a las acciones que consideraban más urgentes de realizar en las primeras horas con su bebé, si bien las encuestadas tuvieron respuestas muy variadas entre sí, las opciones más seleccionadas en relación a la urgencia de la acción fueron:

- Acción 1: Contacto piel c/ piel
- Acción 2: Prenderlo al pecho
- Acción 3: Medirlo y pesarlo
- Acción 4: Bañar al bebé
- Acción 5: Vacunarlo
- Acción 6: Visita de familiares
- Acción 7: Separarlo de la mamá

El siguiente gráfico de barras representa esta información:



Cuando se indagó acerca de los beneficios del contacto piel con piel:

- El 25,1% de las encuestadas, seleccionó “promueve la lactancia materna”.
- El 24,5% marcó “reduce el estrés del bebé y la ansiedad materna”.
- Un 19,5% seleccionó “contribuye a la estabilidad fisiológica del RN”.
- El 14,3% marcó “previene la hipotermia en el bebé”.
- El 7,1% eligió la opción “previene la muerte súbita”.
- 4,2% “disminuye la ictericia”.
- El 3% marcó “promueve la separación mamá-bebé”.
- El 2,3% “contribuye a la hipoglucemia”.

En relación al primer alimento que recibieron los hijos/as de las encuestadas al nacer*, se observó que el 76,6% recibió leche materna, el 12,8% recibió leche materna y luego leche de fórmula, el 6,4% recibió inicialmente leche de fórmula y luego leche materna, y un 4,3% solo leche de fórmula.

En este sentido, en aquellas encuestadas que seleccionaron “leche materna” como primer alimento, se indagó cuanto tiempo pasó hasta que prendieron al pecho a sus bebés:

- El 43,2% señaló que pasó más de 1 hora pero menos de 2 hs.
- El 40,9% marcó menos de una hora.
- El 6,8% seleccionó entre 3 y 5 hs.
- Otro 6,8% seleccionó que pasó más de 5 hs.

* En el caso de las mamás que tenían más de un hijo/a, se indagó acerca del último nacido/a.

- Y un 2,5%, más de 2 hs.

Por otro lado, también se indagó respecto al deseo de las encuestadas de dar el pecho. Sus respuestas fueron:

- El 78% indicó haber tenido el deseo de dar el pecho y poder lograrlo.
- El 8% tuvo el deseo de dar el pecho pero no pudo.
- Otro 8% marcó que su bebé aun no nace pero que tiene el deseo de dar el pecho.
- El 6% marcó que no tuvo el deseo de dar el pecho pero aun así lo hizo.

Finalizando, y respecto a la última pregunta que indagaba si habían tenido en algunos de sus embarazos, partos y/o puerperios, acompañamiento de una Puericultora, el 74% seleccionó que No, mientras que el 26% marcó que sí.

CONCLUSIONES

De las 50 mujeres encuestadas, 33 de ellas (el 66%) dijeron no conocer la famosa “hora de oro”, mientras que 17 (34%) afirmaron que sí habían escuchado sobre el tema. Si bien este resultado resulta alarmante, en las preguntas consecutivas vinculadas a la temática, las respuestas fueron relativamente acertadas en un gran porcentaje, lo que deja entrever que quizás el término “hora de oro” no les resuena, pero entienden en gran medida, el valor de ese primer encuentro con su bebé.

Por otro lado, el nivel educativo universitario alcanzado por el 57 % de la muestra, y sumado a esto, un 20% que transitó la universidad pero no terminó, pueden haber sido características condicionantes en la puesta de saberes respecto a la temática investigada.

En cuanto a los resultados obtenidos en la pregunta sobre la importancia de los primeros instantes de contacto (donde el 100% remarcó que era un momento realmente importante), y asimismo cuando se indagó sobre la importancia de que el bebé se prenda durante la primera hora de nacido (el 92% destacó la importancia), dichos valores revelan que las madres comprenden la envergadura de este momento tan crucial para el binomio. En este sentido cuando se consultó porque les parecía importante, un alto porcentaje (62%) seleccionó la respuesta esperada lo que demuestra una vez más, conocimientos sobre el tema.

En cuanto a las acciones que requerían mayor urgencia durante la primer hora, el 32% seleccionó el contacto piel con piel, y el 21% prenderlo al pecho, lo que demuestra que aproximadamente la mitad de las encuestadas comprenden la importancia de priorizar el contacto y la puesta al pecho precoz. Sin embargo, llamó la atención que un 11% seleccionó como acción más urgente “separar al bebé de la mamá”, y un 6% “visita de la familia” lo que supone un notable desconocimiento de la hora de oro en ese grupo de personas.

El hecho de que más del 75% de la muestra haya tenido el deseo de amamantar y haya logrado dar como primer alimento a su hijo/a leche materna (y un 42%, dentro de la primer hora de vida), deja entrever que posiblemente los saberes y conocimientos previos de estas mujeres (observados en la encuesta), representaron uno de los factores favorecedores que contribuyeron para que se logre el inicio temprano de la lactancia materna.

No obstante, también se entrevistó que un alto porcentaje de la muestra no tuvo acompañamiento de una Puericultora, por lo que hacer visible nuestro rol en estos procesos es fundamental.

El instrumento de evaluación utilizado reveló que gran parte de la mujeres encuestadas tenían saberes y conocimientos muy valiosos respecto a la lactancia materna, el inicio temprano de la misma, y las primeras horas del recién nacido. Sin dudas, dichos saberes y conocimientos han resonado de manera favorable en sus vivencias, sentires y experiencias, lo que demuestra una vez más, el impacto positivo de que la comunidad misma y fundamentalmente las mujeres, tengan información valiosa sobre el primer encuentro con su bebé y la relación con el posterior inicio y establecimiento de la lactancia.

REFERENCIAS

- DE PEDIATRÍA, A. E. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Ergón.
- LAWRENCE, R. (2007). *Lactancia materna. Una guía para la profesión médica*. Editorial Elsevier. Madrid.
- Ministerio de Salud de Argentina. *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Buenos Aires. 2010.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. *Manual de Lactancia Materna*. Chile. 2010.

https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

MOORE, E; ANDERSON, G; BERGMAN, N. (2008). *Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos*. La Biblioteca Cochrane Plus.

ODENT, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Editorial Madreselva. Buenos Aires.

LA COMUNICACIÓN, Y SU DETERIORO, EN ADULTOS MAYORES: DIMENSIONES DE LA AUDICIÓN, EQUILIBRIO, LENGUAJE, VOZ Y FONOESTOMATOLOGÍA

Cecilia Fernanda CALZETTI, Eliana ORO OZAN, Elisa Belén GÓMEZ Victoria Ayelen SIMONE ZALAZAR, Nery Elva CARLOMAGNO, Ana Soledad CALDERÓN, María Isabel OCHOA, Gabriela OLGUÍN YURCHAG, Vanina MARÍN, María Claudia NUÑEZ CAMPERO, María Elena PEREIRA FLORES*, Melina PORTILLO, Santiago VICENTE^{1**}.

RESUMEN

Introducción: con los años se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, por lo que suele identificarse a la vejez como un periodo de progresivo y predecible deterioro, tanto físico como cognitivo, donde se interrelacionan factores biopsicosociales, por lo que es necesario contemplar las características de cada uno de estos factores y, a su vez, la influencia que ejercen mutuamente; de este modo no pueden obviarse una serie de variables que inciden en el desarrollo comunicativo, el desarrollo cognitivo y el desarrollo socioemocional de las personas mayores. Marco teórico: es importante aquí considerar un marco conceptual que posicione a la Comunicación como un promotor del desarrollo y de la organización social, así como también de la convivencia y el bienestar grupal; la comunicación como eje fundamental del desarrollo de las comunidades. En este sentido, conocer acerca de los procesos que pueden ser determinantes negativos en los procesos de salud-enfermedad a lo largo del trayecto de vida de una persona, permite prevenirlos a fin de promover un envejecimiento activo y saludable. Actualmente existen numerosas investigaciones que describen una importante asociación entre la pérdida auditiva y los deterioros físicos, de salud mental, cognitivo, de independencia, interacción social y calidad de vida en general. Sin embargo, Manrique y cols (2022) afirman que aún no se dispone de un conocimiento ni una concienciación adecuados sobre las consecuencias que alcanza la pérdida auditiva en la calidad de vida de las personas mayores. Objetivos: este grupo de investigación pretende inicialmente indagar acerca de los deterioros funcionales que influyen negativamente en el envejecimiento, relacionados con la comunicación y sus alteraciones, en las dimensiones de la audición, equilibrio, lenguaje, voz y fonoestomatología, que resultarían factores de riesgo para un envejecimiento desadaptativo y patológico; pero que, si son identificados tempranamente podrían ser modificables, reductibles e incluso reversibles, lo que aumenta la posibilidad de un envejecimiento saludable. Además, analizar la coexistencia del

* Docentes investigadoras y extensionistas del Departamento de Fonoaudiología, FCS, UNSL. Email: cecalzetti@email.unsl.edu.ar, elianaoro@gmail.com, ebgomez@email.unsl.edu.ar, vasimone@email.unsl.edu.ar, nncarlomagno@gmail.com, anasoledadcalderon@gmail.com, mysabelochoa12@gmail.com, gabilouolguin@gmail.com, vaninamarin@hotmail.com, claudiancampero@gmail.com, epereira@email.unsl.edu.ar.

** Estudiantes de la Licenciatura en Fonoaudiología, del Departamento de Fonoaudiología, FCS, UNSL. Email: melportarc@gmail.com, santiagovicente500@gmail.com.

deterioro de la comunicación; en los aspectos auditivos, del equilibrio, del lenguaje, de la voz y fonostomatognáticos; y su incidencia en la vida cotidiana, en adultos mayores de 60 años, de la ciudad de San Luis. Resultados esperados: al finalizar con el análisis, durante este año y el próximo, buscamos obtener datos acerca de la incidencia del envejecimiento en el desarrollo comunicativo de cada sujeto. Conclusión: pretendemos construir conocimientos científicos, que sean un aporte para el desarrollo de proyectos de intervención asertivos que contribuyan a generar un proceso de comunicación saludable, en este grupo etario, en nuestro contexto regional.

Palabras Claves: Adultos Mayores - Comunicación - Deterioro - Envejecimiento.

Keywords: Older Adults - Communication - Deterioration - Aging

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en el mundo y en la región de Latinoamérica y el Caribe, de este modo el incremento en la proporción de personas mayores, así como la prolongación del curso de vida suponen nuevos retos y desafíos en términos de salud pública (CEPAL, 2021).

Sellanes (1999, en Vassallo y Sellanes, 2000) afirma que la Salud es un estado de complejo equilibrio que comprende la totalidad de la persona y que a su vez depende de la interacción en constante movimiento de un sinnúmero de factores biológicos, psicológicos, emocionales, sociales, económicos, culturales, ambientales, del pasado histórico de individuos, familias y colectividades, y de la trama de su presente con los proyectos y temores de su futuro. El resultado es una realidad individual e intransferible, que solemos conocer y medir por sus efectos, con esa cualidad transparente e incluso intangible que curiosamente tiene la salud, el "sentirse bien", pero que concientizamos inmediatamente por deprivación, ante el menor de los síntomas que quiebre el equilibrio que los seres humanos damos, por un hecho y un derecho de todos y cada uno de nosotros (p. 154).

En este sentido, Berlinger (1994) va a decir que la idea de salud "es una condición de equilibrio activo que comprende incluso la capacidad de reacción ante las enfermedades que se manifiestan en el hombre y su ambiente natural, familiar y social".

Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos, no son lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años, ya que están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. Con mucha frecuencia se utiliza el término 'envejecimiento saludable' para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades; esto es problemático en la vejez, debido a que muchas personas presentan una o más afecciones, que si están bien controladas, tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales, es decir, como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (OMS, 2015).

Con los años se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, por lo que suele identificarse a la vejez como un periodo de progresivo y predecible deterioro, tanto físico como cognitivo, donde se interrelacionan factores biopsicosociales, por lo que es necesario contemplar las características de cada uno de estos factores y, a su vez, la influencia que ejercen mutuamente; de este modo no pueden obviarse una serie de variables que inciden en el desarrollo comunicativo, el desarrollo cognitivo y el desarrollo socioemocional de las personas mayores.

Es importante aquí considerar un marco conceptual que posicione a la Comunicación como un promotor del desarrollo y de la organización social, así como también de la convivencia y el bienestar grupal; la comunicación como eje fundamental del desarrollo de las comunidades (Calixto León, B. y otros, 2013). En este sentido Freire (1970) propone la comunicación como el modo de los hombres para ir registrando en sus memorias las expresiones de un pueblo, las maneras de éste para construir pensamiento desde lo social a lo colectivo, y viceversa (Villarreal, S y otros, 2012), así, toda oralidad está siempre sostenida desde genealogías sociales del decir comunitario (Requejo, 1993 en Requejo, 2002).

Desde el punto de vista de la agenda internacional, tomamos como referencia que el principal objetivo de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030),

de la Asamblea General de las Naciones Unidas es mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades, y fortalecer la información de los gobiernos en materia de salud, así como en otras áreas prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (OMS).

Dicho Plan identifica tres orientaciones prioritarias: i) las personas de edad y el desarrollo; ii) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y iii) la creación de un entorno propicio y favorable. Es evidente que la Comunicación Saludable de las personas mayores con su entorno estaría involucrada en las tres orientaciones demarcadas por la OMS.

Este trabajo forma parte de la construcción teórica en nuestro proceso de investigación, en el cual pretendemos indagar acerca de los deterioros funcionales que influyen negativamente en el envejecimiento, relacionados con la comunicación y sus alteraciones, en las dimensiones de la audición, equilibrio, lenguaje, voz y fonostomatología, que resultarían factores de riesgo para un envejecimiento desadaptativo y patológico; pero que, si son identificados tempranamente podrían ser modificables, reductibles e incluso reversibles, lo que aumenta la posibilidad de un envejecimiento saludable.

Nuestro objetivo general es analizar la coexistencia del deterioro de la comunicación; en los aspectos auditivos, del equilibrio, del lenguaje, de la voz y fonostomatognáticos; y su incidencia en la vida cotidiana de personas mayores de 60 años de la ciudad de San Luis, con hipoacusia no equipadas protesicamente.

De este modo, pretendemos construir conocimientos científicos, que sean un aporte para el desarrollo de proyectos de intervención asertivos que contribuyan a generar un proceso de comunicación saludable, en este grupo etario, en nuestro contexto regional.

DESARROLLO

La comunicación es una cualidad humana fundamental y el lenguaje, como herramienta simbólica privilegiada, se presenta como un proceso social, cultural, psicológico, subjetivo, lingüístico y biológico (Ithurralde y cols, 2021).

Desde un enfoque cognitivo, se define al lenguaje como una capacidad o función cognitiva consistente en un conjunto de procesos, representaciones y estructuras mentales específicos, que le confieren relativa autonomía de otras capacidades mentales, asociados a la adquisición y al uso de los símbolos lingüísticos (Molinari-Marotto, 1998, en Feldberg y Demey, 2015); estando la modalidad de ingreso asociada al procesamiento auditivo o visual.

Es necesario considerar, además, que el lenguaje recluta capacidades psicológicas básicas, como la percepción, la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, por lo que el funcionamiento de estas capacidades y su ejercitación tendrá un efecto indirecto en el desempeño lingüístico.

En cuanto al lenguaje y el envejecimiento Mendizábal de la Cruz et al. (2022, p. 11) postulan que “no todas las personas mayores reflejan un deterioro en su forma de comunicarse, ni todas lo hacen de la misma manera” (p.11). Al mismo tiempo, afirman que gran parte de los adultos mayores presentan, por diversos factores, dificultades en la conducta comunicativa, reflejados en diferentes grados y en todos los niveles del lenguaje. Por ello, consideran que los efectos de la edad repercuten en las habilidades lingüísticas que involucran procesamiento léxico, sintáctico y discursivo. Dichos efectos, no obedecerían a un problema en el lenguaje en sí mismo, sino más bien al deterioro de procesos atencionales, de la memoria operativa y al enlentecimiento en el procesamiento de la información. (p.12)

Desde un modelo lingüístico funcional, en lo referido al procesamiento del ‘input’, en las primeras etapas, estaría supeditado a cómo llega a la corteza la señal auditiva desde el oído interno. De este modo adquiere importancia el procesamiento auditivo, y cómo su funcionamiento impactará en el procesamiento lingüístico (Bianchi, 2018).

Es así que el procesamiento de la información auditiva está en relación con el lenguaje y la función cognitiva. El lenguaje permite integrar la audición en relación con la comunicación y al desarrollo social; además, permite al sujeto adulto planificar, crear y regular sus acciones y su propio pensamiento. Es un acto sociabilizante, que permite intercambiar información (Serra y cols, 2018).

En consecuencia, la audición es una función prioritaria para la comunicación, y su disminución afecta la interacción social, las posibilidades de diálogo y participación, familiar y con los miembros de su comunidad. Es así que la pérdida auditiva afecta seriamente a la calidad de vida de las personas mayores; se relaciona con el aislamiento, la depresión, la ansiedad y el deterioro cognoscitivo, además, quienes sufren de pérdida de la audición moderada o grave son más propensos al deterioro en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (Boix Gras, 2009). Actualmente está considerada como un factor de riesgo de deterioro cognitivo y de demencia en el adulto mayor (Schneider, Pichora-Fuller y Daneman, 2010, en Valero García y otros, 2015).

En Argentina no se cuenta con estadísticas oficiales, nacionales y/o provinciales, acerca de la incidencia de la hipoacusia en la vejez. En la literatura internacional este padecimiento es considerado la tercera enfermedad crónica más prevalente a nivel mundial en el adulto mayor, después de la hipertensión y la artritis (Ortega del Álamo, P. y Duque Silva, J, 2013).

En lo que respecta a las características clínicas de la pérdida auditiva en el adulto mayor, se trata de hipoacusia neurosensorial bilateral, que no tiene forma única de presentación, y en general se desarrolla lenta y progresivamente. Disminuye la selectividad frecuencial; en general disminuye la inteligibilidad del lenguaje hablado, que se agrava en ambientes ruidosos debido a la dificultad de extraer la señal del habla del ruido de fondo, en este sentido la presbiacusia se diferencia de otras hipoacusias de percepción ya que la dificultad para la comprensión del lenguaje es superior a la que cabría esperar de acuerdo al grado de la pérdida auditiva; además, se dificulta la comprensión del habla cuando el interlocutor habla rápido, probablemente debido a un alargamiento en el procesamiento temporal (Kießling et al, 2003, en Abelló 2010). En el anciano aparecen alteraciones de la voz, que se hace más baja y a veces vibrante (Virole, 1996, en Algaba Guimerá, y Altura Mariezcurrena, 2013); y en algunos individuos aparece disminución de la capacidad visual que acompaña. En ocasiones se suma, además, la alteración en la función de los canales semicirculares, utrículo y sáculo (sistema vestibular del oído interno), que implica la aparición de mareos

e inestabilidad crónicas (Rosselló Martinelli y cols, 2018), lo que aumenta exponencialmente el riesgo de caídas.

Diamante (en Dotto y Sánchez, s.f.) sugiere que habría que descartar primero la pérdida auditiva a toda persona mayor que se le diagnostique depresión, ya que muchas veces es consecuencia del comportamiento de aislamiento social provocado por la pérdida de la audición.

Es así que no es posible reducir la audición humana a una respuesta únicamente sensorial, ya que implica desde el momento en que la información sonora impacta en el tímpano, hasta llegar a los centros nerviosos donde cobrará sentido cognitivo, y provocará una reacción; es una conducta que estructura funciones como el lenguaje, y comportamientos como los comunicativos.

Sin embargo, Manrique y cols (2022) afirman que aún no se dispone de un conocimiento ni una concienciación adecuados sobre las consecuencias que alcanza la pérdida auditiva en la calidad de vida de las personas mayores. Del mismo modo, los autores confirman que tampoco existe información suficiente en cuanto a la relación de la presbiacusia y las alteraciones del equilibrio con otras comorbilidades.

La detección temprana de la pérdida auditiva en el adulto mayor da la posibilidad de poder intervenir terapéuticamente en forma oportuna, y de este modo disminuir la incidencia de factores que suelen ir asociados a ella, tales como el deterioro cognitivo, aislamiento social, riesgo de caídas graves y problemas afectivos.

En lo referido a la voz, podemos decir que permite transmitir al mundo externo la personalidad, el estado emocional y la herencia cultural del hablante; es reflejo de la edad del individuo, el sexo y su estado de salud.

La voz surge de una compleja combinación de sistemas que actúan sinérgicamente. Tiene la particularidad de ser única e irreproducible, es así que se convierte en una señal de identidad. En los adultos mayores sufre modificaciones relacionadas con los cambios fisiológicos que se producen con los años que alteran el sistema fonatorio (presbifonía); cuando esto sucede las relaciones familiares, sociales y laborales se pueden ver afectadas. El deterioro

en la vejez se ve reflejado en las cualidades (tono, intensidad, timbre) y modalidades fonatorias (inicio, cuerpo, final).

Dotto y Sánchez (s.f) hacen énfasis en que si una persona tiene dificultades de audición y además presbifonía es probable que pierda el interés en comunicarse, ya que no oye bien y tampoco le entienden, lo que puede llevarle al aislamiento social y a problemas de autoestima; de este modo se producirá una disminución en las producciones lingüísticas, con su consecuente deterioro.

Por otra parte, Álvarez Muñoz y cols. (2018) mencionan que hay escasos estudios que caractericen la voz en personas con hipoacusia, y/o relacionen el grado de pérdida auditiva con sus características fonético acústicas.

Además, el proceso de envejecimiento genera una serie de cambios en las estructuras estomatognáticas. Estos cambios morfológicos típicos en el mecanismo de la deglución en sujetos sanos adultos mayores, caracterizan a la presbifagia.

Lillo y Galvis (2021), en una revisión bibliográfica realizada en torno a los procesos de alimentación y deglución en los adultos mayores, concluyen que si bien en la actualidad se evidencia un exponencial progreso de la disciplina, no existe consenso conceptual entre los especialistas al momento de hacer referencia a los cambios anatomofuncionales de la biomecánica deglutoria y la transición de la presbifagia a la disfagia en los adultos mayores.

Sumado a esto, los procesos de alimentación y deglución han sido detalladamente descritos desde la perspectiva de ejecución neuromotora, sin embargo, solo en las últimas décadas ha tenido una consideración creciente todo el procesamiento emotivo cognitivo. Como mencionan Paniagua, Rodríguez-Santos y Centera (2019), comer es algo más que el simple hecho de tragar; involucra dinámicas familiares y culturales complejas.

CONCLUSIÓN

El proceso de envejecimiento es parte de un proceso de desgaste, y por ello la manera en que se envejece constituye una especie de “biografía” que refleja la experiencia vivida (Vera Cortés, 2011), de este modo conocer acerca de los procesos que pueden ser determinantes negativos en los procesos de salud-

enfermedad a lo largo del trayecto de vida de una persona, puede dar la posibilidad de prevenirlos a fin de promover un envejecimiento activo y saludable. Desde esta mirada, cada individuo tiene una trayectoria de vida, una trayectoria auditiva única y una carga cognitiva individual, que están determinadas por características genéticas e influida por factores biológicos, conductuales y ambientales a lo largo de la vida, por lo que una mirada desde la complejidad es necesaria para intentar acercarse a los procesos de salud-enfermedad-cuidado en la vejez; en este sentido, la edad no podría considerarse como un factor etiológico per se, dado que no está directamente ligado a la presencia de enfermedad. Por ende, la edad no es un factor determinante para predecir las capacidades psicológicas, intelectuales y sociales de los adultos mayores.

La Comunicación es un promotor del desarrollo y de la organización social, y en el adulto mayor, contribuye a fomentar la salud y el bienestar, así como a crear un entorno propicio y favorable para envejecer saludablemente.

No se encontraron estudios que aborden integralmente los aspectos de la comunicación y su deterioro que se pretenden investigar en este trabajo.

El estudio y análisis de los resultados permitirá realizar un estudio comparativo entre las diferentes técnicas de recolección de datos empleadas, y de esta manera establecer si existe coexistencia del deterioro de la comunicación; en los aspectos auditivos, del equilibrio, del lenguaje, de la voz y fonoestomatognáticos; y su incidencia en la vida cotidiana.

De este modo será posible proponer protocolos de evaluación y de intervención en este grupo etario, además se contribuirá en la detección y diagnóstico precoz de aquellos casos que se alejen de los parámetros de normalidad; constituyéndose en un valioso aporte al campo de la Fonoaudiología Clínica.

Sumado a esto, y considerando nuestros roles de investigadoras, extensionistas, estudiantes y docentes de la Licenciatura en Fonoaudiología de la UNSL, pretendemos que los nuevos aportes al conocimiento científico que surjan, como producto de este trabajo, sean incorporados a las asignaturas de la carrera, y a las diferentes actividades de extensión y transferencia que realiza el equipo de trabajo con la comunidad.

REFERENCIAS

- ABELLÓ, P. Coordinador (2010). Presbiacusia. Exploración e intervención. Reflexiones y pautas de actuación. Fundación Widex Audiología. Ed. Elsevier.
- ÁLVAREZ MUÑOZ, H; BASAES OLMOS, F; POSTIGO CORTÉS, K; RAMÍREZ OSORIO, M; VILLALOBOS GUAJARDO, Y. (2014). Correlación de parámetros fonético-acústicos de la voz con el grado de pérdida auditiva en personas entre 18 y 60 años con hipoacusia sensorineural bilateral simétrica poslocutiva, atendidos en el laboratorio de audiología de la Universidad de Valparaíso, casa central. Tesis para optar al título académico de Licenciado en Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Chile. <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/6114>
- Auris Scientia, la ciencia del oído (2018). Reorganización funcional y sordera: entrevista a Anu Sharma, PH. D. publicado el 18/01/2018 por Auris Scientia. <https://aurisscientia.org/2018/01/18/reorganizacion-funcional-y-sordera-entrevista-a-anu-sharma-ph-d/>
- BERLINGER, G. (1996) Ética de la Salud, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BIANCHI, A. (2018). Desórdenes del procesamiento auditivo (Central). Una perspectiva desde la neurociencia. Ed. Akadia.
- BOIX GRAS, C. (2009). Estudio de la deficiencia auditiva en las personas mayores. Diseño y validación de la escala ADDA (Actividades Diarias Dependientes de la Audición). Tesis doctoral. Directores: Ángel Otero Puime y Jesús López-Torres Hidalgo. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Disponible en: file:///C:/Users/cecil/Desktop/HIPOACUSIA%20-%20VEJEZ/cuestionarios/escala%20 ADDA.pdf
- DOTTO, G. y SANCHEZ, B. (s.f). Presbiacusia y presbifonía. Colegio de Fonoaudiólogos, Provincia de Santa Fe, 2ª circunscripción. <https://www.colfono.org.ar/articulos/51/presbiacusia-y-presbifonia>

- FELDBERG, C. y DEMEY, I. Compiladores (2015). Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias. Ed. Paidós.
- IVERN, I.; VALERO, J.; SIGNO, S.; VILA, J.; CATALÀ, M.; y TALLEDA, N. (2017). Relación entre audición y cognición durante el envejecimiento: escucha dicótica como instrumento de evaluación. *Revista de Investigación en Logopedia*, vol. 7, núm. 1, pp. 26-46. Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=350851047002>
- LILLO, M. M. A., y GALVIS, J. B. (2021). Presbifagia: Una mirada a los procesos de alimentación y deglución en los adultos mayores. *Areté*, 21(1), 105-112.
- MANRIQUE, M.J., BATUECAS, Á., CENJOR, C., FERRÁN, S., GÓMEZ, J.R., LORENZO, A.I., & NUÑEZ, F. (2022). Presbiacusia y trastornos del equilibrio en personas mayores. Revisión bibliográfica de aspectos etiopatogénicos, consecuencias sobre la calidad de vida y efectos positivos de su tratamiento. *Acta Otorrinolaringológica Española*. https://www.researchgate.net/profile/Faustino-Nunez-Batalla/publication/362574856_Presbiacusia_y_trastornos_del_equilibrio_en_personas_mayores_Revision_bibliografica_de_aspectos_etiopatogonicos_consecuencias_sobre_la_calidad_de_vida_y_efectos_positivos_de_su_tratamiento/links/634eef296e0d367d91a884aa/Presbiacusia-y-trastornos-del-equilibrio-en-personas-mayores-Revision-bibliografica-de-aspectos-etipatogenicos-consecuencias-sobre-la-calidad-de-vida-y-efectos-positivos-de-su-tratamiento.pdf
- Naciones Unidas - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2021). *Boletín de Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*. Boletín N° 19. [Boletín Envejecimiento y Desarrollo - No.19 | Publicación | Comisión Económica para América Latina y el Caribe \(cepal.org\)](https://publicaciones.cepal.org/es/publicaciones/boletines/boletin-envejecimiento-y-desarrollo-no-19-publicacion-comision-economica-para-america-latina-y-el-caribe)
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

- ROMÁN y ZUBELDÍA, J.; JAIMOVICH, M.; STERIN, M.; LASCANO, M.J. (2018). Impacto social y emocional de la pérdida auditiva en adultos mayores. *Revista FASO*, año 25- N° 3, pág. 29-35. <http://faso.org.ar/revistas/2018/3/5.pdf>
- VALERO-GARCÍA, J.; CASAPRIMA, V.; DOTTO, G.; ITHURRALDE, C.; LIZARRAGA, A.; RUIZ, V. (2015). Relación entre audición y cognición durante el envejecimiento: estudio de una población geriátrica en Rosario. *Revista FASO*, año 22- No1-2015. <http://faso.org.ar/revistas/2015/1/7.pdf>
- VASSALLO, C. y SELLANES, M. (2000). La salud en la tercera edad. *Informe sobre la tercera edad en la Argentina, año 2000*. Capítulo 3, pág. 152-315. https://www.academia.edu/33838164/La_salud_en_la_tercera_edad
- VILLARREAL, S.; ITHURRALDE, C.; BALDOMÁ, A.; BERTA, G.; CAMPRA, M.C.; FELICE, M.F.; SABIO, M. (2012). Fonoaudiología social y comunitaria: necesidad de la formación desde un nuevo enfoque. *Revista Metavoces*, del Departamento de Fonoaudiología y Comunicación, de la Facultad de Ciencias Humanas, UNSL. Año VIII – N° 14 - pág. 47-53 – ISSN 1669-8924- San Luis. Argentina.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS HOGARES

Virginia Azul VEGA; Ivana V. OLIVERO*, Hernán COBOS.

RESUMEN

La seguridad alimentaria está determinada principalmente por el acceso físico, social y económico a alimentos culturalmente aceptables. El objetivo fue analizar la seguridad alimentaria y las prácticas alimentarias de los hogares de la localidad de San Martín, provincia de San Luis. Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, a través de la aplicación de la Escala FIES y una encuesta para indagar acerca de las prácticas de adquisición, selección y consumo de las familias. Las encuestas se aplicaron por medio de una entrevista personal sobre una muestra de 120 hogares. Los resultados evidenciaron que el 56% de los hogares presentaron inseguridad alimentaria, resultando “leve” en el 28% de las familias, “moderada” en el 20% y grave en el 8% de los mismos. Con respecto a las prácticas alimentarias, se observó que los mercados locales fueron la principal forma de adquisición de alimentos, aunque también el 42% de las familias se abastecía por medio de la autoproducción de alimentos para el consumo familiar; en relación con la selección alimentaria, se identificó el “precio” como el determinante principal de la compra de alimentos; el consumo de alimentos fue inadecuado, resultando deficiente en frutas, verduras, lácteos y pescado, y excesivo en carnes rojas y alimentos ultraprocesados. Además, se observaron diferencias significativas entre el nivel educativo del jefe de hogar y la seguridad alimentaria, la selección de alimentos y la diversidad dietética; y entre la seguridad alimentaria familiar y la diversidad de la dieta. Se puede concluir que las prácticas alimentarias pueden verse afectadas por la falta de acceso a los alimentos, el contexto y el nivel de estudios del jefe del hogar, reflejándose en desigualdades que atentan contra los patrones alimentarios y, por lo tanto, con el nivel de seguridad alimentaria familiar.

Palabras Claves: Seguridad Alimentaria - Prácticas Alimentarias - Adquisición De Alimentos - Acceso Alimentario.

Keywords: Questionnaire Validation, Lifestyles, Healthy Habits, Adults.

* ivanavolivero@gmail.com. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), define que la seguridad alimentaria existe: “cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana” (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2011, p. 1). Si bien la seguridad alimentaria ha sido ratificada como un derecho, se estima que actualmente cerca de unos 2 mil millones de personas en el mundo no disponen de acceso regular a alimentos suficientes y nutritivos (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2020).

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (2011), la falta de acceso es considerada la principal causa de inseguridad alimentaria en la mayoría de los países en desarrollo, ya que tal como lo expresa Salazar-Jiménez y Torres-Tovar (2018), el acceso implica que los hogares cuenten “no solo con la oferta, sino con las condiciones económicas, sociales y culturales para lograr abastecerse con suficiencia y calidad” (p. 266). De este modo, el entorno sociocultural, político y económico, incide en la seguridad alimentaria, como así también en las prácticas alimentarias de los hogares que, ante un bajo acceso, implementan distintas estrategias para su mejoramiento, haciendo que se opte por alimentos rendidores y pobres en densidad nutricional, prefiriendo aquellos que estén a su alcance, especialmente los ricos en carbohidratos y grasas, que además de ser los más saciadores, son los más baratos (Aguirre, 2008).

Las prácticas alimentarias son entendidas como aquellos aspectos cotidianos relacionados con la alimentación, en lo que se refiere a las elecciones de alimentos, métodos de preparación y consumo (García, 2005). Al analizar las prácticas en diversos contextos, como el entorno urbano y rural, se suelen presentar marcadas diferencias, que están principalmente asociadas a las disparidades sociodemográficas y al nivel de ingresos del hogar.

Un estudio realizado en Argentina observó que las diferencias en la alimentación de hogares rurales y urbanos estaban especialmente relacionadas con las

distintas condiciones de disponibilidad y accesibilidad de algunos grupos de alimentos, como es el caso de los alimentos frescos que son de más difícil acceso en el entorno rural, mientras que otros por ser de producción local se consumían en mayor cantidad, como es el caso de la carne ovina y porcina.

A su vez, también se observaron diferentes costumbres en la adquisición y preparación de alimentos en ambos entornos, con una mayor elaboración doméstica y menor consumo de productos semielaborados en el ámbito rural (Zapata et al., 2019). Sin embargo, en las últimas décadas se ha advertido a nivel global una mayor preferencia por los alimentos ultraprocesados y listos para consumo. Estos cambios obedecen a un conjunto de factores como son los modelos de producción alimentaria, su disponibilidad y asequibilidad, las formas de comercialización y marketing, que determinan los hábitos de la población y al mismo tiempo repercuten en la salud, generando las llamadas enfermedades de la sociedad de la abundancia (Hawkes, 2006).

Por lo expuesto, teniendo en cuenta la vulnerabilidad asociada y la escasez de estudios poblacionales realizados en el entorno rural, es por lo que la mirada de este trabajo pretende hacer hincapié en conocer la seguridad alimentaria y las prácticas alimentarias que caracterizan a los hogares de la localidad rural de San Martín, de la pcia. de San Luis, para analizar y describir la situación en la que se encuentran, considerándose relevante su estudio debido a que ambos aspectos inciden en el estado nutricional de la población y porque tanto la alimentación como la seguridad alimentaria han sido reconocidos como un derecho universal y fundamental desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque metodológico empleado es de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. La muestra se calculó de forma representativa a través de la siguiente fórmula aportada por Herrera Castellanos (2011). Por lo tanto, para un nivel de confianza del 95% y un error máximo de estimación del 5%, la muestra quedó conformada por un total de 120 hogares

(N: 120), donde se realizó un muestreo de tipo probabilístico aleatorio sistemático, encuestando a un hogar por medio.

Se utilizó una encuesta administrada a través de una entrevista personal dirigida a la persona encargada de la administración y preparación de alimentos en el hogar.

Para medir el nivel de seguridad alimentaria, se utilizó la “Escala de experiencia de inseguridad alimentaria” elaborada y validada por la FAO, que consiste en un total de ocho preguntas estructuradas en tres niveles: incertidumbre/preocupación, cambios en la calidad de los alimentos y cambios en la cantidad de alimentos, permitiendo de este modo obtener un rango de severidad de inseguridad alimentaria, y por lo tanto, de forma indirecta la presencia o no de seguridad alimentaria. En este trabajo, se usó la versión de la Escala FI que utiliza como unidad de referencia el hogar, considerando como periodo de referencia los últimos 12 meses.

Para la variable de prácticas alimentarias, se utilizó un cuestionario de elaboración propia que fue sometido a una prueba piloto para llevar a cabo una adaptación cultural y evaluar el entendimiento del mismo con la participación de 30 hogares de la localidad de San Martín que aceptaron participar. La encuesta definitiva quedó conformada por 20 ítems relacionados a la estructura familiar, el nivel educativo y las prácticas alimentarias relacionadas a la adquisición, selección y consumo de alimentos por los miembros del hogar.

Para el cálculo del estudio piloto, se utilizó el mínimo recomendado por Babbie (2000), que considera que la prueba piloto debe estar conformada por un mínimo de 30 individuos que posean los atributos que se desean medir en la población objetivo.

RESULTADOS

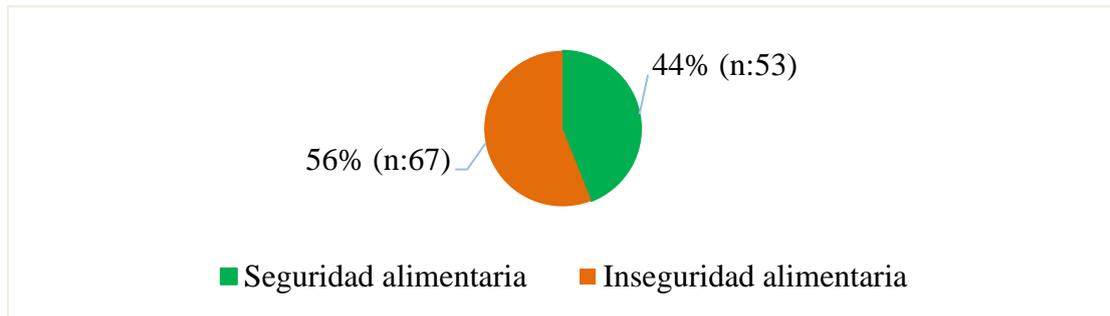


Figura 1. Distribución de los hogares según el estado de seguridad alimentaria (N:120)

El 56% (n:67) del total de hogares encuestados (N:120), presentaron algún nivel de inseguridad alimentaria según la encuesta FIES/FAO, mientras que solo el 44% (n:53) alcanzó un estado de seguridad alimentaria.

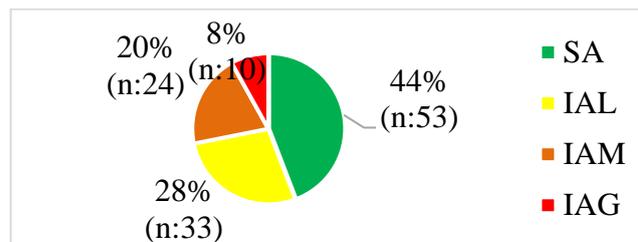


Figura 2. Clasificación del nivel de seguridad alimentaria (N:120)

Del total de hogares encuestados (N:120), el 44% (n:53) se pudieron considerar dentro de la categoría “seguridad alimentaria”, mientras que el resto presentó distintos niveles de inseguridad alimentaria, alcanzando una gravedad “leve” en el 28% (n:33) de los hogares, “moderado” en el 20% (n:24) y “grave” en el 8% (n:10) de los mismos.

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson el resultado obtenido fue de 0,001, que por ser $p < 0,05$ indica que las variables están relacionadas entre sí, con un nivel de confianza del 95%, y además que son directamente proporcionales de acuerdo con el Coeficiente de Gamma.

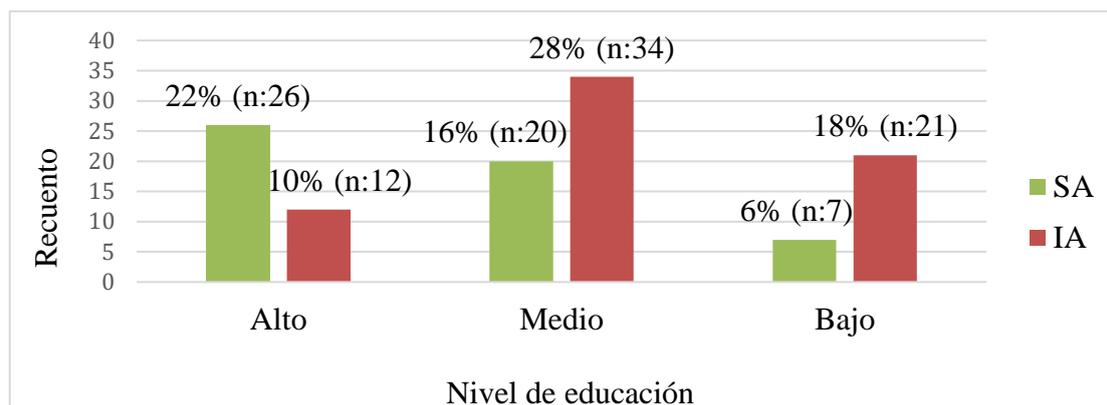


Figura 3. Seguridad alimentaria y el nivel de educación (N:120)

Como se puede observar en el gráfico, a medida que aumenta el nivel de educación del jefe/a de hogar, aumenta también la SA, observándose que el 22% (n: 26) de los hogares con un jefe de hogar con nivel educativo alto presentó seguridad alimentaria, seguido de un 16% (n: 20) del nivel educativo medio, y solo un 6% (n: 7) del nivel educativo bajo.

A su vez, se observa una predominancia de la inseguridad alimentaria en el nivel educativo medio y bajo. Del total de hogares encuestados (N: 120), el 100% (n:120) refirió utilizar como forma de adquisición la compra individual en almacenes de San Martín, mientras que un 68% (n:81) además utilizó la compra individual en mayoristas o supermercados fuera de la localidad.

Además, el 17% (n: 20) de los hogares emplearon la ayuda alimentaria gubernamental, y el 10% (n: 12) de los mismos utilizaron el trueque o intercambio por trabajo como forma de adquisición de alimentos. La compra comunitaria se presentó solo en el 2% (n: 2) de las familias, y finalmente, el 0% (n: 0) de hogares expresó utilizar alguna otra forma de las mencionadas para adquirir alimentos.

Del total de hogares encuestados (N: 120), la mayoría, es decir, el 58% (n:70) manifestó no tener producción propia de alimentos, mientras que el 42% (n:50) restante declaró producir algún tipo de alimento en su hogar. Del total de hogares que refirieron tener autoproducción de alimentos (N:50), en el 72% (n:36) prevaleció la producción de alimentos de origen vegetal a través de la realización de huerta y/o cultivo de frutales, mientras que el 48% (n:24) refirió la crianza de animales para el consumo de huevos, el 30% (n:15) también criaba animales

para consumo, y en menor proporción, el 16% (n:8) realizaba ordeño para la obtención de productos lácteos.

Del total de hogares con autoproducción de alimentos (N: 50), el 100% de los mismos utilizaba la producción fundamentalmente para el consumo familiar, aunque el 32% (n:16) de los hogares también la utilizó para el intercambio por otros bienes o alimentos, y un 14% (n:7) para la venta, otorgándole en algunos de los hogares una finalidad mixta. De los hogares que manifestaron no tener autoproducción de alimentos (N: 70), el 31% (n: 22) refirió que la ausencia de producción se debía a la falta de espacio en el hogar, el 23% (n: 16) por falta de tiempo, y en esa misma proporción, por falta de interés. Un 10% (n: 7) de los hogares declararon que la ausencia de producción se debía a la falta de recursos necesarios para mantenerla, un 7% (n: 5) a la ausencia de tierra fértil y, finalmente, un 6% (n:4) refirieron no autoabastecerse por otras causas, entre las cuales mencionaron el clima.

Del total de hogares encuestados (N:1 20), el 61% (n:73) y el 25% (n:30) consideró al factor económico como “muy importante” e “importante” a la hora de seleccionar alimentos, mientras que, el 8% (n:10) de los mismos lo consideró de importancia neutral, el 5% (n:6) de poca importancia y para un 1% (n:1) fue un factor sin importancia. El 31% (n:37) refirió darle poca importancia a la selección de alimentos prácticos y que ahorren tiempo destinado a cocinar, el 28% (n:33) lo consideró de importancia neutral, mientras que el 23% (n:28) y el 13% (n:16) lo consideró entre importante y muy importante respectivamente.

Finalmente, un 5% (n:6) lo declaró sin importancia. Del total (N:120), el 51% (n:61) y el 25% (n:30) consideró como “muy importante” e “importante” el cuidado de la salud en la selección de alimentos, mientras que el 17% (n:21) lo consideró neutral, el 6% (n:7) de poca importancia y el 1% (n:1) sin importancia. El 48% de los hogares (n:58) consideró al factor sabor como importante en la selección de alimentos para consumo en el hogar y el 33% (n:39) lo consideró muy importante; por el contrario, el 18% (n:22) de los mismos le dio una importancia neutral, el 1% (n:1) poca importancia, y el 0% (n:0), es decir, ningún hogar lo consideró como un factor sin importancia. Se observó que del total de hogares (N:120), el 56% (n:67) consideró al “precio” como el determinante principal de la selección

de alimentos, mientras que para el 25% (n:30) fue la salud, para el 14% (n:17) fue el sabor, y solo para el 5% (n:6) fue la conveniencia.

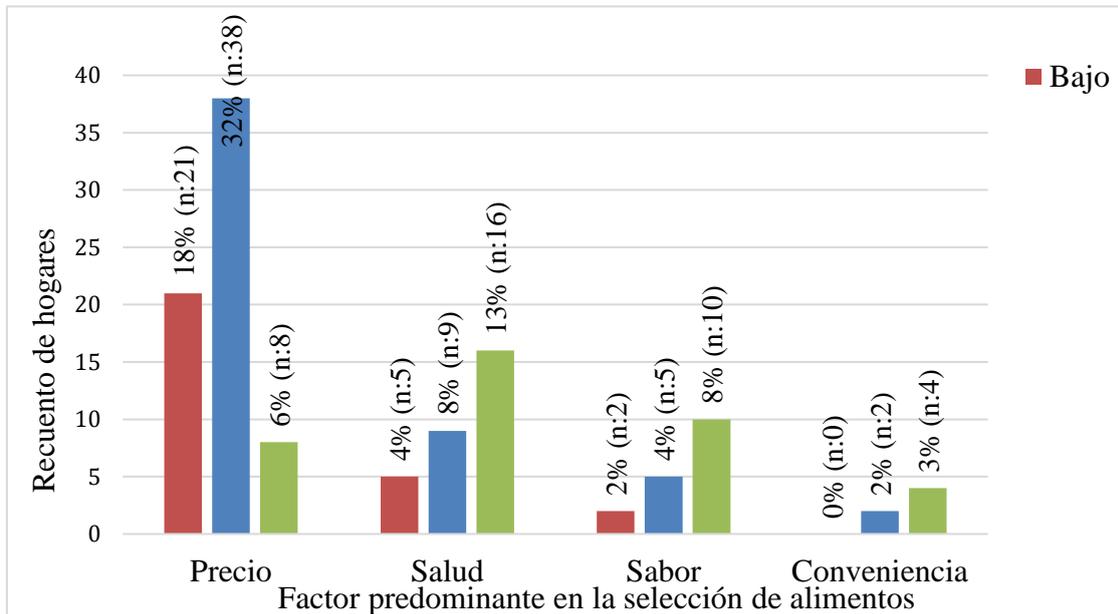


Figura 4. Factor predominante de la selección de alimentos y el nivel educativo

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson el resultado obtenido fue de $p: 0,000$, que por ser $<0,05$ indica la existencia de relación entre las variables, con un nivel de confianza del 95%, y con un grado de relación moderada de acuerdo con la V de Cramer.

En el gráfico se puede apreciar que el precio es el factor predominante en la selección de alimentos cuando el nivel educativo es medio y bajo con valores de 32% (n:38) y 18% (n:21) respectivamente; mientras que, en el nivel educativo alto, la salud representa el determinante principal para el 13% (n:16) de los hogares, y también está presente en mayor proporción el sabor para el 8% (n:10) y la conveniencia para el 3% (n:4) de los mismos.

A su vez, también se observa que las familias donde el/ jefe de hogar tenía un nivel educativo bajo, la “conveniencia” no fue considerado como determinante de la selección por ninguno de los mismos (0%, n: 0). Del total de hogares encuestados (N: 120), el 97% (n:117) manifestó almorzar diariamente, el 85% (n:102) y 84% (n:101) realizaban diariamente la merienda y el desayuno, y en menor proporción, el 76% (n:91) cenaba de forma diaria.

Por lo tanto, el almuerzo fue la principal comida realizada por la mayoría de los hogares, mientras que la cena fue realizada en una menor proporción. El 59% de la población estudiada (n: 71) utilizó de forma predominante métodos de cocción poco saludables, es decir, una combinación entre cocciones saludables y no saludables, mientras que en un 32% (n: 38) de la muestra predominó la cocción saludable y en un 9% (n: 11) se emplearon principalmente métodos de cocción no saludables.

La frecuencia de compra de comida lista fue mediana en el 38% (n: 45) de la muestra, alta en el 34% (n: 41) y baja solo en el 28% (n: 34) de las familias. El consumo diario de frutas y verduras fue inadecuado en el 76% (n: 91) de los mismos, medianamente adecuado en el 19% (n: 23), mientras que solo el 5% (n:6) alcanzó un consumo adecuado en este grupo de alimentos.

El consumo diario de lácteos fue inadecuado en el 67% (n: 80) de las familias, medianamente adecuado en el 28% (n: 34) y adecuado solo en el 5% (n:6) de los mismos. Del total de la muestra (N: 120), el consumo diario de este grupo de alimentos resultó excesivo en el 53% (n: 64) de los hogares, adecuado en el 25% (n: 30) e inadecuado en el 22% (n: 26) de los mismos. El 52% (n: 63) presentó un consumo semanal excesivo de carne roja, el 35% (n: 42) tuvo un consumo adecuado y el 13% (n: 15) un consumo inadecuado. En cuanto a la frecuencia de consumo semanal de carne de ave, del total de hogares encuestados (N: 120), el 36% (n: 43) refirió tener un consumo adecuado, mientras que para el 35% (n: 42) de los hogares fue excesivo y para el 29% (n: 35) inadecuado. La frecuencia de consumo semanal de pescado fresco o enlatado para el total de hogares (N: 120) fue inadecuada en el 88% (n: 106) de la muestra, medianamente adecuada en un 12% (n: 14), mientras que el 0% (n:0), es decir, ningún hogar alcanzó un consumo adecuado del mismo. Del total de hogares encuestados (N: 120), se observó que la ingesta de bebidas industrializadas azucaradas fue alta en el 46% (n: 56) de los hogares, media en el 32% (n: 38) de los mismos, y baja solo en un 22% (n: 26) de la población.

Del total de hogares encuestados (N: 120), se observó que la ingesta de galletas y productos de panadería fue media en el 56% (n: 67) de los hogares, alta en el 37% (n: 45), y baja solo en un 7% (n: 8) de la población. Del total de los hogares

encuestados (N: 120), se observó que la ingesta de estos productos industrializados fue alta en el 69% (n: 83) de los hogares, baja en el 18% (n: 22) de los mismos, y media en el 13% (n: 15) de la población. Del total de los hogares encuestados (N: 120), se observó que la ingesta de carnes procesadas y/o congeladas fue media en el 46% (n: 55) de los hogares, alta en el 28% (n: 34) de los mismos, y baja en un 26% (n: 31) de la población. Del total de hogares encuestados (N: 120), el 75% (n: 90) presentó una dieta medianamente diversificada, el 22% (n: 26) tuvo una dieta no diversificada, mientras que solo el 3% (n:4) presentó una dieta altamente diversificada.

En general, se observó que los tipos de alimentos que son utilizados en mayor proporción por los hogares eran los aceites y los cereales, seguido de los lácteos y las carnes, mientras que del grupo de frutas y verduras se observó un mayor consumo de frutas que de vegetales. Por su parte, los alimentos consumidos diariamente en menor proporción fueron los huevos, semillas y frutos secos, y las legumbres.

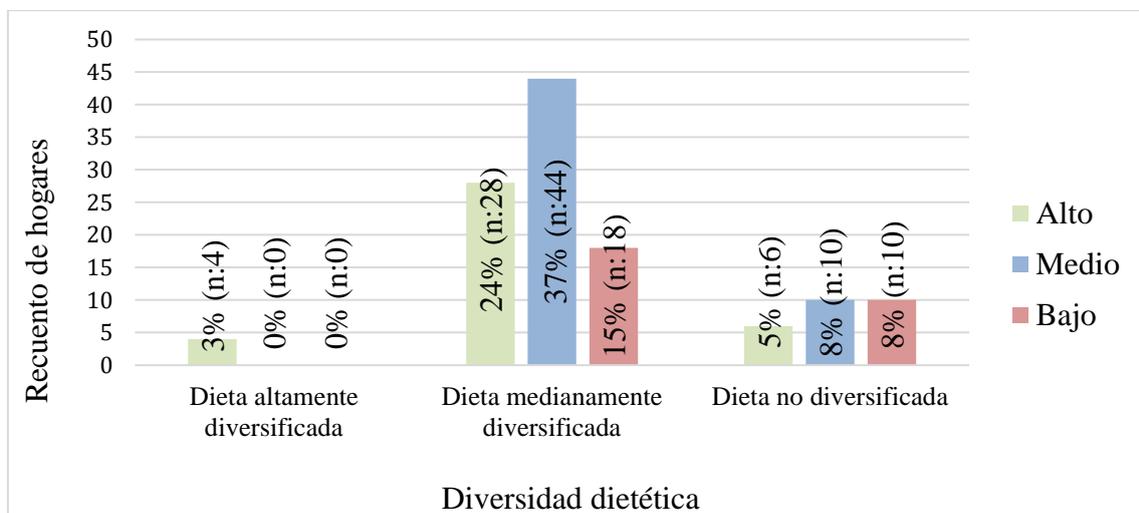


Figura 5. Relación entre la diversidad dietética y el nivel de educación

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson el resultado obtenido fue de p: 0,012, que por ser <0,05 (ver Tabla 5) indica que las variables están relacionadas entre sí, y además que son directamente proporcionales debido a que el Coeficiente de Gamma es de 0,413 (ver Tabla 6).

Estos resultados presentan un nivel de confianza del 95%. Como se puede observar en el gráfico, la dieta medianamente diversificada se presenta en la mayoría de las familias, principalmente del nivel educativo medio en un 37% (n: 44) y alto en un 24% (n: 28); mientras que la dieta altamente diversificada solo la alcanzaron las familias con un nivel educativo alto, y en la no diversificada predomina el nivel educativo medio y bajo.

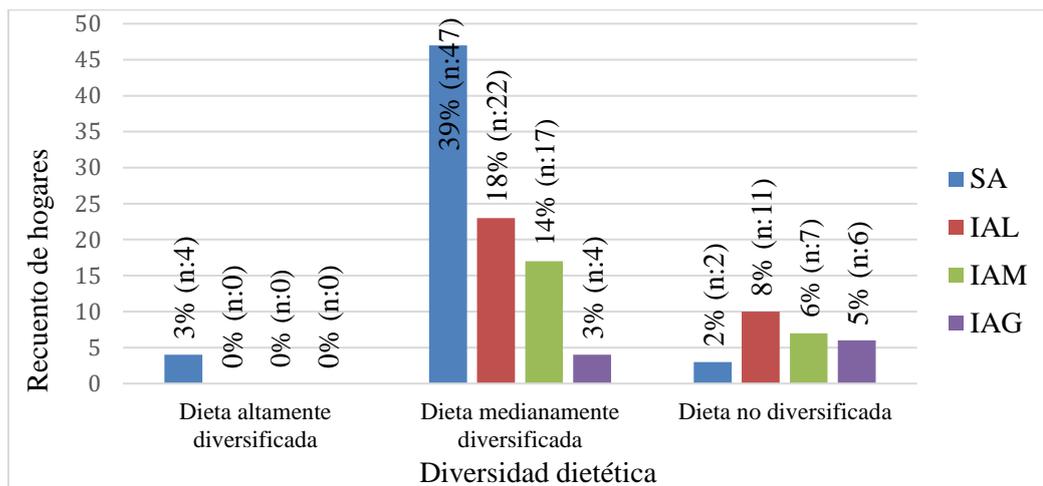


Figura 6. Diversidad dietética y el nivel de seguridad alimentaria (N:120)

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson el resultado obtenido fue de $p = 0,003$, que por ser $p < 0,05$ (ver Tabla 7) indica que las variables están relacionadas entre sí, y son directamente proporcionales debido a que el Coeficiente de Gamma es un valor positivo (ver Tabla 8). Estos resultados presentan un nivel de confianza del 95%. Como se puede observar en el gráfico, la dieta altamente diversificada solo pudo ser alcanzada por aquellos hogares que presentaron SA, es decir, el 3% (n: 3).

Por otro lado, en la dieta medianamente diversificada se observó en hogares que presentaron tanto SA como IA; mientras que, en la dieta no diversificada, predomina la IA con sus diferentes niveles, presentando valores del 8% (n:11) para la leve, 6% (n:7) para la moderada, y 5% (n:6) para la grave. Por último, los hogares con IAG presentaron en su mayoría una dieta no diversificada.

CONCLUSIONES

El presente trabajo permite visualizar la complejidad e importancia de la planificación de estrategias y políticas públicas para reducir las desigualdades en la seguridad alimentaria de la región, y así mejorar la salud y calidad de vida de las personas que residen en la localidad de San Martín. Se pudo determinar que la muestra estuvo conformada principalmente por una estructura familiar del tipo “hogar nuclear con hijos” y por familias cuyo jefe de hogar alcanzó un nivel educativo medio.

A partir de los resultados arrojados, se evidenció que la inseguridad alimentaria relacionada al acceso es una problemática que afecta a más de la mitad de las familias de San Martín, identificándose para la mayor parte de las mismas, la presencia de incertidumbre y/o compromiso de la calidad y variedad de alimentos, seguido de una proporción de hogares que hicieron frente a la reducción de las cantidades y/o número de comidas, mientras que en otros, se llegó a experimentar hambre por falta de recursos o dinero para obtener alimentos.

A su vez, se identificaron diferencias significativas entre la seguridad alimentaria familiar y el nivel de estudios del jefe de hogar, observándose una predominancia de inseguridad alimentaria en los hogares de medio y bajo nivel educativo. En relación con las prácticas alimentarias, se encontró que, si bien el mercado es la principal forma de adquisición de alimentos, un tercio de la población también mantuvo prácticas de autoabastecimiento llevadas a cabo fundamentalmente por medio de la realización de pequeñas huertas, el cultivo de frutales y la crianza de animales para obtención de huevos, cuyo fin principal resultó ser el autoconsumo familiar.

Por otro lado, las estrategias como la asistencia alimentaria y el trueque o intercambio por trabajo, fueron utilizadas por una menor proporción de la población. Con respecto a las familias sin autoproducción de alimentos, que representaron a los dos tercios restantes de la muestra, se destacó que la falta de espacio, tiempo y la falta de interés fueron los principales motivos de la ausencia de producción. En cuanto a la selección de alimentos, el precio y la salud fueron los factores a los que se les otorgó una mayor importancia, siendo

el primero de estos el determinante principal de la compra para la mayor parte de la muestra, sobre todo para las familias cuyo jefe de hogar tenía un nivel educativo bajo o medio; mientras que cuando el nivel educativo fue alto, el determinante de mayor peso en la selección fue la salud, demostrando una relación significativa entre el factor determinante de la selección alimentaria y el nivel de estudios del jefe de hogar.

En este sentido, también se puede apreciar que, si bien la “salud” fue uno de los factores de mayor importancia, los patrones alimentarios del total de la población, no resultaron ser los más adecuados, revelando una disociación entre el discurso y la práctica, debido a que la importancia dada a la salud no es coherente con el patrón alimentario observado. En lo que corresponde a las prácticas de consumo, se determinó que no todos los hogares acostumbraban realizar las cuatro comidas principales, observándose que muchos de los mismos optaban por no cenar. Además, se apreció el uso de un método mixto para la cocción de los alimentos, caracterizado por métodos saludables y no saludables.

En cuanto a la alimentación, la proporción de hogares que alcanzó un consumo adecuado de alimentos protectores como son las frutas, verduras y lácteos resultó muy bajo, mientras que, la ingesta de carnes, especialmente de carnes rojas resultó excesiva, con excepción del pescado cuyo consumo fue deficiente para la mayor parte de la población.

Además, se apreció un elevado uso y consumo de alimentos ultraprocesados, así como una alta frecuencia de compra de comida lista. Finalmente, la diversidad dietética fue moderada en la mayoría de los hogares, observándose diferencias al relacionarla con la seguridad alimentaria y el nivel de educación del jefe de hogar. En este sentido, se apreció que la dieta altamente diversificada solo había sido alcanzada en hogares con seguridad alimentaria y jefe de hogar con nivel educativo alto, mientras que la baja diversidad dietética se asoció con niveles ascendentes de inseguridad alimentaria y con un nivel educativo más bajo.

Además, se pudo apreciar que los hogares con inseguridad alimentaria grave, presentaron principalmente una dieta no diversificada. Se puede concluir que las prácticas alimentarias pueden verse afectadas por la falta de acceso a los

alimentos, el contexto y el nivel de estudios del jefe del hogar, que se refleja en desigualdades sociales que atentan contra los patrones alimentarios y, por lo tanto, con el nivel de seguridad alimentaria. Frente a lo expuesto, son necesarias políticas educativas y políticas alimentarias que mejoren el acceso, ya que de esta forma se favorecerían prácticas de selección y adquisición vinculadas a la salud, priorizando una dieta diversificada con alimentos protectores y reducción de ultra procesados.

REFERENCIAS

- AGUIRRE, P. (2008). *Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres*. Universidad Nacional de La Plata. <https://unlp.edu.ar/frontend/media/72/4572/ff3f7792dddcf8ea6286301d455f1d56.pdf>
- GARCÍA, R. W. D. (2005). *A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição*. En A. M. Canesqui y R. W. D. García (Eds.), *Antropología e nutrição: um diálogo possível* (pp. 275-286). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413876>
- HAWKES C. (2006). Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and Health*, 2(4), 1-18. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-2-4>
- HERRERA CASTELLANOS, M. (2011). *Fórmula para cálculo de la muestra poblaciones finitas*. <https://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lculo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>
- OLIVEIRA LIMA-FILHO, D., QUEVEDO-SILVA, F., GOMES COELHO EWERLING, S. Y RODRIGUES DA SILVA, W. (2016). Criterios de selección y de consumo alimentarios en pequeñas ciudades de Brasil. *Invenio*, 19(37), 123-135. <https://www.redalyc.org/pdf/877/87747436008.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2020). *World Food and Agriculture – Statistical yearbook 2020*. <http://www.fao.org/3/cb1329en/CB1329EN.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2011). *La Seguridad Alimentaria: información para la toma de decisiones*. <http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>
- SALAZAR-JIMÉNEZ, J. G. y TORRES-TOVAR, C. (2018). Aspectos socioeconómicos presentes en la práctica alimentaria de niños entre 2 a 5 años en un municipio del departamento de Boyacá, Colombia. *Prospectiva*, (26), 263-290. <https://dx.doi.org/10.25100/prts.v0i26.5900>
- ZAPATA, M. E., ROVIROSA, A. y CARMUEGA, E. (2019). Urbano y rural: diferencias en la alimentación de los hogares argentinos según nivel de ingresos y área de residencia. *Salud Colectiva*, 15(e2201), 1-13. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2019.22>

LA ESTIMULACIÓN AUDITIVA EN EL ADULTO MAYOR PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA

Elisa Belén GOMEZ*

RESUMEN

El procesamiento auditivo central es la capacidad que tiene el cerebro (Sistema Nervioso Central) para procesar las señales sonoras que recibe, identificando los sonidos y analizando sus particularidades físicas, distintivas, frecuencia, intensidad y características temporales. La pérdida auditiva asociada al envejecimiento, paralelamente con el deterioro natural de las estructuras corticales y enfermedades propias de la vejez, provocan que el cerebro, órgano protagonista de escucha, realice un mayor esfuerzo para entender los sonidos que ingresan por el oído, es decir que la información sonora que llega al cerebro no es de óptima calidad o no es suficiente. La deficiencia auditiva en la vejez produce consecuencias físicas, mentales y funcionales que llevan al aislamiento, la depresión, el deterioro cognitivo y la dependencia. En este sentido, la comunicación y la capacidad para socializar se verán alteradas, por lo que el adulto mayor no sólo va perdiendo sus habilidades auditivas sino también, va perdiendo la posibilidad de poder compartir libremente en su contexto inmediato, afectando significativamente su calidad de vida. La OMS define al "Envejecimiento Saludable" como el "proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez"; dicho concepto está basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales, entendiendo a la capacidad funcional como aquella que comprende los atributos relacionados con la salud, permitiéndole a una persona interactuar con el entorno que habita (OMS, 2015). El envejecimiento saludable no implica ausencia de enfermedad, sino que es considerado como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad, ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación. En relación a ello, la pérdida auditiva relacionada con la edad es inevitable e irreversible pero la estimulación auditiva en esta etapa, es una forma de contrarrestar las dificultades en el proceso de la comunicación mejorando así la calidad de vida del adulto mayor, disminuyendo la depresión, el aislamiento social y fortaleciendo las habilidades auditivas de: detección (captar la presencia o no de sonido), discriminación (comparar dos estímulos y determinar si son iguales o diferentes), identificación/reconocimiento (identificar un sonido en un contexto de predictibilidad y reconocerlo en un contexto adverso de escucha) y comprensión (procesar la información para construir el significado de las palabras y decodificar los mensajes).

Palabras Claves: Pérdida Auditiva – Estimulación Auditiva – Calidad De Vida – Vejez.

Keywords: Hearing Loss – Auditory Stimulation – Quality Of Life – Old Age

* Docente investigadora y extensionista, integrante del PROIPRO "Estudio de la comunicación y su deterioro en adultos mayores: dimensiones de la audición, equilibrio, lenguaje, voz y fonoestomatología" ebgomez@email.unsl.edu.ar

INTRODUCCIÓN

Referirse al envejecimiento saludable no implica pensar en la ausencia de enfermedades, sino que este concepto es considerado como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad, ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación, permitiendo el bienestar en la vejez.

En este sentido, con el pasar del tiempo, todos los órganos y los diferentes sistemas del ser humano, van cambiando su estructura, y la función que desarrollan va disminuyendo su eficacia; tal es así que, el aparato auditivo en el adulto mayor, sufre cambios degenerativos que se manifiestan mediante una pérdida auditiva progresiva denominada *presbiacusia*.

La presbiacusia es considerada como un trastorno de la audición que está asociado con distintos tipos de disfunción del sistema auditivo, periférico o central; y que acompaña al envejecimiento (Abelló P, 2010).

El proceso de envejecimiento es parte del ciclo natural de la vida que genera cambios anatómicos, fisiológicos y psicosociales, los cuales son causados por diferentes factores que se pueden prevenir promocionando la salud auditiva, con el objetivo de evitar una significativa deficiencia de la audición en la vejez.

El deterioro auditivo y la pérdida de la audición ocasionada por múltiples causas en esta etapa de la vida, representan incapacidades que limitan la comunicación eficaz. Por lo tanto, la atención en salud de los adultos mayores se debe orientar al cuidado integral, para garantizar un envejecimiento saludable, productivo y activo de esta población.

Según la OMS (2015), existen diferentes maneras de promover el Envejecimiento Saludable, pero todas tendrán un objetivo único que es promover la capacidad funcional, entendiéndose a ésta como aquella que le permite a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. La capacidad funcional se compone de una capacidad intrínseca, que es la combinación de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona; y de las características del entorno, comprendiendo a todos aquellos factores del mundo

exterior que forman el contexto de vida del adulto mayor y su interacción con los mismos.

De este modo, la combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ambos, es lo que se conoce como la capacidad funcional del individuo.

DESARROLLO

El cerebro se considera el órgano protagonista de escucha, pues *escuchamos con el cerebro* todos los sonidos que ingresan por el oído.

Es decir, que el procesamiento auditivo central es la capacidad que tiene el cerebro (Sistema Nervioso Central) para procesar las señales sonoras que recibe, identificando los sonidos y analizando sus particularidades físicas, distintivas, frecuencia, intensidad y características temporales. Estas son las características que se perciben como tono, volumen y duración. Una vez que el cerebro ha finalizado el análisis de las características físicas del estímulo que recibió, construye una imagen de esa señal utilizando dichas partes componentes, para compararla con imágenes almacenadas. Si encuentra otra igual, entonces la persona comprende lo que se le dice o reconoce los sonidos que tienen significados importantes en su vida. Esta sencilla explicación es una síntesis de los complejos y multifacéticos procesos que ocurren dentro del cerebro (Bianchi M. A, 2009).

El adecuado funcionamiento del sistema nervioso auditivo central es muy importante para el reconocimiento y discriminación de los estímulos simples, como lo son los estímulos acústicos no verbales; y los complejos, como lo es el lenguaje hablado.

Es importante destacar que todo proceso auditivo se encuentra influenciado por funciones neurocognitivas tales como la memoria, la atención, el aprendizaje y el lenguaje (Bianchi M. A, 2018).

La pérdida auditiva relacionada con la edad es inevitable e irreversible y uno de los principales factores por los que no se presta atención a dicho déficit sensorial, es que en las fases tempranas una disminución auditiva no es evidenciada por el adulto mayor como así tampoco por su familia. Por otro lado, actualmente no

existen programas de atención primaria dirigidos a la detección temprana de las discapacidades sensoriales propias de las personas mayores.

Estas son unas de las razones principales por las cuales los sistemas nacionales de salud, fomentan el desarrollo de programas de promoción y prevención de enfermedades, concientizando a la población acerca del cuidado auditivo y las consecuencias que trae aparejada la presbiacusia, así como también, el establecimiento de estrategias de intervención encaminadas a programas de rehabilitación auditiva para aquellas personas que padecen este déficit sensorial (Jojoa Benavides V. M, 2017).

La deficiencia auditiva de las personas mayores conlleva a que las mismas reciban menos estímulos sonoros de los que percibía, lo cual, como consecuencia de ello, el cerebro recibe menos información y debe esforzarse aún más para compensar dicho déficit.

De aquí surge la importancia de establecer estrategias de intervención fomentadas en programas de rehabilitación auditiva que contribuyan al mejoramiento de la salud auditiva y de la capacidad de comunicación y participación social y de la calidad de vida, disminuyendo las consecuencias de aislamiento social y depresión.

En la presbiacusia como ya se mencionó, la comunicación y la capacidad para interactuar se van a ver afectadas por lo que además, se van perdiendo las habilidades auditivas propias del individuo.

Sin embargo, de acuerdo con Neira & Martínez (2014) existe evidencia de que las mencionadas habilidades pueden restablecerse de acuerdo con los conceptos de la plasticidad neuronal y que es el entrenamiento y/o estimulación lo que permite este tipo de recuperaciones.

La estimulación auditiva en la etapa de la vejez, es una forma de contrarrestar las dificultades que se ponen de manifiesto en el proceso de la comunicación y en la capacidad para socializar, fortaleciendo las habilidades auditivas de: detección (cuando la persona puede captar la presencia o no de sonido), discriminación (cuando puede comparar dos estímulos y determinar si son iguales o diferentes), identificación/reconocimiento (cuando puede identificar un sonido en un contexto de predictibilidad y reconocerlo en un contexto adverso de

escucha) y comprensión (cuando puede procesar la información para construir el significado de las palabras y decodificar los mensajes).

A modo de conclusión, las prácticas de rehabilitación que llevan a cabo los profesionales en el área de audiolgía incluyen, no sólo el proceso de adaptación de audífonos o prótesis auditivas, sino que además, involucran aquellas acciones de rehabilitación funcional que tienen como finalidad, el restablecimiento de las habilidades auditivas propias de los individuos, adaptando la función auditiva central a la detección, discriminación, identificación/reconocimiento y comprensión con el uso de dispositivos de ayuda auditiva, permitiéndole al adulto mayor interactuar con el entorno que habita.

REFERENCIAS

- ABELLÓ, P. (2010) Presbiacusia. Exploración e intervención. Barcelona, España. Editorial Elsevier.
- BIANCHI, M. A. (2009) Desórdenes de procesamiento auditivo (Central) Auditory process disorder <https://faso.org.ar/revistas/2009/2/nota13.pdf>
- BIANCHI, M. A. (2018) Desórdenes del procesamiento auditivo (Central) Una perspectiva desde la Neurociencia. Buenos Aires, Argentina. Editorial Librería Akadia.
- FURMANSKI H. M. (2005) Implantes cocleares en niños. (Re) Rehabilitación auditiva y terapia auditiva verbal. Barcelona, España. Editorial AICE Asociación de Implantados Cocleares de España
- JOJOA BENAVIDES V. M. (2017) Revisión sistemática de literatura a nivel nacional e internacional sobre programas de rehabilitación auditiva basadas en estrategias de intervención en salud para el adulto mayor con presbiacusia adaptado con audífono [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/40632>
- NEIRA, L. y MARTÍNEZ, O. (2014) Acciones Fonoaudiológicas en adultos mayores usuarios de audífonos. Areté, 14 (1), 82-93. <https://arete.iberu.edu.co/article/view/710>
- OMS (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Suiza: OMS

LOS PROFESIONALES DE SALUD Y LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

Yanina Verónica QUIROGA*, Silvia Raquel DUARTE, Norma M. VILLEGAS

RESUMEN

Los profesionales de la salud deben potencializar las capacidades, y así lograr la meta de empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades ayudando a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado. Se observa una deficiencia en el autocuidado en profesionales de la salud. Se manifiesta en ocasiones en diversa patología, siendo muy frecuente las patologías cardiovasculares y factores de riesgo asociados (Tobón Restrepo, L, 2021)

La hipertensión (HTA), por otro lado, es un padecimiento crónico que requiere de un sistema de cuidados que opere armónica, integral y de manera continua.

El autocuidado es percibido como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad, es una estrategia que responde a las metas y prioridades del equipo de salud, tomando la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad de su propia salud. (Rivera Alvarez L,2006). El objetivo principal de este estudio fue describir las conductas de autocuidado para un estilo de vida saludable, en profesionales de la salud de a Ciudad de San Luis. Material y métodos: fue un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó un n=50. El cuestionario utilizado, elaborado y validado por Martínez (2011), la primera parte, contiene los datos demográficos y consideraciones de autocuidado específicas de la HTA. La segunda parte consta de 25 ítems en relación con actividades de autocuidado, clasificados según sus dimensiones: ocio-descanso; hábitos alimentarios básicos; actividad física; hábitos nocivos y barreras percibidas. Criterios de inclusión: profesionales de salud de la provincia de San Luis entre 25 y 60 años. Los datos fueron analizados con SPSS 2022 y los Criterios de exclusión incluyeron aquellas personas que no quisieron participar. En cuanto a los resultados correspondió a un 76% de la muestra al sexo femenino. Respecto a la profesión el 52% son enfermeros, el 20% médico y el 28% a otras profesiones del equipo de salud. Por otro lado, el 70% de la muestra estudiada posee una antigüedad laboral menor a 10 años, el 16% entre 11 y 20 años y un 14% más de 20 años. Relacionado al estrés laboral el 56%de los profesionales manifestaron padecer. Asimismo, el 14% de los entrevistados están diagnosticados con HTA (hipertensión arterial). En relación a las conductas de autocuidado el estudio reveló que, el 68% posee conductas de autocuidado regulares, el 30% son malas y solo un 2% conductas categorizadas como buenas. De los hipertensos el 86% tuvo conductas de autocuidado regulares y el resto buenas. El 71 % de los encuestados con HTA presentaron IMC normal y el 29% sobrepeso y obesidad.

Se concluyó que, un alto porcentaje de los profesionales de la salud no adhieren a conductas de autocuidado en concordancia con la media nacional. Además, se consideró relevante que los diagnosticados con HTA, realicen acciones

* quirogayani12@gmail.com Facultad Ciencias de la Salud - UNSL

determinadas como regulares, dado que se conocen la importancia del autocuidado en esta temática. Es de recalcar que el mayor porcentaje (45%) son enfermeros trabajando en diferentes instituciones públicas y privadas que no desconocen sus consecuencias.

El presente trabajo también evidenció que existe un alto porcentaje de profesionales de la salud con alteraciones del peso corporal. Por otro lado, se concluyó que, la antigüedad laboral de los profesionales de la salud no mostró diferencias significativas en relación los niveles de estrés proporcionados por la labor profesional.

Palabras claves: Hipertensión Arterial – Autocuidado- Profesionales de la Salud-conductas

Keywords: Arterial Hypertension – Self-care – Health Professionals- behaviors

INTRODUCCIÓN

Esta investigación surge dentro del Proyecto de investigación consolidado ***“Modelo integral para el autocuidado en personas hipertensas y/o con factores de riesgo modificables, en adultos de 18 años a 65 años en la Ciudad de San Luis”***.

Los profesionales de la salud tienen un rol activo en el cuidado del ser humano, deben ser capaces de potencializar las capacidades, y así lograr la meta de empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades ayudando a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado (AC). Los profesionales de la salud antes deberían conocerse a sí mismos, volver su mirada sobre su propia persona para cuidarla, es decir, los cuidados ofrecidos por el cuidador inician por el cuidado de sí mismo. Respecto a lo anterior, la epistemóloga de la Enfermería, Bárbara Carper (1978) sostiene que: “El cuerpo de conocimiento que da soporte a la Enfermería se manifiesta por patrones o formas características de expresión externas e internas que dejan ver la manera como se piensa sobre un fenómeno”. Para ello, propone cuatro patrones de conocimiento: empírico, estético, ético y émico o de sí, este último es relevante para este estudio.

El autocuidado es el valor inherente a cada ser humano que es percibido como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad, es una estrategia que responde a las metas y prioridades del equipo de salud, tomando la

tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad de su propia salud. (Rivera Alvarez L,2006)

Al respecto del autocuidado, el Modelo Conceptual que propone Dorothea Orem (1993), propende tanto a la calidad del cuidado como la seguridad del Agente de autocuidado o su Agente de cuidado, este trabajo de investigación se hace desde el Paradigma Enfermero de la Integración. En el caso del Paradigma Integrador, el foco está puesto en las acciones humanas, en comprender al otro, y dar sentido a un fenómeno. Soto (2014)

Teniendo en cuenta que la hipertensión es un padecimiento crónico que requiere de un sistema de cuidados que opere armónica, integral y de manera continua, que conlleva a una serie de cambios sobre todo en el estilo de vida con el solo fin de mantener la salud conviviendo con la enfermedad. Aunque se reconocen avances en el control de la hipertensión, en general los sistemas de cuidados están más orientados a solucionar problemas episódicos y como regla operan de manera fragmentada. Las enfermedades cardiovasculares son una prioridad incuestionable para la Salud Pública. Los beneficios de tratar la hipertensión son claros, consistentes y costos efectivos. El tratamiento de la hipertensión es una estrategia apropiada para disminuir la mortalidad cardiovascular.

El propósito de este estudio es identificar las Conductas de Autocuidado (AC) de los profesionales de salud, con respecto a la HTA y reducir el riesgo cardiovascular global, en particular de enfermedades cerebrovasculares, isquémica del corazón y renal. Teniendo en cuenta que los profesionales de la salud son los encargados de activar esta serie de acciones necesarias para la detección y reducción de este riesgo, por lo que se requiere sean conscientes del cuidado de sí mismos y ejemplos de estos cambios. Por lo que surge la pregunta **¿tienen los profesionales de salud conductas de autocuidado?**

MARCO TEÓRICO

El aumento de la tecnología, la institucionalización de los cuidados en salud, la alta demanda y presión asistencial, así como la permanente exigencia de actualización técnica, ponen al profesional de la salud en una situación de alta tensión en su labor. Tensión que estará sometida, además, a la convivencia con

el sufrimiento y la vulnerabilidad de sus pacientes y familias. En este contexto es posible percibir la frustración que generan tanto en los profesionales como en sus pacientes, en consecuencia, el autocuidado puede quedar relegado, el cuidar de uno mismo para estar sano, significa estar bien, para hacer su trabajo, ayudar y cuidar de sí mismo para poder cuidar de los demás (Oltra,2013)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado es definido "la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica"

Se ha observado, a menudo, que el profesional, en su deseo de satisfacer esta demanda, puede verse sobreexigido emocionalmente frente al dolor y las expectativas de su paciente, exponiéndose al riesgo de desarrollar importantes niveles de estrés y desgaste, asociado a esta demanda de ayuda que podría redundar, además, en una deficiente calidad de atención.

Los servicios de salud, habitualmente, funcionan con la metodología de radar, capta al paciente que concurre personalmente a consultar al efector de salud y se le presta un servicio que generalmente resuelve, en mayor o menor grado, su problema de salud. (Redes 2014). Se ha observado que, las personas con patologías crónicas son atendidas de forma episódica, quedando habitualmente "fuera del radar" del sistema de salud, de manera que una vez que se va de la consulta o es dado de alta, desaparece y no recibe ningún tipo de atención de forma proactiva ni preventiva. Tampoco se plantea ningún tipo de monitorización remota, ni apoyo para la gestión de su enfermedad. Suele aparecer en el radar ante la presencia de un problema agudo o por alguna complicación de su enfermedad crónica. La mayoría de los sistemas de atención de salud no han evolucionado más allá de este enfoque conceptual.

Los pacientes con enfermedades crónicas suelen tener escasa o nula sintomatología durante muchos años. Este factor, sumado a otros, como los vinculados a las creencias familiares y las representaciones sociales de estas enfermedades, determinan que las personas con estos padecimientos se vean poco motivadas a consultar. Por este motivo los servicios de salud requieren contar con un modelo asistencial proactivo que facilite el acceso para mejorar la

adherencia. (Ministerio de Salud de la República Argentina, Programa Remediar/Redes.2014)

También se suma lo emocional, a causa de la complejidad de manejo de la enfermedad, por ejemplo, con esquemas terapéuticos muy engorrosos, con la necesidad habitual de utilizar varios fármacos para conseguir controles adecuados, como también, una lista de instrucciones sobre qué hacer, qué comer, cuáles son las complicaciones que traerá aparejada la enfermedad si no se cumple con el instructivo.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se ha descrito en estas enfermedades que, luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes dejaba de tomar la medicación. Mucho más baja aún es la adherencia a las prescripciones de cambio en el estilo de vida o cambios de conductas. (Ministerio de Salud de la República Argentina, Programa Remediar/Redes.2014)

El empoderamiento es un concepto útil directamente relacionado al de automanejo, es definido como el proceso a través del cual un individuo o un grupo gana poder y acceso a recursos para manejar su propia vida.

Los profesionales de salud no pueden empoderar a los pacientes, pero pueden usar estrategias que los ayuden a alcanzarlo (Robbins, 1998).

La HTA sea un importante problema de salud pública, según la OMS reporta que a nivel mundial 7.1 millones de personas mueren cada año debido a esta enfermedad, convirtiéndose en la enfermedad crónica más frecuente. (Ministerio de Salud de la República Argentina, Programa Remediar/Redes,2014)

Esto más allá del trabajo preventivo en salud, influye directamente en el nivel económico ya que generan un elevado gasto asistencial y farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud. Igualmente, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias (Cordente, García, Sillero y Domínguez, 2007).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y 2009 “Control de Presión Arterial en los últimos 2 años”, la prevalencia en San Luis es

de 80,5% en el año 2009 y 80,6 en el 2013. (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Estos datos reflejan que el control de tensión arterial en San Luis está por debajo de la media nacional, siendo el mismo un método sumamente económico y eficaz.

Desde hace tiempo que se nota la necesidad de promover cambios en los sistemas de cobertura (públicos o privados) que tiendan a enfrentar estos problemas de manera adecuada, para mejorar el cuidado de estas patologías y riesgos, disminuir la morbi-mortalidad de la población, mejorar su calidad y expectativa de vida, disminuir los costos de atención y aumentar la calidad percibida. (Laspiur, S, 2014).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las conductas de autocuidado para un estilo de vida saludable, en profesionales de la salud de la Ciudad de San Luis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- ✓ Identificar las características laborales de los profesionales de salud
- ✓ Determinar la presencia de factores de riesgo y/o HTA en profesionales de la salud.
- ✓ Conocer el nivel de autocuidado presente en los profesionales de la salud.
- ✓ Relacionar variables con la conducta de autocuidado presente en los profesionales de la salud.

DISEÑO METODOLÓGICO

Material y métodos: estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Población y muestra: Profesionales de Salud de la provincia de San Luis. Se utilizó un n=50.

Instrumento: cuestionario, elaborado y validado por Martínez 2011. Consta de dos partes, la primera parte contiene los datos demográficos y consideraciones de autocuidado específicas de la HTA. La segunda parte consta de 25 ítems en

relación a actividades de autocuidado, clasificados según sus dimensiones: ocio-descanso; hábitos alimentarios básicos; actividad física; hábitos nocivos y barreras percibidas. Cada una de las preguntas presenta cinco alternativas de respuesta (Escala Likert), a las cuales se les ha asignado una puntuación que van del 1 al 5 como se muestra: (1): Nunca, (2): Un día a la semana, (3): Tres Días a la semana, (4): Cinco días a la semana y (5) Siete días a la semana.

Para el cálculo de la dimensión global de las Conductas de Autocuidado, se han seguido las pautas establecidas por Martínez (2011) para obtener el resultado de la misma. Esto consiste en la sumatoria total de los puntajes obtenidos de las 25 preguntas de todas las dimensiones por cada una de las personas entrevistadas. Es así que se establece un valor diferente a cada rango de medición obteniéndose para el rango: “Bueno” una sumatoria entre 93 y 125 puntos, para el rango: “Regular” una sumatoria entre 59 y 92 puntos y para el rango “Malo” una sumatoria entre 25 y 58 puntos. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 22.

Criterios de inclusión: profesionales de salud de la provincia de San Luis entre 25 y 60 años que voluntariamente acepten responder el cuestionario.

Consideraciones éticas: se obtuvo un consentimiento informado y confidencialidad para la participación voluntaria de profesionales de la salud.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de un n= 50 profesionales de la salud que fueron entrevistados con el cuestionario seleccionado.

El 76% es de género femenino y un 24% masculino, se presentan en la siguiente tabla distribuidos de acuerdo a la profesión de cada uno.

Femenino masculino*Titulo profesional tabulación cruzada

Recuento

		Titulo profesional					Total
		Enfermero/a	medico/a	kinesiologo/a	Fonoaudiolog o/a	otro	
Femenino	femenino	19	7	4	4	4	38
masculino	masculino	7	3	0	0	2	12
Total		26	10	4	4	6	50

TABLA N° 1

A continuación, se realiza un análisis estadístico de la antigüedad laboral que presentaron los profesionales de la salud en el momento de la encuesta.

Estadísticos

Antigüedad laboral		
N	Válido	50
	Perdidos	0
Media		9,14
Mediana		6,00
Moda		2
Desviación estándar		8,490
Mínimo		1
Máximo		32

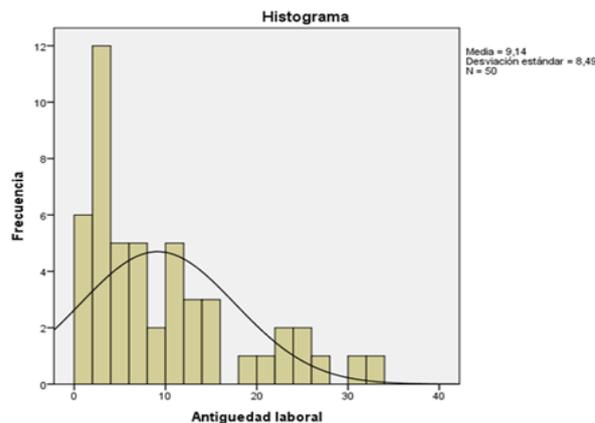
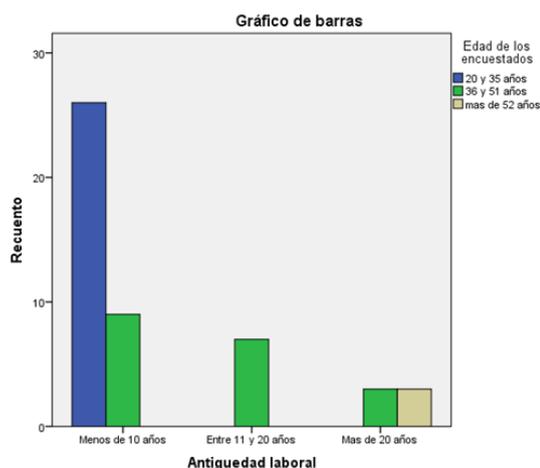


TABLA N° 2 y GRAFICO N° 1

Con respecto a la antigüedad laboral se encuentra una media de 9 años y una desviación estándar de 8 años y medio, esto quiere decir que los datos según se observa en el histograma tiene una concentración en los primeros 20 años de vida laboral. En la campana de Gauss, se puede observar que hay un sesgo positivo ya que la cola está hacia la derecha y la curvatura, en donde están la mayor parte de los datos a la izquierda, por lo que se interpreta que la muestra es relativamente joven.

En el siguiente gráfico se muestra la relación entre la antigüedad laboral y la edad de los profesionales de la salud.



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	38,977 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	35,513	4	,000
Asociación lineal por lineal	25,400	1	,000
N de casos válidos	48		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,38.

GRÁFICO N° 2 y TABLA N° 3

Este gráfico nos dice que las variables de edad y antigüedad son dependientes entre sí, ya que la prueba del Chi cuadrado nos da un P valor menor a 0,05. Se observa que la mayor parte de la muestra tiene una antigüedad laboral menor a 10 años y su edad cronológica va desde los 20 a 35 años. Los profesionales que tienen entre 36 y 51 años tienen una antigüedad solo 9 de ellos pertenece al grupo de menor a 10 años, y los otros 7 tienen una antigüedad entre 11 y 20 años.

A los encuestados se les preguntó si tenían diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial

Diagnostico de HTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	7	14,0	14,0	14,0
no	43	86,0	86,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Diagnostico de HTA*Indice de masa corporal tabulación cruzada

Recuento

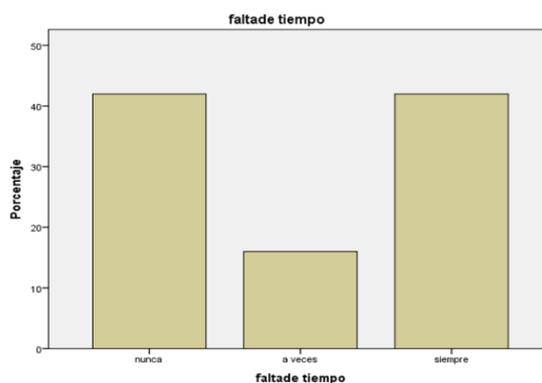
		Indice de masa corporal			Total
		Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Diagnostico de HTA	si	5	1	1	7
	no	24	13	6	43
Total		29	14	7	50

TABLA N° 4 Y N° 5

Del 100% de la muestra solo un 14% tiene HTA diagnosticada, este dato puede estar relacionado con que la muestra es relativamente joven, a su vez hay otro dato que alerta sobre la posibilidad de contraer la enfermedad, este valor es el del IMC que arrojo que el 29% de los HTA tiene sobrepeso u obesidad.

Con respecto a las Barreras observadas o percibidas para un correcto autocuidado se interpreta de acuerdo a los resultados que:

¿Cuándo se propone realizar actividades en favor de la salud, considera que le falta tiempo? ¿Cuándo se propone realizar actividades en favor de la salud, considera que le falta energía (cansancio)?



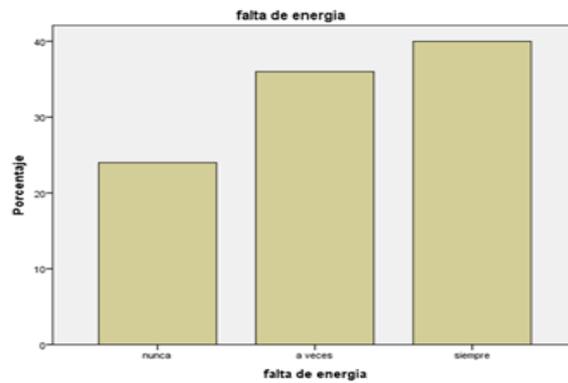
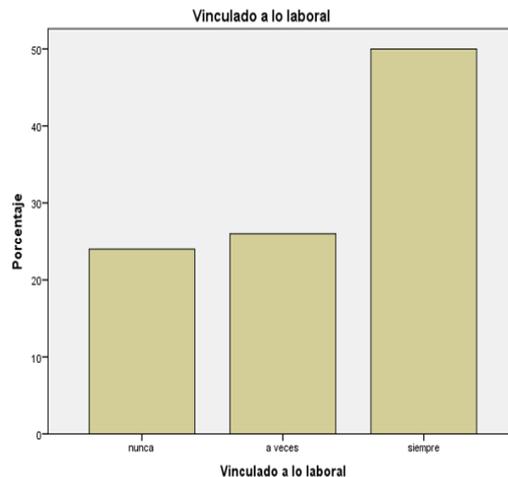


GRÁFICO N° 3 y N° 4

De una n= 50 profesionales el 42% dijo que nunca tiene tiempo para realizar actividades en favor de su salud, un 16% contestó que a veces tiene tiempo y otro 42% contestó que siempre tiene tiempo, a su vez hay una falta de energía en los profesionales de salud.

¿Cuando se propone realizar actividades en favor de la salud, considera que el estrés vinculado a su actividad profesional le impiden llevarlas a cabo? ¿Cuando se propone realizar actividades en favor de la salud, considera que sus quehaceres domésticos o familiares se lo impiden?



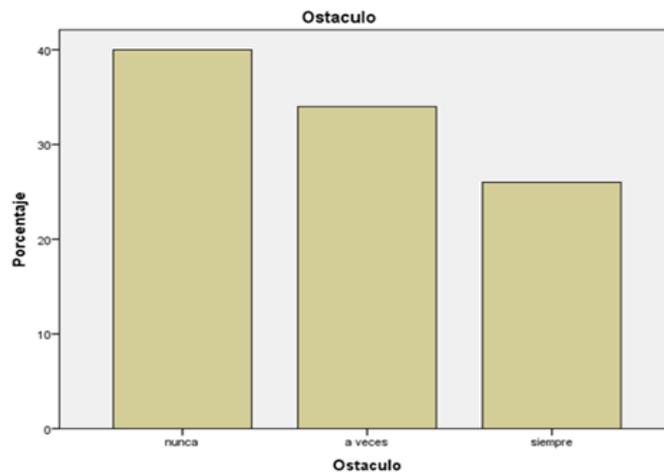


GRÁFICO N° 5: ESTRÉS y GRAFICO N° 6

En estos gráficos se observa que el estrés esta presente siempre y que eso le afecta para realizar actividad a favor de su salud, pero en contraposición no hay obstáculos como la familia o los quehaceres domésticos que lo impidan.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,632 ^a	4	,458
Razón de verosimilitud	5,417	4	,247
Asociación lineal por lineal	,596	1	,440
N de casos válidos	50		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,68.

TABLA N° 6

En esta tabla se presenta la relación entre la antigüedad laboral y el estrés, si bien la prueba del chi cuadrado, no arroja un P valor mayor a 0,05, lo que dice que no hay relación entre estas variables, en el gráfico posterior se observa que independientemente de la antigüedad siempre hay más personas manifestando estrés laboral.

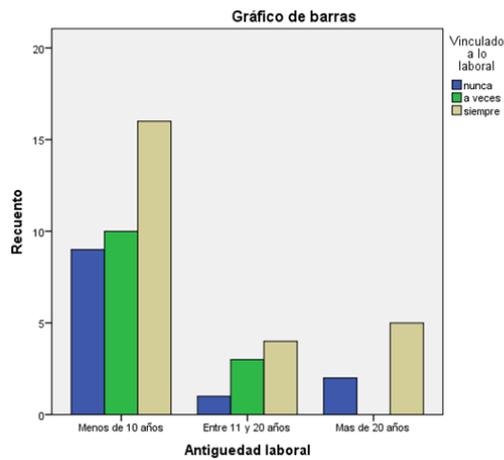


GRÁFICO N° 7

En los tres intervalos en los que se fragmentó la antigüedad laboral, hay más del 56% con estrés. En el intervalo de menos de 10 años hay un 32% de personas con estrés. En el segundo intervalo que es entre 11 y 20 años hay un 14% y el tercer intervalo, más de 20 años hay un 10% con estrés.



GRÁFICO N° 8

En el siguiente gráfico se observa que un 30% de los profesionales de la Salud tienen conductas de autocuidado MALAS y un 68% tienen conductas REGULARES. Anteriormente se había consultado sobre los profesionales de la salud que al momento de ser encuestados tuvieran HTA diagnosticada, lo que arrojó un total de 14% del total de la muestra. A continuación, se hizo un

entrecruzamiento de datos relacionando diagnósticos con los hábitos de autocuidado.

Diagnostico de HTA 'Resultado cuestionario Fantastico tabulación cruzada

Recuento

		Resultado cuestionario Fantastico			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Diagnostico de HTA	si	1	6	0	7
	no	14	28	1	43
Total		15	34	1	50

TABLA N° 7

De las 7 personas que padecen de HTA solo una no realiza conductas de autocuidado y 6 lo hacen de manera regular, el no padecer HTA puede explicar la baja adhesión a conductas de autocuidado.

Esta última tabla nos muestra que las variables HTA y Conductas de autocuidado no están relacionadas o no son independientes porque su P valor es mayor a 0,05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,208 ^a	2	,547
Razón de verosimilitud	1,460	2	,482
Asociación lineal por lineal	,621	1	,431
N de casos válidos	50		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

TABLA N° 8

CONCLUSIÓN

Se concluye que, como la Media Nacional, los profesionales de la salud no adhieren a conductas de autocuidado. Aunque tengan diagnóstico de HTA no realizan acciones de autocuidado.

Esto es comparable con la última encuesta nacional de Factores de riesgo la cual arrojó datos importantes:

Seis de cada diez adultos tienen sobrepeso en la Argentina y el 25,4 por ciento de ellos, obesidad, enfermedad que en 2013 tenía el 14,6 por ciento de este grupo poblacional. En nuestra muestra casi el 50% de la misma tiene sobrepeso y obesidad.

La presión arterial elevada entre quienes se controlaron alguna vez se mantuvo estable, en nuestro caso la población encuestada es relativamente joven y solo 7 de los 50 tiene diagnóstico de HTA esto equivale a un 14% del total de la muestra.

Que los resultados del cuestionario sobre conductas de autocuidado en los profesionales de la salud son comparable con los resultados de esta 4ta ENFR, ya que la misma arroja que mucho de los hábitos saludables como el consumo de sal y frutas, el ejercicio, el consumo de cigarrillo han aumentado provocando aún más la posibilidad de contraer enfermedades hipocinéticas.

Es importante resaltar que en esta muestra la mayoría son enfermeros, desde el punto de vista de la salud comunitaria, el cuidador profesional requiere una interacción, apoyo y educación para empoderar a la población, facilitar que el ciudadano ejerza su poder para tomar decisiones por sí mismo, a través de la autogestión, autodeterminación, autonomía y autocuidado, por lo que si ese profesional no tiene la autoconciencia de cuidarse no podrá ejercer este rol.

Hay un 45% de profesionales de la salud con alteraciones del peso. Que independientemente de la antigüedad laboral los profesionales de la salud padecen niveles de estrés relacionados a su trabajo.

REFERENCIAS

BETANCURTH LOAIZA, D. P., VÉLEZ ÁLVAREZ, C., & JURADO VARGAS, L. (2015). Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantástico por técnica Delphi. *Revista Salud Uninorte*, 31(2), 214-227.

MARTÍN, M. R., ELORZA, M. A., BÁRCENA, A. Z., ASTORKIA, A. A., GAMINDE, O. Á., LERMA, A. L., & DE PEDRO, M. I. (2016). *Autocuidado del profesional de la salud*. *Psicooncología*, 13, 17.

OLTRA S. (2013) *El autocuidado, una responsabilidad ética*. (Rev GPU 2013; 9; 1: 85-90)

TOBÓN RESTREPO, L. J. (2021). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. El Ágora USB. 21(2), 726-747. Doi: 10.21500/16578031.479

CONSUMO ALIMENTARIO EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA CIUDAD CAPITAL DE SAN LUIS.

Nora SOSA*, María Virginia BESSEGA CUADROS, María Lujan CORREA,
Mariana Virginia GÓMEZ , Barbara Mailén JUNCO MANSUR, Gabriela Inés
PAEZ, Silvana Cecilia SCATENA, Gabriela Paola TEJADA.

RESUMEN

El presente estudio se focalizó en analizar la alimentación, accesibilidad y disponibilidad alimentaria de los escolares de 6 a 12 años de la ciudad capital de San Luis. En esta etapa, los niños comienzan a salir de su hogar para integrarse al espacio escolar. Es una edad para el aprendizaje, el descubrimiento de la vida social y la adquisición de hábitos. Objetivo: analizar el consumo de alimentos en niños de 6 a 12 años y el acceso y disponibilidad de los diferentes grupos de alimentos. Se obtuvieron datos de 103 madres de niños que formaban parte de la unidad de análisis. La muestra es homogénea en sexo, iguales porcentajes para varones y mujeres estudiados. Se realizaron dos categorías de edades, de 6 a 9 y de 10 a 12 años. Los alimentos más consumidos, con porcentajes que van de un 95 a un 97%, fueron las carnes, huevos y agua. En general todos los grupos alimentarios mostraron un consumo elevado. Esto es alentador a excepción del valor obtenido en el grupo de jugos - gaseosas y dulces (entre el 60 y 75%). El desayuno es elegido en casi la totalidad de la muestra. Este dato es muy valioso, ya que esta comida resulta una oportunidad para incorporar alimentos protectores, como los lácteos, las frutas y los cereales. Sucede lo mismo con la merienda, que también fue elegida por la mayoría. Más del 50% de la población estudiada recibe ayuda social, es decir 63 familias. De las 63 familias que reciben ayuda social, más del 50% lo hace mediante asignación universal por hijo y tarjeta alimentaria en combinación, en menor medida reciben pensiones y solo una de las dos combinaciones descritas inicialmente. El 70% de los encuestados destina más de la mitad de sus ingresos a la compra de alimentos, lo que implica gastos en la canasta básica alimentaria como principal fuente de gastos familiares. Las familias encuestadas no compran en 1 solo lugar sus alimentos, lo hacen combinando lugares según disponibilidad: combinan sus compras entre kioscos, verdulerías, hipermercados, supermercados y almacenes barriales.

Palabras Clave: Escolares – Consumo – Alimentación – Disponibilidad

Keywords: Schoolchildren – Consumption- Feeding – Availability

INTRODUCCIÓN

Según las últimas encuestas Nacionales: al comparar poblaciones según su

* norasosa58@yahoo.com.ar - Facultad de Ciencias de la Salud – UNSL

edad, el patrón alimentario de niños, niñas y adolescentes (NNyA) es significativamente menos saludable que el de los adultos. Los NNyA consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería o productos de copetín y el triple de golosinas respecto de los adultos. Este peor patrón alimentario entre los NNyA obedece probablemente a múltiples causas descritas en la literatura, como un marketing dirigido a los niños, y entornos escolares obesogénicos, entre otros. Es, sin duda, un determinante que puede contribuir a explicar el crecimiento más acelerado de la epidemia de obesidad en los niños. (Ministerio de Salud Argentina, 2010). La mayor frecuencia de provisión de alimentos se observa en la escuela primaria de gestión estatal. Los datos indican que es muy baja la proporción de estudiantes que refieren la provisión diaria, por parte de las escuelas de alimentos recomendados como frutas y lácteos (21,5% frutas frescas y 30,3% yogur, postres lácteos o leches). En el caso de la provisión de agua, las recomendaciones indican ofrecerla diariamente y en todo momento, pero sólo el 56,9% de los estudiantes reportaron que la escuela la ofrece siempre. Como contrapartida, es alta la proporción de estudiantes (mayor al 70%) que menciona la provisión de alimentos no recomendados por su elevado contenido de nutrientes críticos (como facturas, productos de pastelería, galletitas dulces y cereales con azúcar). Incluso 1 de cada 4 estudiantes refirió que la escuela provee bebidas azucaradas. Por su parte, es elevada la proporción de los estudiantes (78,1%) que mencionan que la escuela posee kiosco o buffet. (Ministerio de Salud Argentina, 2010).

Alimentación de los niños en edad escolar

El crecimiento entre los 6 y 12 años de edad es lento pero constante, acompañado de un incremento también continuado de la ingesta alimentaria. Los niños pasan en la escuela la mayor parte del día y comienzan a formar grupos y participar en actividades deportivas organizadas y programas de tiempo libre. La influencia de los iguales y de adultos como profesores, tutores o ídolos deportivos influye considerablemente.

Los niños en edad escolar suelen comer refrigerios entre horas, fundamentalmente por la tarde. Cuando el niño crece y dispone de dinero para

gastar, tiende a consumir entre horas más alimentos, que consigue en máquinas dispensadoras, buffets de comidas y almacenes en el barrio. (Torresani, 2005)

Necesidades nutricionales

Dado que los niños se encuentran en una etapa de desarrollo y crecimiento de huesos, dientes, músculos y sangre, necesitan más alimentos nutritivos en relación con su tamaño que los adultos. Pueden correr riesgo de malnutrición cuando tienen poco apetito durante un largo período, comen un número limitado de alimentos o empobrecen su dieta considerablemente con alimentos poco nutritivos.

Vitaminas y minerales: Las vitaminas y los minerales son necesarios para el normal crecimiento y desarrollo. Una ingesta insuficiente puede dar lugar a crecimiento deficiente y a enfermedades.

Hierro: el periodo de 1 a 3 años es el más crítico para sufrir deficiencias. Hay un rápido aumento de la masa sanguínea y de la concentración de hierro. Por ello los alimentos deben ser ricos en hierro, pero en una forma susceptible de ser absorbida por parte del intestino. Se recomienda una ingesta de 7 mg/día entre 1 y 3 años, entre 4 y 8 años 10 mg/día y entre 9 y 13 años, 8 mg/día. Estas variaciones en las recomendaciones se producen por la distinta velocidad de crecimiento de los niños.

Calcio: es necesaria una adecuada mineralización para que el crecimiento óseo sea óptimo. Las necesidades están marcadas por la absorción individual y por la concentración de vitamina D y fósforo que condicionarán su absorción. La leche es el alimento que constituye la principal fuente de calcio, por ello se convierte en un alimento imprescindible, su limitación o exclusión de la dieta puede comportar riesgos importantes. Se recomienda una ingesta de 700 mg/día para niños entre 1 y 3 años, 1000 mg/día para niños entre 4 y 8 años y 1300 mg/día para niños entre 9 y 13 años.

Zinc: es esencial para el crecimiento. Su deficiencia produce falta de crecimiento, disminución del apetito, etc. De nuevo, los requerimientos varían con la edad, así para niños con edades entre 1 y 3 años se recomienda una ingesta de zinc de 3 mg/día, entre 4 y 8 años de 5mg/día y entre 9 y 13 años 8 mg/día. La mejor

fuente son las carnes y los pescados. En poblaciones marginales, y en situaciones sociales en las que priman las dietas según los caprichos infantiles, se han detectados deficiencias. Cuando se sospeche de una situación de deficiencia, se debe comprobar mediante la analítica adecuada y, si es necesario, utilizar suplementos farmacológicos. (Longo, 2010)

OBJETIVO

Analizar la alimentación, accesibilidad y disponibilidad alimentaria de los escolares de 6 a 12 años de la ciudad capital de san luis

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo Cuanti-Cualitativo. Transversal. Universo: Todos los niños de 6 a 12 años de la Ciudad de San Luis Capital. Población: Todos los niños de 6 a 12 años que asistan a escuelas públicas de la Ciudad de San Luis Capital. Muestra: Todos los niños de 6 a 12 años que asistieron a escuelas públicas, seleccionadas aleatoriamente según puntos cardinales, de la Ciudad de San Luis Capital. Para cada escuela seleccionada se pidió el número total de niños de esa edad y se aplicó la siguiente fórmula para calcular el N de encuestas a realizar en cada una: $N = 103$

INSTRUMENTOS

Todos los instrumentos se diseñaron en el marco del proyecto de investigación, según cronograma. Los mismos fueron: - Encuesta de frecuencia alimentaria a los niños de 6 a 12 años para conocer la ingesta de alimentos diaria, planillas de observación y registro de alimentos disponibles en comercios zonales, encuesta sobre accesibilidad alimentaria familiar, adaptada de Proico 100916.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La encuesta alimentaria se realizó teniendo patrones de referencia para calcular las medidas de los alimentos y las cantidades. Se analizó la información cualitativa a la cuantitativa, para el cargado de los datos. Se cargaron los datos en una planilla de base de datos elaborada en el programa SARA y luego se

importó a una planilla Excel versión 2010 para su manejo estadístico. Los datos se presentan en gráficos de círculos, barras y tablas de doble entrada. Las planillas de accesibilidad y disponibilidad de alimentos tuvieron un análisis de datos manual y una presentación de datos mediante programa Microsoft Excel versión 2010. Finalmente los datos de relación, asociación y descripción fueron analizados en el programa INFOSTAT.

RESULTADOS

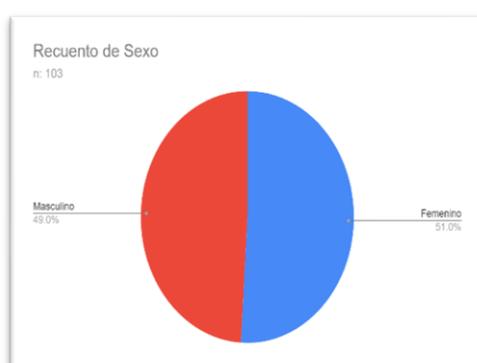


Figura. 1 Encuestados según sexo

La distribución de la variable sexo en la población estudiada se manifestó sin diferencias importantes. Se logró una muestra equitativa entre el sexo masculino y femenino, es por esto que los resultados obtenidos pueden atribuirse de manera indistinta a los dos géneros.

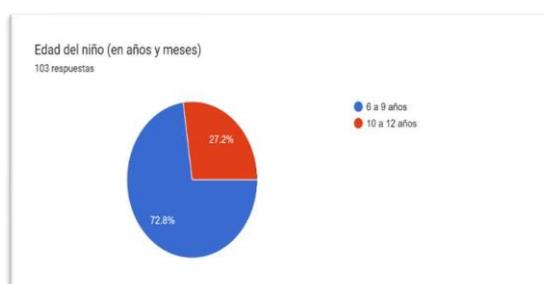


Figura 2: Edad de los encuestados

En relación a las edades de los niños en el momento de la encuesta se obtuvo mayor información de los niños cuyas edades estaban comprendidas entre los 10 y 12 años. En el presente trabajo, se realizaron dos categorías de edades, de 6 a 9 y de 10 a 12 años. Esto es interesante por dos razones: para especificar

requerimientos de micronutrientes y macronutrientes según edad y a los fines de pensar estrategias de educación alimentaria a futuro, adaptadas al momento biológico que transitan los niños (niñez - preadolescencia).

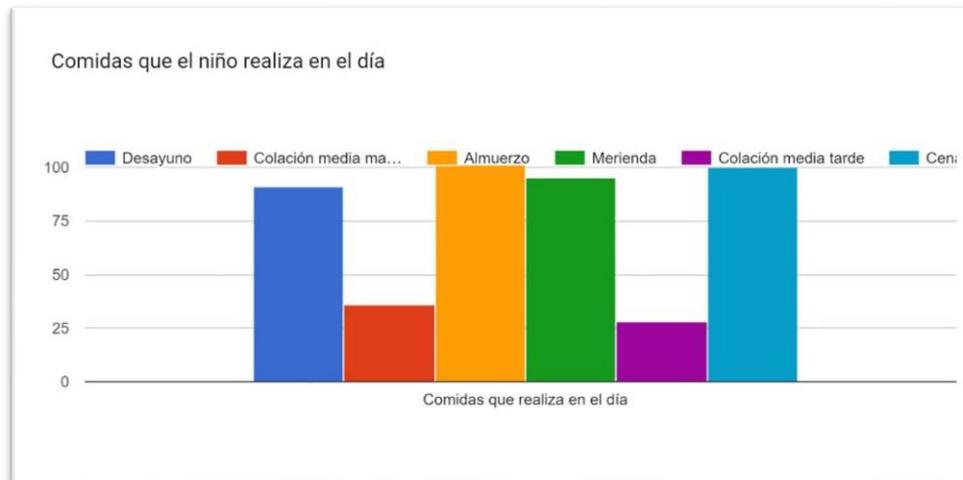


Figura 3: Comidas realizadas por día

En relación a la variable “comidas que realiza el niño en el día” (n: 103) podemos observar que: el almuerzo y la cena siempre estuvieron presentes. Dato positivo y alentador, que muestra que en esta unidad de análisis, se cubre alrededor del 70% del requerimiento calórico diario que un niño necesita. El desayuno es elegido en casi la totalidad de la muestra. Este dato es muy valioso, ya que esta comida resulta una oportunidad para incorporar alimentos protectores, como los lácteos, las frutas y los cereales. Sucede lo mismo con la merienda, que también fue elegida por la mayoría. Las colaciones tuvieron baja adherencia, alrededor del 30% de los encuestados la eligen. Este dato merece análisis de contexto. Es decir, puede resultar en una sobrealimentación o subalimentación según sean las 4 comidas principales.

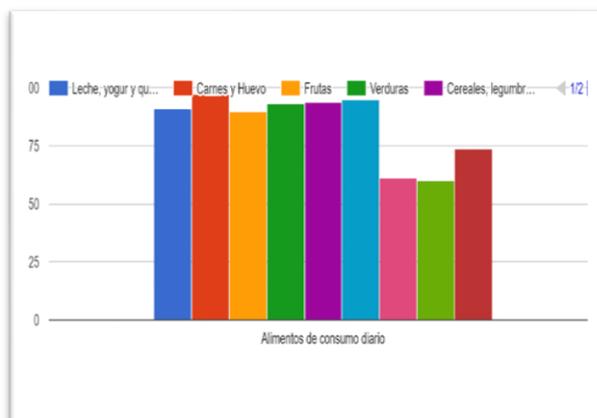


Figura 4: Alimentos seleccionados para consumo diario

Esta variable nos permite obtener información acerca de la calidad alimentaria, yendo más allá del número de comidas diarias. (n:103)

Los alimentos más consumidos, con porcentajes que van de un 95 a un 97%, fueron las carnes, huevos y agua. Este dato expresa que el aporte de hierro, proteínas de alto valor biológico, zinc y vitaminas del complejo B es bueno. Lo mismo sucede con el agua, que resulta una sustancia esencial y valiosa para el crecimiento y desarrollo del niño.

En general todos los grupos alimentarios mostraron un consumo elevado. Esto es alentador a excepción del valor obtenido en el grupo de jugos - gaseosas y dulces (entre el 60 y 75%). Este tipo de alimentos no aporta ningún tipo de nutrientes, son potencialmente adictivos, sobre estimulantes, otorgan calorías vacías y generan desinterés por alimentos nutritivos y saludables como las frutas y verduras, entre otros.

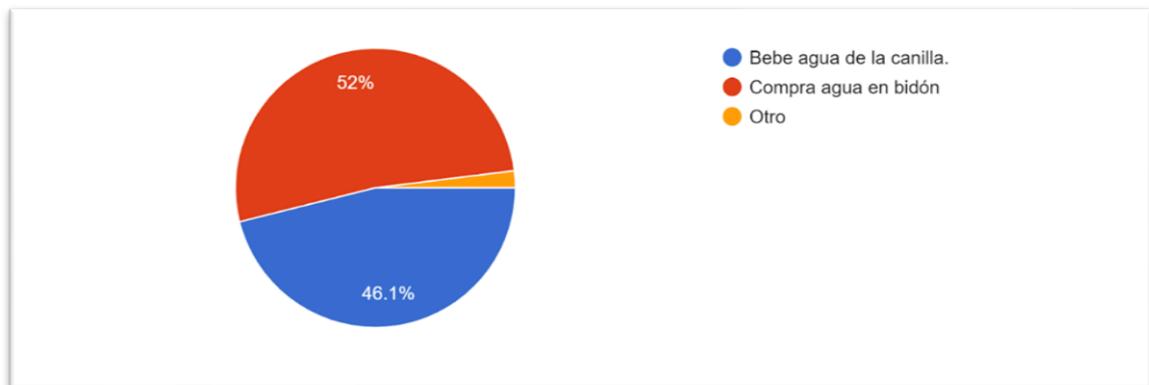


Figura 5: Consumo de agua

Es indiscutible el beneficio que el consumo de agua genera en la niñez. Asimismo, el origen de esta sustancia es una característica a atender. El agua contaminada puede vehicular microorganismos patógenos que impactan de manera peligrosa en los niños. Desde una diarrea de remisión espontánea hasta una diarrea infecciosa pueden aparecer y generar un desequilibrio nutricional leve o grave en el niño. Es por esto que la seguridad del agua es fundamental. En este caso, el resultado es atendible: casi la mitad de la muestra no consume agua segura. resulta fundamental seguir investigando, acerca de las características organolépticas del agua de la zona de estudio, para realizar acciones de prevención, en el caso de ser necesarias.

Seguridad Alimentaria

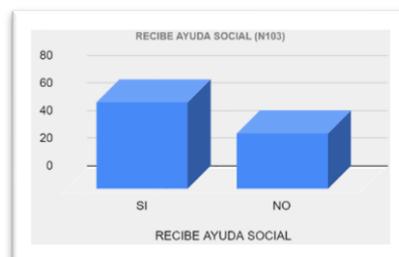


Figura 6: Accesibilidad sobre ayuda social

Más del 50% de la población estudiada recibe ayuda social, es decir 63 familias.

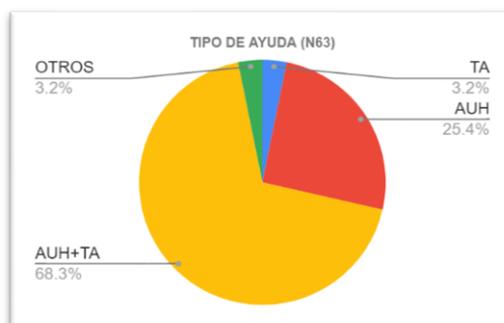


Figura 7: Tipos de ayuda social recibida

De las 63 familias que reciben ayuda social, más del 50% lo hace mediante asignación universal por hijo y tarjeta alimentaria en combinación, en menor medida reciben pensiones y solo una de las dos combinaciones descritas inicialmente.

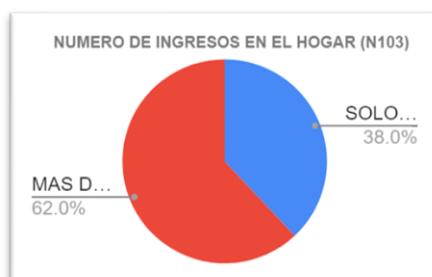


Figura 8: Cantidad de ingresos en el hogar

Más de la mitad de la población encuestada vive con 1 ingreso en el hogar, o con 1 ingreso y alguna ayuda social. Solo el 38% de las familias encuestadas percibe solo 1 ingreso en el hogar.

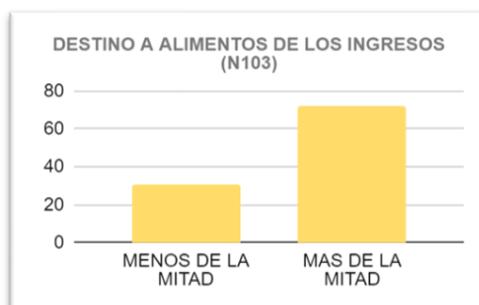


Figura 9: Ingresos destinado a consumo de alimentos en el hogar

El 70% de los encuestados destina más de la mitad de sus ingresos a la compra de alimentos, lo que implica gastos en la canasta básica alimentaria como principal fuente de gastos familiares.

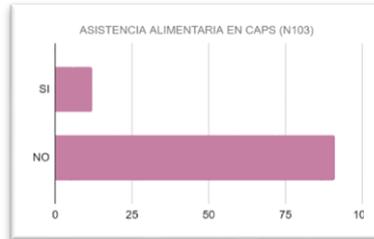


Figura 10: Asistencia Alimentaria en CAPS

Casi la totalidad de las familias de la muestra reciben ayuda por parte de los CAPS y Hospitales de Día de sus zonas aledañas, lo que consiste en cajas de leche fortificada con vitaminas y Fe.

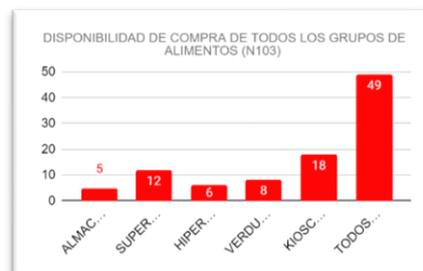


Figura 11: Disponibilidad sobre compra de grupos de alimentos

Las familias encuestadas no compran en 1 solo lugar sus alimentos, lo hacen combinando lugares según disponibilidad: combinan sus compras entre kioscos, verdulerías, hipermercados, supermercados y almacenes barriales.

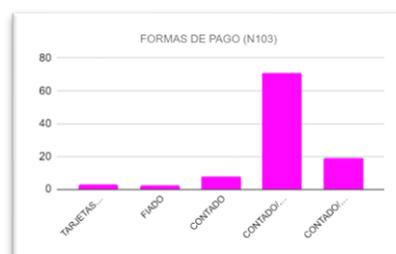


Figura 12: Formas de pago al momento de la compra

La forma de pago mayormente elegida por las familias encuestadas es: contado y contado/débito, en menor medida eligen pagar con tarjeta o pedir fiado.

REFERENCIAS

TORRESANI, M. E. (2005). Cuidado Nutricional Pediátrico. Buenos Aires: EUDEBA.

Organización Mundial de la Salud, (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Ginebra.

LONGO, L. E. (2010). Guías Alimentarias para la Población Infantil. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

UNICEF-OMS. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia.

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Ministerio de Salud de la Nación. (2010)

ESTADO NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LOS HÁBITOS DE VIDA EN ADOLESCENTES, DE LA ESCUELA JUAN PASCUAL PRINGLES, EN EL MES DE MAYO DEL AÑO 2017 EN LA CIUDAD DE SAN LUIS.

Romina Analía CEJAS*, Mariana Virginia GÓMEZ, María Fabiana PIRAN ARCE

RESUMEN

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, dura aproximadamente de los once o doce años hasta los diecinueve o inicio de los veinte. Durante esta etapa se pueden evidenciar importantes cambios en el organismo, comienzan a desarrollarse las características sexuales primarias y secundarias, acompañado de un rápido incremento de peso y talla, alcanzando de esta manera el pico de masa ósea. Comprender el estado nutricional y hábitos de vida en los adolescentes tiene importancia en el cuidado de su salud; de esta manera se pueden detectar alteraciones precozmente, lo que permitiría realizar intervenciones.

Objetivo: Reconocer el Estado Nutricional y su relación con los hábitos de vida en adolescentes de la escuela Juan Pascual Pringles, durante Mayo del 2017 en la ciudad de San Luis.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, correlacional con enfoque cuantitativo. Participaron 81 adolescentes con un rango etario de 12 a 14 años, de ambos sexos, considerando criterios de inclusión (adolescentes de ambos sexos, con un rango etario de 12 a 14 años de edad, que contaran con el consentimiento firmado por el entrevistado y su tutor para participar de dicho estudio) y exclusión (adolescentes de ambos sexos, < 12 años y > 14 años de edad, que tuvieran alguna patología con régimen alimentario especial, que se encontrara ausente el día de la recolección de datos) .

Se evaluó el peso y talla, para conocer su estado nutricional y se comparó con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se aplicó una encuesta de hábitos de vida (alimentario, consumo de tabaco, alcohol y actividad física) con el objetivo de conocer si los hábitos mencionados anteriormente se relacionan con el estado nutricional de los adolescentes.

Alrededor de la mitad de los adolescentes encuestados tenían un estado nutricional normal según su IMC y talla para la edad (49,4% $n=40$). Sin embargo, aquellos adolescentes que presentaron sobrepeso/obesidad se encontraron en un porcentaje cercano (45,7% $n=37$).

Con respecto a sus hábitos alimentarios, la mayoría de los varones (70,3 % $n=31$) consumían insuficientes calorías diarias, el promedio de consumo fue de

* Romi_1521@hotmail.com - Departamento Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud – UNSL

2555,5 kcal, en relación a las adolescentes, que casi la mitad (45,9 % $n= 17$) consumían insuficiente energía; con una media de consumo de 2313 Kcal. Un porcentaje muy bajo de ellos llegaba a cubrir con las recomendaciones de las Recomendaciones diarias alimentarias 2011 (RDA'2011) de calorías y macronutrientes.

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, el 90,1% ($n= 73$) indicaron que no consumían alcohol, mientras que el 9,9 % ($n=8$) sí. Con respecto al tabaco, solo el 2,5 % refirieron consumirlo. Por último, el 85,2 % ($n= 69$) de ellos, indicaron realizar actividad física extraescolar, mientras que el 14,8 % ($n=12$) no.

Como conclusión se observó que el estado nutricional no se relaciona en su totalidad con los hábitos estudiados. Entre el IMC del adolescente y consumo de macronutrientes, micronutrientes, tabaco, alcohol y la realización de actividad física no hubo correlación, solo se encontró una correlación significativa y positiva entre IMC del adolescente y el consumo de calorías.

Palabras Claves: Estado Nutricional, Adolescencia, Hábitos De Vida, IMC.

Keywords: Nutritional Status, Adolescence, Life Habits, BMI.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, dura aproximadamente de los once o doce años hasta los diecinueve o inicio de los veinte. Durante esta etapa se pueden evidenciar importantes cambios en el organismo, comienzan a desarrollarse las características sexuales primarias y secundarias, acompañado de un rápido incremento de peso y talla, alcanzando de esta manera el pico de masa ósea (Papalia et al., 2004).

Desde un abordaje integral, se considera que la salud del adolescente comprende tanto el bienestar físico como el mental, social, y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y con el desarrollo de su máxima potencialidad (Hernández, 1993). En esta etapa de la vida, los hábitos de vida saludables como la alimentación, la actividad física y la vinculación con sus pares, contribuyen a un adecuado crecimiento y desarrollo.

El estado nutricional de toda persona está determinado por el consumo de alimentos y por factores culturales, familiares, sociales, religiosos y psicológicos;

los cuales tienen una importante influencia en la definición de la personalidad alimentaria (Macedo et al., 2008).

Cualquier factor que altere el estado nutricional, repercute rápidamente en el crecimiento y para que éste se adecue a los parámetros de normalidad, el adolescente requiere de una nutrición adecuada; por consiguiente, si el aporte energético se reduce, se comprometen las tasas metabólicas y de crecimiento, el nivel de actividad, el rendimiento físico y la maduración sexual (Frías, 2005). Por este motivo, conocer el estado nutricional y hábitos de vida en los adolescentes tiene importancia en el cuidado de su salud; de esta manera se pueden detectar alteraciones precozmente, lo que permitiría realizar intervenciones que reduzcan las complicaciones a corto y largo plazo asociadas a la carencia como al exceso como hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Por ello se propuso realizar un estudio, con el fin de conocer el Estado Nutricional en relación a los hábitos de vida en adolescentes de la Escuela Juan Pascual Pringles de la ciudad de San Luis.

OBJETIVOS

El objetivo general del estudio fue conocer el Estado Nutricional y su relación con los hábitos de vida en adolescentes, de la Escuela Juan Pascual Pringles, durante Mayo de 2017 en la Ciudad de San Luis.

Los objetivos específicos fueron valorar el Estado Nutricional desde el punto de vista antropométrico en ambos sexos; describir los hábitos de vida (hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de alcohol, realización de actividad física) y determinar la relación entre Estado Nutricional y los hábitos de vida)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, correlacional con enfoque cuantitativo. Participaron 81 adolescentes con un rango etario de 12 a 14 años, de ambos sexos, considerando los siguientes criterios de inclusión: adolescentes de ambos sexos, con un rango etario de 12 a 14 años de edad, que contaran con el consentimiento firmado por el entrevistado y de su tutor para participar del

estudio y exclusión: adolescentes de ambos sexos, < 12 años y > 14 años de edad, que tuvieran alguna patología con régimen alimentario especial, que se encontrara ausente el día de la recolección de datos.

Se les realizó un muestreo de peso y talla, para conocer datos antropométricos, y además una encuesta de hábitos de vida (alimentario, consumo de tabaco, alcohol y actividad física) con el objetivo de conocer si los hábitos mencionados anteriormente se relacionan con el estado nutricional de los adolescentes.

Estado nutricional:

Se evaluó a partir de la medición del peso corporal y la talla alcanzada valorando mediante el IMC y T/E (talla para la edad) según Patrones de crecimiento del Ministerio de Salud de la Nación, 2016.

Para obtener el peso corporal se utilizó una balanza digital marca Omron HBF-514C, con una capacidad máxima de 150 kg.

La medición de altura total se obtuvo con un medidor de talla portátil; cinta métrica de 2,5 m de largo y 1,5 cm de ancho.

El IMC se categorizó como: > P97 obesidad, >p85 sobrepeso, > p10 indica normo peso, en riesgo entre p3 y p10 y por último desnutrición <p3.

Hábitos de vida:

Hábitos alimentarios:

Consumo de macronutrientes y micronutrientes según recomendaciones nacionales 2011 y Guías Alimentarias para la Población Argentina 2015:

Para evaluar el hábito alimentario en los adolescentes se seleccionaron y analizaron recomendaciones nacionales (RDA´2011) y las Guías Alimentarias para la Población Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Para la recolección de los datos se aplicó la técnica de frecuencia de consumo alimentario, cuestionario diseñado para este estudio, donde evaluó la frecuencia de consumo de alimentos para estudiar macro y micronutrientes (carbohidratos, grasas, proteínas, hierro, calcio y zinc).

El cuestionario fue autoadministrado con el apoyo y guía de profesionales entrenados presentando, modelos de alimentos y tamaño de porciones caseras

a los entrevistados a fin de que puedan responder adecuada mente acerca del tamaño de las porciones consumidas. El encuestado debió recordar y describir el tipo y cantidad de todos los alimentos, incluidas las bebidas que consumía por día.

Realización de actividad física, consumo de cigarrillo y de bebidas alcohólicas:

Para identificar si el adolescente consumía cigarrillos o bebidas alcohólicas y/o realizaba actividad física, tipo y duración se realizó una encuesta estructurada, que consistía en un cuestionario elaborado para tal fin. Dicho cuestionario contenía un listado de ejemplos de actividad física, donde ellos debían indicar si la realizaban. En el caso de realizarla debían resaltar cual o cuales con su tiempo de duración.

Se definió adolescente activo según la recomendación de la OMS 2010, para niños y adolescentes de practicar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa.

RESULTADO

Valoración del Estado Nutricional de los adolescentes desde el punto de vista antropométrico:

De los 81 adolescentes valorados antropométricamente, más de la mitad (56,8% $n = 46$) presentaron una talla normal para la edad y un porcentaje mínimo 3,7 % ($n = 3$) una talla baja para la edad. La talla media resultó de 1,6 metros al igual que la moda, con una desviación estándar (DS) de 0,071. Con respecto al peso para la edad, la mitad (49,4 % $n = 40$) tenían un peso normal, y el 18,5 % ($n=15$) un elevado peso para la edad.

La media de peso para la edad fue de 54,9 kg, y la moda 50 kg con un DS de 12,1. Por último, según el IMC evaluado, el 55,6 % (45) presentaron normo peso, y el 21 % (11) obesidad; la \square de IMC para la edad fue de 21,6 y la moda: 21,2 con un DS de 3,7. Aquellos adolescentes que presentaron talla baja / talla baja severa, bajo peso y desnutrición, representaron un porcentaje bajo del total; siendo el 3,7 % (3) y el 1,2 % (1) respectivamente.

Indicador	Clasificación	Patrones de Referencia OMS (2009) Percentiles	FA N°	FR %	Media	Moda	DS
T/E	Talla MA	p 97	8	9,9	1,6	1,6	(0,071)
	Talla A	p 85 - 97	24	29,6			
	Normal	p 15 – 85	46	56,8			
	Talla B	p 3 – 15	3	3,7			
	Talla BS	p 3	0	0			
P/E	Alto P	p 97	15	18,5	54,9	50 ^a	(12,1)
	Sobrepeso	p 75 – 97	23	28,4			
	Normo P	p 10 – 85	40	49,4			
	Bajo P	p 3 – 10	3	3,7			
	Desnutrición	p 3	0	0			
IMC	Obesidad	p 97	17	21	21,6	21,2	(3,7)
	Sobrepeso	p 85 – 97	15	18,5			
	Normo P	p 10 – 85	45	55,6			
	Riesgo	p 3 – 10	3	3,7			
	Desnutrición	p 3	1	1,2			

Tabla N°1: "Estado Nutricional de 81 adolescentes de la Escuela Juan Pascual Pringles"

FA: frecuencia absoluta- FR: frecuencia relativa- DS: desvío estándar - Mín: mínimo- Máx: Máximo - T/E: talla para la edad- P/E: peso para la edad- IMC: índice de masa corporal- MA: muy alta- A: alta- B: baja- BS: baja severa- P: peso.

Consumo de energía y macronutrientes:

Grasa	100	(95 - 105)	2,3 (1)	11,4	86,4	76,3	81	(17,7)
m	83,3	(79,1 -	2,7 (1)	(5)	(38)	67,9	61	(12,2)
(g/d)		87,5)		18,9	78,4			
f				(7)	(29)			

Tabla N°2: "Consumo de energía y macronutrientes según sexo en 81 adolescentes, de la Escuela Juan Pascual Pringles.

m: masculino - f: femenino- CE: consumo excesivo - C S: consumo suficiente- C I: insuficiente- Ca: calcio Fe: hierro- Zn: zinc- DS: desvío estándar- Mín.: mínimo- Máx.: máximo.

Consumo de alimentos:

Al separar los alimentos por grupos teniendo en cuenta las Guías Alimentarias para la población argentina 2015 se pudo observar que del grupo "lácteos" la leche era el alimento más consumido (casi siempre y siempre: 49,9 % $n = 40$) y el yogurt el alimento menos consumido (casi siempre/siempre: 14,8 % $n = 12$). Del grupo de "carne y huevo" el alimento que más consumían era la carne de vaca (casi siempre/siempre: 51,9 % $n = 42$) y el alimento menos consumido el "pescado" (casi siempre/siempre: 3,7 % $n = 3$). Del grupo de las "frutas y verduras", las frutas eran las más consumidas por los adolescentes (casi siempre/siempre 42 % $n = 34$). En el grupo de "panes, cereales, legumbres y derivados", el alimento más consumido era el pan (casi siempre/siempre: 70,4 % $n = 54$) y el menos consumido las legumbres (casi siempre/siempre: 1,2 % $n = 1$). Del grupo de las "grasas", el alimento más consumido fue el aceite (casi siempre/siempre: 79 % $n = 64$) y las menos consumidas los frutos secos (casi siempre/siempre: 63 % $n = 51$). Del grupo de los "dulces, productos snack, gaseosas y jugos", el alimento más consumido por los adolescentes eran las gaseosas/jugos (casi siempre/siempre: 61,8 % $n = 50$) siendo los menos consumidos los productos snacks (casi siempre/siempre: 38,3 % $n = 31$). Por último, más de la mitad de los encuestados consumía agua (casi siempre/siempre: 61,7 % $n = 50$).

Consumo de alcohol y tabaco:

El 90,1% ($n=73$) indicaron que no consumían alcohol, mientras que el 9,9 % ($n=8$) sí. Con respecto al tabaco, solo el 2,5 % refirieron consumir.

Realización de actividad física:

La mayoría de los encuestados (85,2 % $n=69$) realizaba actividad física extra escolar, mientras que el 14,8 % ($n=12$) no.

Relación entre el estado nutricional y consumo de macronutrientes:

Aquellos adolescentes que consumían de manera “insuficiente hidratos de carbono” ($n=17$) y “grasas” ($n=27$), y los que consumen de manera “excesiva las proteínas” ($n=30$) tenían un estado nutricional normal.

Según el análisis estadístico de χ^2 existe independencia entre las variables “IMC y consumo de hidratos de carbono”, “IMC y consumo de proteínas” e “IMC y consumo de grasas”. No se encontró correlación entre las mismas ($p>0,05$) con un nivel de confianza del 95%.

Consumo de tabaco, consumo de cigarrillo, realización de actividad física y análisis del Estado Nutricional:

Los adolescentes que “no fumaban” tenían un estado nutricional normal ($n=38$) y obesidad/sobrepeso ($n=37$). Con respecto al “consumo de alcohol”, aquellos que no bebían tenían un estado nutricional normal ($n=36$) y también un número cercano presentó obesidad / sobrepeso ($n=33$). Por último, aquellos que eran “activos” también se encontraban en un estado nutricional normal ($n=34$) y con obesidad/sobrepeso ($n=31$).

Según el análisis estadístico de χ^2 existe una independencia entre las variables “IMC y consumo de tabaco”, “IMC y consumo de alcohol” e “IMC y realización de actividad física”, activo-pasivo ($p>0,05$). Tampoco se encontró correlación entre las mismas ($p>0,05$) con un nivel de confianza del 95%. Para finalizar, según el análisis estadístico χ^2 existe una dependencia y correlación entre las variables “IMC del adolescente y su consumo de calorías” ($p=0,008$).

CONCLUSIONES

Del total de adolescentes encuestados, 37 eran mujeres y 44 varones, con una edad promedio de 13 años de edad.

Casi la mitad del total de los adolescentes encuestados N°41 (49,4%) presentaron un estado nutricional normal según su IMC y talla para la edad, si bien aquellos adolescentes que presentaron sobrepeso/obesidad se encontraron en un porcentaje cercano (45,7 %).

Con respecto a los hábitos alimentarios la mayoría de los adolescentes el 86,4 % realizaban su comida en su casa, el 63 % es decir más de la mitad lo hacían siempre acompañados. La mayoría de adolescentes expresaron usar aparatos de medio de comunicación durante las comidas; el 45,7 % usa celular siempre mientras comen, el 39,5 % miran televisión siempre y solo el 13,6 % usan computadora siempre cuando comen. Estos comportamientos pueden afectar el acto de comer del adolescente como así también las relaciones sociales intrafamiliares generadas durante las comidas principales.

En cuanto a los alimentos la mayoría de los adolescentes preferían los lácteos, sin embargo, el aporte de calcio resultó insuficiente. La mayoría de ellos no consumían alimentos que facilitan la absorción de este mineral por ende no alcanzaban con las recomendaciones de las RDA's 2011 y de las Guías Alimentarias para la población Argentina 2015. En relación a la preferencia de huevo, carne de vaca, y pollo, un alto porcentaje los elegían, y un bajo porcentaje preferían el pescado, pero la carne más consumida es la vacuna, de 5 a 7 días a la semana. En ambos sexos, el aporte de hierro y zinc fue excesivo en relación con las recomendaciones de las RDA's 2011. Si bien el aporte aumentado de estos micronutrientes no perjudica el estado nutricional del adolescente ya que son esenciales para su crecimiento y desarrollo. Las frutas eran las más aceptadas que las verduras, pero su consumo no cumplía con las raciones recomendadas por las Guías Alimentarias, tampoco eran consumidas de manera -habitual.

Los cereales y derivados, pan, productos snacks, dulces, agua y gaseosas / jugos, son alimentos que les gustaban y consumidos de forma habitual, en comparación con los productos snacks, que eran consumidos de manera

ocasional. Por último las frutas secas y las legumbres eran los alimentos de menor consumo en esta población.

Con respecto al consumo de tabaco la mayoría no fumaba, al igual que el consumo de alcohol.

La mayoría de los adolescentes (82,7%) realizaban actividad extra escolar.

Solo el 21,8 % realizaba entre 60 – 80 min cada vez que practica algún tipo de actividad física, lo que corresponde con el tiempo establecido como saludable por la OMS (2010), pero no cumplían con los días recomendados, ya que la OMS establece realizar actividad física todos los días. Como conclusión final de este trabajo se pudo observar que el estado nutricional no se relaciona en su totalidad con todos los hábitos estudiados. Entre el IMC del adolescente y consumo de macronutrientes, micronutrientes, tabaco, alcohol y la realización de actividad física no hubo correlación. Si se encontró una correlación significativa y positiva entre IMC del adolescente y el consumo de calorías.

En función a los resultados obtenidos mediante pruebas estadísticas se obtuvo correlación entre el consumo de calorías de los adolescentes y su estado nutricional, es decir que, a mayor consumo de calorías, mayor IMC.

REFERENCIAS

- ALIÑO, S.; LÓPEZ ESQUIROL JR.; NAVARRO FERNÁNDEZ R. (2006). *Adolescencia: aspectos generales y atención a la salud*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 22 Nº 21. La Habana.
- ANDERSON, PV.; KERR, BJ.; WEBER, TE.; ZIEMER, CJ.; SHURSON.; GC. (2012) *“Manual director de actividad física y salud de la republica argentina”*.
- Aspe, V., López A. (1999). *Hacia un desarrollo humano: valores, actitudes y hábitos*. México: Limusa.
- CARVAJAL, A. (2013). *Manual de nutrición y dietética*. Universidad de Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.ucm.es/nutricioncarvajal/manual-de-nutricion>.
- CERVERA, P.; CLAPES J.; RIGOLFAS R. (1999). *Alimentación y Dietoterapia*. McGraw-Hill- Interamericana de España.

CRUZ CRUZ J. (1991). *Alimentación y cultura*. Antropología de la conducta alimentaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. Pamplona.

Encuesta nacional de factores de riesgo 2009, 2013. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encue.

FERNÁNDEZ, A.; SOSA, P.; SETTON, D.; DESANTADINA, V.; FABEIRO, M.; MARTINEZ, M.I.; HERNÁNDEZ, J. (2011). *Calcio y nutrición* [Internet]. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/calcio.pdf>.

FRÍAS, D. (2005). *Alteraciones del estado nutricional en adolescentes de Marapa*. Revista de la facultad de medicina. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/revistafacultad/vol_6_suplemento_n_1_2005/revistapag22-27.pdf.

GARCÍA, M.; WARNBERG, B.G.; RUIZ, J.R.; ORTEGA, F.B.; ROMEO, J.; GONZALEZ GROSS, M.; MORENO, L.A. (2003-2006). *Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes)*. España. Disponible en:

<http://deporteparatodos.com/imagenes/documentacion/ficheros/20070302095755estudio>.

GAVIOLI, M.; VELEZ, J.; OBIEDO, M.; CONTRERAS, L.; JOFRÉ, A.; TESTARMATA, A.; SOSA, M. (2015). *Hábitos y Prácticas en Adolescentes Escolarizados: Situación Diagnóstica*. Hospital de Día Dr. Juan G. Vivas, Loc de Juana Koslay, Provincia de San Luis. Argentina.

GIL HERNÁNDEZ, A. (2010). *Tratado de nutrición: nutrición humana en el estado de salud*. Madrid: medica panamericana DL.

HERRERO, C. (2008). *El horario infantil en la televisión: de la falta de imaginación a la irresponsabilidad de los mensajes publicitarios*.

Ley Nº 24.788. (1997). Ley Nacional de Lucha contra el alcoholismo. Argentina.

LÓPEZ, L.; SUÁREZ, M. (2002). *Fundamentos de Nutrición Normal*. Buenos Aires. El Ateneo.

ORTIZ, AS.; VÁZQUEZ, V.; MONTES, M. (2005). *La alimentación en México: enfoques y visión a futuro*.

MACEDO OJEDA, G; BERNAL OROZCO, M.; LOPEZ URIARTE, P. (2008). *Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México*. Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/16/16-5/MacedoOjeda.pdf>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Encuesta Mundial de Salud Escolar*. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000004cnt-encuesta-mundial-salud>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes*. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000005cnt-encuesta-tabaquismo>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000259cnt-a10-alimentos-consumidos-en-argentina.pdf>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Guías Alimentarias para la población Argentina*. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida/482>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013) *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes*. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad>.

MORENO, E; SERRANO, C.; GARCÍA, LT.; MADDALENO, M.; RUZANI, H. (1996) *Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de interés*. Washington.

NARRY, G. (2007). *Estado Nutricional y hábitos alimentarios en adolescentes del polimodal de la escuela Montovani de Santa Ana*. Revista de la facultad de medicina – Vol.8- N°1.

- NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO, F. (2006). *El hábito como actividad consciente automatizada*. En: psicología y salud. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- NORTON, K.; OLDS, T. (2000). *Antropométrica*. Edición en español. Rosario, Argentina: Biosystem.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2009). *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia*. Cuarto Estudio Nacional. Buenos Aires: SEDRONAR. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/index.php/capacitacion/estudiantes-de-nivel-medio>.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>.
- Organización Mundial de la Salud, (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_797/es/.
- OSORIO, J.; WEISSTAUB, N.; CASTILLO, C. (2002). *Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones*. Revista chilena de nutrición – Vol.29- N°3. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttex&tlng=n
- OSORIO, O., AMAYA, M. (2011). *La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias*. Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120733007>.
- OYHENART, E; DAHINTEN, S.L.; ALBA, J.A.; ALFARO, E.L.; BEIARANO, I.F. (2008). *Estado Nutricional Infanto Juvenil en seis provincias de Argentina: variación regional*. Revista Argentina de Antropología Biológica. Argentina. Disponible en: <http://revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/198>.
- PAPALIA, D.; OLDS, S.; FELDMAN, R. (2004). *Desarrollo Humano*. México. McGraw-Hill.

- PARRA, M; NIEVES, J. (2014). *Hábitos de vida de las/los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Cuenca*. Ecuador.
- PASCUALINI, D. (2010). “*Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una mirada integral*”. Organización Panamericana de la Salud – OPS. 1a ed. Buenos Aires.
- Programa Nacional de Salud Escolar. (2013). *Situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la República Argentina*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/229-programa-de-sanidad-escolar>.
- ROSENBLUM, G.; LEWIS, L. (1999) *Las relaciones entre la imagen corporal, el atractivo físico, y la masa corporal en la adolescencia*. Desarrollo infantil.70:50-64. Doi: 10.1111/1467-8624,00005.
- Real Academia Española. (2001).*Diccionario de la lengua española*. (22^a.ed.). Consultado en: <http://rae.es/rae.html>.
- RUZ, M. (2006). *Nutrientes críticos desde el preescolar al adolescente*. Revista chilena de pediatría, 77(4), 395-398. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000400010>.
- SARA, M. (2005). *Sistema de análisis y registro de alimentos, cálculos de la composición química de los alimentos ingeridos por una persona en 24 hs*. Dirección Nacional de salud materno infantil. Bs. As. Argentina.
- SHILS, M; SHIKE, M. (1994). *Modern nutrition in health and disease*.8va ed. New York, NY: Lea & Fabiger. En Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*. Argentina.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. (2013) *Guía para la evaluación del crecimiento Físico*. Argentina. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf.
- SOSA, N; CORREA, L; GÓMEZ, M. (2015). Apuntes de la cátedra. *Antropología y Fundamentos de la Alimentación*. San Luis. Argentina. Universidad Nacional de San Luis.

TORRESANI, M.E.; SOMOZA, M.I. (2011). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires. Argentina.

CONSUMO DIARIO DE BEBIDAS Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS DEL TURNO MAÑANA QUE ASISTEN A LA ESCUELA N°2 BERNARDINO RIVADAVIA DE LA CIUDAD DE SAN LUIS

Gabriela PÁEZ*, Natalia BALLARIO, Valeria LUCERO, Cristina Devia

RESUMEN

Los niños y niñas en la edad escolar además de estar en un período importante de crecimiento, se enfrentan a un cambio, que implica salir de casa y compartir con otros niños dentro del establecimiento educativo, en el cual el niño no solamente obtiene conocimiento intelectual, sino que también adquiere y desarrolla nuevos hábitos alimentarios. La ingesta de bebidas tanto en cantidad como calidad forma parte de los hábitos alimentarios y por lo tanto tiene consecuencias sobre el estado de salud y la calidad de vida. Objetivo general: Conocer el consumo diario de bebidas y el IMC en niños y niñas de 10 a 12 años del turno mañana de la Escuela N°2 Bernardino Rivadavia de la Ciudad de San Luis. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, fueron valorados 95 alumnos entre 10 y 12 años de edad, los alumnos respondieron una encuesta acerca de la cantidad, frecuencia y tipo de bebidas consumidas a diario y se les tomó peso y talla para evaluar su IMC. Resultados: el 100% de los niños consumía bebidas e infusiones azucaradas. Se obtuvo bajo consumo de agua y de las bebidas azucaradas las preferentes fueron las gaseosas (85,6%), las aguas saborizadas (84,2%), los jugos listos para consumo (77,9%) y los jugos para diluir (73,7%); con una frecuencia de consumo de más de 6 veces y más de 3 porciones al día. También ingerían más de 300 kcal provenientes de estas bebidas, sin embargo, todos presentaron normopeso. Los niños consumen más de 3 bebidas azucaradas en el día y además tienen una baja ingesta de agua; además de consumir más de 300 kcal provenientes de estas bebidas excediendo lo recomendado por la OMS, a pesar de esta los niños se encuentran dentro de los parámetros normales de peso al momento del estudio.

Palabras Claves: Niños, Bebidas

Keyword: Body Mass Index, Water.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay una oferta muy amplia en el mercado de bebidas con componentes nutritivos y no nutritivos que además de agua contienen otras

* licgabrielainespaez@gmail.com - Facultad de Ciencias de la Salud - UNSL

sustancias que le brindan color, sabor y en muchos casos calorías, por lo general gran parte de la población infantil selecciona alimentos y bebidas azucaradas, que van conformando así sus hábitos alimentarios diarios. En la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en 2012 en Argentina se evidenció que disminuyó el consumo diario de frutas y verduras y que hubo un aumento en el consumo diario de bebidas gaseosas azucaradas, acompañado de un aumento en la concurrencia de los locales de “comida rápida” que ofrecen alimentos y bebidas ricos en grasas, sodio y azúcares agregados; llevando así a hábitos alimentarios poco saludables. Cabe decir que todas las bebidas contribuyen a la hidratación, pero desde la calidad de la dieta, la ingesta calórica a través de las bebidas e infusiones azucaradas es un problema en lo que se refiere a la calidad de la salud, ya que el consumo de éstas puede estar vinculado con el aumento del sobrepeso, la obesidad y de enfermedades crónicas.

La edad escolar comprende desde los 6 a los 12 años de edad. Ésta comienza con el ingreso del niño a la escuela, cambiando su situación en la sociedad, así como el contenido y carácter fundamental de su actividad; lo que lleva a un cambio dentro de la situación en la familia, ya que las nuevas obligaciones crean nuevos derechos para él

Los niños y niñas de este grupo etario además de estar en un período importante de crecimiento, se enfrentan a un cambio, que implica salir de casa y compartir con más niños dentro del establecimiento educativo, en el cual el niño no solamente obtiene conocimiento intelectual, sino que se ve influenciado por nuevos hábitos alimentarios, como el consumo de alimentos calóricos y bebidas azucaradas. Sin embargo, este no es el primer contacto que se tiene con el consumo de bebidas azucaradas, ya que este inicia desde el hogar, donde se le inculcan los principales hábitos alimentarios. La alimentación y los patrones de consumo de un niño son similares al consumo que la familia tiene en el hogar, y por lo tanto estos influyen en su estado nutricional, en su salud actual y en el riesgo de enfermedades.

Crecimiento y desarrollo en la edad escolar

La etapa escolar es aquella que abarca desde los seis a los diez años de edad

en la mujer y hasta los doce en el hombre. Se la denomina fase de crecimiento latente, ya que en ella son muy estables las tasas de crecimiento somático y los cambios corporales se efectúan de manera gradual. Además, en este período se acentúa el dimorfismo sexual y las modificaciones en la composición corporal son evidentes; se almacenan recursos en preparación para el segundo brote de crecimiento y los índices de crecimiento varían significativamente.

Se trata de una etapa marcada por el aprendizaje de la vida social; disciplina escolar, horarios estrictos, esfuerzo intelectual e iniciación al deporte. A su vez, es importante destacar que al ingresar al sistema escolar formal se produce la ruptura de la dependencia familiar

Conductas alimentarias de los escolares.

A esta edad el mundo del niño se amplía y las oportunidades de comer fuera del ambiente familiar se multiplican ya que se exponen a diferentes alimentos y distintas formas de prepararlos, con distintos horarios y lugares; como así también preferir tomar sus alimentos en compañía de sus pares, ya que es una forma de socialización y recreatividad, en donde el grupo decide qué alimentos y/o bebidas se consumen y como y donde se ingieren.

Por lo general están muy influenciados por el marketing y la publicidad televisiva que es la forma más utilizada de promoción de alimentos y/o bebidas dirigidas a los niños; pero en los últimos años han surgido otros medios de comunicación como sitios web, redes sociales, inclusión de imágenes en el envase de los alimentos, anuncios desplegados en los puntos de venta, debido a que los niños son más vulnerables al poder persuasivo de los mensajes comerciales. Por lo que los niños tienden a copiar modelos no solo en cuanto a la comida, sino también en lo que respecta a las formas de diversión y al tipo de imagen corporal deseable.

Desde este contexto se han popularizados los lugares de “las comidas rápidas” que se caracterizan por tener una disponibilidad permanente de alimentos con alto valor calórico y de elevado contenido de grasas saturadas, sodio y las bebidas azucaradas, ofreciendo un servicio rápido de alimentos apoyados por fuertes campañas publicitarias.

La televisión es un medio de comunicación de masas y un instrumento que se ha convertido hoy en día en un miembro más de la familia, ya que la publicidad televisiva influye en las preferencias alimentarias, las solicitudes de compra y las pautas de consumo de los niños.

Estado Nutricional

El Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y las adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes y la evaluación del estado nutricional será, por lo tanto, la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.

Evaluación antropométrica mediante el Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC es un indicador que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud, y es útil para evaluar la nutrición y el estado de salud; se calcula con la siguiente fórmula matemática: $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$ o bien $IMC = \text{Peso} / \text{talla} / \text{talla}$

Estado Nutricional	Percentil
Bajo peso	Menor a 3
Riesgo de bajo peso	Entre 3 y 10
Normopeso	>10 y 85
Sobrepeso	Entre 85 y 97
Obesidad	Mayor a 97

Tabla N° 2: valores de referencia para el IMC
Fuente: OMS/NCHS (2007)

Hidratación

La sensación de sed es una potente señal que induce la ingesta de líquido. De hecho, controla el consumo de agua en sujetos sanos. La deshidratación celular y la disminución del volumen de líquido extracelular intervienen en la estimulación de la sed. La sensibilidad a la sed disminuye en los sujetos mayores, lo que potencia el riesgo de una ingesta hídrica insuficiente y ulterior deshidratación.

Es por lo tanto la hidratación una acción mediante el cual se restablece la pérdida de agua contenida en el organismo; teniendo como finalidad reponer los líquidos naturales que el organismo gasta al realizar cualquier actividad, brindando así al cuerpo una buena ración de líquidos perdidos o consumidos. Se considera que la forma más adecuada de hidratación es con agua ya que la misma no tiene aporte de calorías, pero sí una amplia variedad de beneficios al organismo.

Agua

El agua es el principal componente del cuerpo humano. En los niños, el contenido de agua representa 75% a los 6 meses y disminuye progresivamente alcanzando el nivel de los adultos a la pubertad. Después de los 12 años, las

diferencias de sexo aparecen y en las niñas el porcentaje de agua corporal disminuye más rápidamente que en los niños, debido al incremento de peso y finalmente debido al mayor porcentaje de grasa de las mujeres en la edad adulta. Es esencial para los procesos fisiológicos de la digestión, absorción y eliminación de desechos metabólicos no digeribles, y también para la estructura y función del aparato circulatorio, éste actúa como medio de transporte de nutrientes y de todas las sustancias corporales; teniendo acción directa en el mantenimiento de la temperatura corporal. En consecuencia, es muy importante asegurar el aporte en cantidad y calidad adecuada de agua, especialmente cuando se conoce la influencia que puede tener la hidratación sobre la salud y el bienestar de las personas, tanto en lo que se refiere a los aspectos cognitivos, el rendimiento físico, la termorregulación, la vitalidad de tegumentos (piel y mucosas) y la normal evacuación intestinal.

El aparato urinario es uno de los más dependientes del agua para su buen funcionamiento, dado que un correcto consumo de agua es fundamental para prevenir la formación de cálculos renales y evitar las infecciones urinarias. Además, actúa facilitando el trabajo del riñón al eliminar sustancias de desecho para el organismo.

En cuanto al consumo de agua en la población infantil el estudio Hidratar realizado por el CESNI (centro de estudios sobre nutrición infantil) en el año 2009, llevado a cabo en 262 niños de 0 a 17 años, revela un consumo promedio de agua diario de 1,09 L en los niños menores de 5 años, de 1,399 L en los de 6 a 12 años y de 1,719 L en los de 13 a 17 años (7).

El agua es un nutriente esencial en la dieta de los niños, quienes no siempre tienen un consumo adecuado, y a menudo no alcanzan a satisfacer las cantidades recomendadas. Por lo tanto, una adecuada hidratación permite el buen funcionamiento del organismo, ejerciendo efectos benéficos para el rendimiento físico y cognitivo en las actividades diarias de los niños.

Hidratación Saludable

La hidratación saludable es un hábito que se aprende en los primeros años de la vida, con la ayuda de la familia y en un medio ambiente favorable, teniendo

una particular importancia para la salud y la calidad de vida del individuo; es por lo tanto que la OMS recomienda un consumo de 10 vasos diarios de agua.

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina establecen una recomendación sobre la ingesta de agua basándose en datos establecidos por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y por la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN), derivando en una ingesta de líquidos de 2,5 l/día en la población adulta; y una ingesta de 1,8 l/día de agua para niños y de 1,6 l/día de agua para niñas, sin establecer un límite máximo (17).

En conclusión, todas las bebidas contribuyen a la hidratación, sin embargo, desde la calidad de la dieta, la ingesta calórica a través de las bebidas es el verdadero problema en lo que refiere a la hidratación, pero claro está que la mejor forma de hidratarse es consumiendo agua pura ya que permite incorporar una bebida que no contiene azúcar dando sensación de saciedad sin incorporar calorías, logrando alcanzar las recomendaciones de ingesta de líquidos de manera más saludable.

Perfil de consumo de bebidas en la población Argentina.

El estudio HidratAR I fue el primer estudio poblacional destinado a relevar la ingesta de bebidas e infusiones no alcohólicas de una muestra representativa de 800 personas menores de 65 años de los grandes centros urbanos del país.

A los fines del estudio, se definieron tres grupos de bebidas: 1) agua pura; 2) bebidas con sabor e infusiones sin azúcar; 3) bebidas con sabor e infusiones azucaradas. No se incluyeron dentro de la categorización de bebidas a las bebidas lácteas, sopas, licuados o jugos naturales de frutas ni las bebidas con alcohol. Por lo tanto, dicho estudio demostró que el consumo promedio de líquidos en la población argentina fue de 2050 ml/día y permitió definir cómo es la 'Jarra de Líquidos' que ingieren los argentinos, mostrando que la mitad corresponde a bebidas con sabor e infusiones azucaradas, un 29% a bebidas con sabor e infusiones sin azúcar y un 21% a agua pura.

Resultando que los adultos y mayores confirman un mayor consumo de bebidas con sabor e infusiones sin azúcar; siendo los niños y adolescentes los que presentaron un mayor consumo de bebidas e infusiones azucaradas y un menor

consumo de agua; evidenciando una preferencia de las bebidas azucaradas en el momento del almuerzo, la cena, en eventos sociales y de recreación.



Figura 1: Jarra de ingesta de líquidos
Fuente: Hidratar (2009)

A modo de conclusión final en este estudio se llegó a que la cantidad de azúcar aportado por las bebidas e infusiones azucaradas, determina que sólo a partir de los líquidos ingeridos se alcanza o se supera el límite superior de ingesta de azúcares libres recomendado por la OMS (10 % de las calorías); asociándose a una mayor ingesta energética conllevando a un mayor riesgo metabólico.

METODOLOGÍA

El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, fueron valorados 95 alumnos entre 10 y 12 años de edad, los alumnos respondieron una encuesta acerca de la cantidad, frecuencia y tipo de bebidas consumidas a diario y se les tomó peso y talla para evaluarse IMC.

La población de estudio está compuesta por los niños y niñas de 10 a 12 años que asisten en el turno mañana a la escuela N° 2 Bernardino Rivadavia de la Ciudad de San Luis.

RESULTADOS

El 100% de los niños consumía bebidas e infusiones azucaradas. Se obtuvo bajo consumo de agua y de las bebidas azucaradas las preferentes fueron las gaseosas (85,6%), las aguas saborizadas (84,2%), los jugos listos para consumo (77,9%) y los jugos para diluir (73,7%); con una frecuencia de consumo de más

de 6 veces y más de 3 porciones al día. También ingerían más de 300 kcal provenientes de estas bebidas, sin embargo, todos presentaron normopeso.

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos sobre el consumo de bebidas y su relación con el IMC en niños y niñas de 10 a 12 años que asisten a la Escuela N° 2 Bernardino Rivadavia en el turno mañana; se observó que el 100% de los escolares tiene un alto consumo de 57 bebidas azucaradas, y que el 83,2% de los encuestados manifestaron consumir más de 3 tipos de bebidas a diario entre las de preferencia se encuentran las gaseosas de tipo original, las aguas saborizadas de tipo original, los jugos listos para consumo de tipo original y los jugos en polvo o líquido para diluir de tipo original.

También se obtuvo que del total de los escolares el 90,5% consume infusiones azucaradas y el 71,6% consumo de mate cebado con el agregado de azúcar. En cuanto al consumo de agua se obtuvo una baja ingesta del mismo en el ámbito familiar pudiendo deberse a que este hábito se encuentra relegado en el seno familiar, pudiéndose observar que la misma no es incluida en las diferentes comidas principales obteniendo que la bebida preferida para consumir en el almuerzo es la gaseosa con un 30% de consumo, mientras que las bebidas elegidas para consumir en la cena los jugos en polvo o líquido para diluir de tipo original con 27,4% de consumo y las gaseosas de tipo original con un 25,3% respectivamente; pero se puede destacar que si se observa una ingesta más relevante de agua en la escuela y es en el lugar donde más consumen agua durante el día con un porcentaje de ingesta del 65,3% en los escolares, si bien este consumo es favorable, no alcanza para cubrir con las recomendaciones de ingesta de agua para la población infantil recomendadas por la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN), la cual establece una ingesta de 1,8 l/día de agua para niños y de 1,6 l/día de agua para niñas, sin establecer un límite máximo; ya que el mayor consumo de líquidos por parte de los encuestados se basan en bebidas azucaradas.

Además, se puede concluir que el 100 % de los encuestados consume 3 o más porciones de bebidas azucaradas y una frecuencia de consumo de más de 6

veces durante el día, reflejando así que el hábito de consumo de las mismas se encuentra entre los niños. Otro dato obtenido es que el total de los encuestados ingiere más de 300 Kcal provenientes del consumo de bebidas e infusiones azucaradas, pudiéndose observar que este consumo excede la ingesta recomendada de azúcares simples por la OMS. Podría relacionarse ese consumo elevado de bebidas azucaradas a que los niños se encuentran en una etapa de conformación de hábitos y por lo tanto estarían influenciados por el ambiente que los rodea; conformado este por la independencia del ámbito familiar que van adquiriendo, la mayor relación con los pares, como también la influencia que ejercen los medios de comunicación y las redes sociales sobre los niños, lo que llevaría a la explicación de la elección y preferencia hacia estas bebidas.

Por último, en relación al IMC de los encuestados se obtuvo que, todos los niños y niñas se encontraron al momento del estudio dentro de los parámetros normales de peso, pudiéndose atribuir este resultado a la etapa de desarrollo por la que atraviesan los escolares estudiados. Tanto los procesos fisiológicos propios de esta etapa de desarrollo, así como también el gasto energético que tendrían los niños y niñas debido a las diferentes actividades tanto escolares como extra escolares propias de la edad podrían encubrir o disminuir el efecto entre el consumo de bebidas azucaradas y el incremento del IMC; como así también pudiéndose deber a que solamente en este trabajo solo se tuvieron en cuenta las calorías provenientes de las bebidas azucaradas sin considerar el aporte de las calorías consumidas por los alimentos ingeridos por los alumnos durante el día. Entre las limitaciones de esta investigación se encuentra la dificultad para asegurar una posible relación causa-efecto entre el consumo de bebidas azucaradas y el IMC, ya que ambas mediciones fueron tomadas en un mismo momento. También influye en los resultados la dificultad para reconstituir el consumo de las bebidas, ya que las encuestas alimentarias dependen de la memoria del escolar y de su interés por brindar información lo más correcta y certera posible, por lo que es probable que los resultados estén influenciados por el interés de participación y/o colaboración prestada por parte de los alumnos al momento de la encuesta. También es preciso considerar que esta encuesta fue realizada en una sola estación (verano), temporada en que aumenta el consumo

de bebidas debido a las altas temperaturas, por lo que los datos encontrados seguramente son mayores a los reportados en otras épocas del año. A partir de la presente investigación se abre la posibilidad de desarrollar trabajos futuros con diseños de seguimiento que permitan evaluar un efecto causal entre el consumo de bebidas azucaradas y el IMC.

El estudio realizado y los datos obtenidos demuestran la importancia de seguir trabajando sobre la difusión, capacitación, concientización y sensibilización de las recomendaciones sobre alimentación e hidratación adecuada. Para ello, son fundamentales entornos favorables que permitan de modo individual y poblacional, educar a desde temprana edad, de cómo elegir conscientemente que tipo y cantidad de bebidas ingerir a diario, como también informar sobre sus componentes y posibles efectos sobre la salud al preferir bebidas azucaradas en reemplazo del consumo de agua; instruir acerca de los beneficios de su incorporación diaria, la ausencia de calorías y demás virtudes que presenta y priorizando su elección para así forjar hábitos saludables y contribuir a una mejor calidad de vida.

REFERENCIA

- ARANEDA, J., BUSTOS, P., CECERA, F., AMIGO, H. (2006) Ingesta de bebidas azucaradas analcohólicas bebidas azucaradas y el aumento de peso. Am J Clin Nutr.
- CARMUEGA, E. (2015) Hidratación Saludable. 1° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de estudios sobre nutrición infantil- CESNI.
- LÓPEZ, L.B, SUÁREZ, M. M. (2002). Fundamentos de alimentación normal. El ateneo; Buenos Aires.
- MARTÍNEZ RUBIO, A. (2013). Las bebidas azucaradas y la obesidad en los niños y adolescentes. Evid Ped.
- TORRESANI, M. E. (2001) Cuidado nutricional pediátrico. 1a ed. Eudeba; Buenos Aires.
- VASANTI, S. MALIK, MATTHIAS, B., SCHULZE, FRANK, B. H. (2006). Relación entre el consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso. Am J Clin Nutr.

FONOAUDIOLÓGÍA Y SALUD PÚBLICA: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Ana María GARRAZA*, Roxanna C. MARTINO, Beatriz HERNANDEZ, Alberto CABAÑEZ, Patricia OSISNALDI, María Elena FUNEZ, Mariana CONIGLIO, Gisela RUFENER, Vanina MARIN, Maira GUIÑAZU, Paola CRUCEÑO, María Cecilia CAMARGO, Verónica SALINAS.

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en el PROICO 10-04/20 Promoción y Prevención Fonoaudiológica en Centros de Salud de la Provincia de San Luis. La intención es aportar información útil destinada a fortalecer y mejorar las acciones de promoción y prevención en fonoaudiología en el primer nivel de atención: Centros de salud ubicados en el territorio provincial. La salud como componente vital del ser humano debe ser garante imprescindible de la calidad de vida, a través de acciones que conllevan: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, restauración de la salud y rehabilitación. Las políticas de salud deben poseer la capacidad de proporcionar a los ciudadanos la oportunidad de mejorar su calidad de vida; han transcurrido más de dos décadas desde la Declaración de Alma Atta, que insta a priorizar la Atención Primaria de la Salud (APS), espacio idóneo para definir, estructurar y desarrollar estrategias que favorezcan la promoción de la Salud en la comunidad. El Objetivo de la investigación es identificar los procedimientos de promoción y prevención que realizan los fonoaudiólogos en el primer nivel de atención de la salud. La población está compuesta por los Centros de Salud públicos, seleccionados, en el territorio provincial. El Instrumento de recolección de datos es una encuesta, elaborada para tal fin, aplicada a fonoaudiólogos que integran los Centros de Salud, públicos de la provincia. Se utiliza el método observacional indirecto. El estudio es de tipo exploratorio y descriptivo, ya que pretende identificar los procedimientos realizados por los profesionales fonoaudiólogos en las acciones de promoción y prevención en Centros de Salud Públicos provinciales. Los datos recabados hasta el momento otorgan resultados parciales acerca de la imposibilidad de llevar adelante el estudio en algunos de los Centros seleccionados, al no contar con profesional de Fonoaudiología en el equipo de Salud. En otras instituciones se evidencia la predisposición y eventualmente la formación para implementar acciones de Promoción y Prevención en Fonoaudiología, pero su labor se centra en la atención terapéutica, debido a la demanda. Se limita así la posibilidad de generar acciones de promoción y prevención fonoaudiológicas. La Promoción y Prevención en salud, en general y en Fonoaudiología, en particular implica una responsabilidad ética y un compromiso en la formación personal, institucional, política y colectiva para poder elaborar programas específicos destinados a la comunidad de pertenencia.

* amariagarrazach@gmail.com - Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSL

Palabras Clave: Promoción. Prevención. Salud. Fonoaudiología.

Keyword: Promotion. Prevention. Health. SpeechTherapy

El presente trabajo se enmarca en el PROICO 10-04/20 Promoción y Prevención Fonoaudiológica en Centros de Salud de la Provincia de San Luis.

La finalidad de este trabajo es aportar información útil destinada a afianzar y optimizar las acciones de promoción y prevención en fonoaudiología en el primer nivel de atención: Centros de salud ubicados en el territorio provincial.

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se implemente un ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad.

Floreal Ferrara (1994), médico sanitarista argentino, plantea que la salud es un proceso que se acerca a entender el binomio: salud- enfermedad desde una perspectiva colectiva; a su vez también plantea una discusión que puede ser interesante, oponiendo la idea de conflicto a la de equilibrio que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es decir que no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que justamente, es el bloqueo de los conflictos lo que certifica la enfermedad. En otras palabras, una sociedad que no construye su salud, que no se organiza, que no lucha por ella, está enferma. Esta idea de equilibrio con la que discute Ferrara, es la misma idea que propone el funcionalismo, donde el desvío es entendido como a-social o patológico, en síntesis, como algo ajeno.

La salud, está obviamente condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo, es un proceso histórico-social, y la enfermedad, hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo. En síntesis, la salud es un producto histórico-social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto.

La apertura, avance y desarrollo del campo profesional ha llevado a la profundización cada vez mayor de los conocimientos científicos y tecnologías de avanzada. Es así que toda actividad humana que se proponga un objetivo debe,

para lograrlo si quiera en parte, ser planificada previamente, condición esencial para esa planificación es que se disponga de conocimientos complejos y fehacientes frente a la realidad que aquella actividad se propone.

El campo de la salud y de la Fonoaudiología y su praxis se despliegan en una perspectiva dinámica. Durante el último siglo, el campo de la salud ha vivido el periodo de cambio más intenso en la historia. Se ha acelerado en los últimos años, en lo social, lo económico, lo político y en lo cultural; en la salud se reflejan y magnifican estos cambios hacia el fin de milenio. Vivimos una transición de la salud, cuya naturaleza es necesario comprender si aspiramos a anticipar los cambios y no sólo a reaccionar ante ellos. Hay que destacar, en primer lugar, la relevancia lograda por los determinantes de la salud y su peso en la promoción, prevención y atención de la enfermedad. El análisis de los factores determinantes sociales de salud y su influencia en el desarrollo humano revela que, debe ser parte de cualquier programa de desarrollo de un país. Sabemos que cualquier método para mejorar la salud debe enunciarse dentro de un contexto socioeconómico, político y se debe lograr la colaboración de los diferentes sectores sociales implicados.

Las políticas de salud deben poseer la capacidad de proporcionar a los ciudadanos la oportunidad de mejorar su salud; a pesar que han transcurrido décadas desde la Declaración de Alma Atta, prevalece la aceptación internacional que la Atención Primaria de la Salud (APS), es el espacio idóneo para definir, estructurar y desarrollar estrategias que contribuyan a promover Salud en la comunidad. Esta estrategia es, no sólo la posibilidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción y prevención de la enfermedad entre todos los niveles y sectores implicados, sino una demanda de nuestra realidad. La sociedad da un alto valor a la salud y demanda una respuesta conjunta y constante en el tiempo. La reorientación hacia la promoción y prevención en el campo de la salud es un requerimiento permanente desde estructuras supranacionales y organismos internacionales.

En el devenir histórico de las concepciones y prácticas en Occidente, es dable pensar en un transcurrir temporal que va desde el primer paradigma de la salud pública o tradicional (década de 1920), cuyo sostén es la medicina (epidemias y

enfermedades infecciosas) al segundo enfoque que se da con la incorporación de la sociología y la antropología al campo de la salud (segunda mitad de la década de 1960), paradigma de la salud colectiva. Y a comienzos del siglo actual emerge el tercer paradigma, el de la salud comunitaria, que incorpora a la psicología, concibiendo a la salud de los seres humanos desde la subjetividad y el comportamiento.

La historia de las Ciencias de la salud, sus concepciones y prácticas, se estructura desde lo individual - restrictivo hacia los enfoques sociales de la ciencia que convergen en el campo de la salud.

En las sociedades de nuestro subcontinente, jaqueado por los problemas presupuestarios y las desigualdades sociales, sería imprescindible elaborar políticas públicas que permitan alcanzar mayor eficacia en la distribución de los recursos económicos y humanos, desde una perspectiva de la Salud y no desde la enfermedad. Las personas sanas son siempre muchísimas más que las enfermas (y los servicios de salud se activan cuando la población demanda atención). El esfuerzo se debería afirmar en que la población sana continúe sana, por lo tanto se requiere de un mayor impulso en políticas y programas de protección y promoción de la salud y prevención en sus distintos niveles.

La Atención Primaria de la Salud (APS), se relaciona con la prevención, que representa la principal interface entre los servicios de salud, salud pública y atención primaria de la salud. El énfasis en la prevención y promoción de la salud es de vital importancia para un Sistema de Salud basado en la APS, porque estas intervenciones son costo efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la Salud.

Estas políticas públicas implican información, capacitación e interacción con las comunidades, porque el grado en que una sociedad puede ser vulnerada a través de la salud guarda una estrecha relación con la escasa información que poseen los y las integrantes de esa sociedad, ya que ignoran su potencial capacidad para tomar decisiones con respecto a su salud.

La concepción de la Salud Comunitaria es un proceso de producción, mantenimiento, fortalecimiento, enriquecimiento, recuperación y gestión de la

salud y la totalidad de sus determinantes, en sus múltiples contextos y expresiones, prestando particular atención al papel de las comunidades como gestoras y a sus miembros como decisores y actores protagónicos. Se podría señalar un conjunto de características del paradigma de Salud Comunitaria, aunque se resumen en la esencial: el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante.

En cuanto a la relevancia social, la Fonoaudiología juega un papel fundamental en los planes de la Atención Primaria de la Salud (APS), coordinando acciones a nivel escolar, unidades sanitarias y ámbito familiar (Prevención primaria secundaria y terciaria). Como lo ha planteado la Organización Mundial de la Salud (OMS); se considera que el bienestar de los individuos constituye una de las tareas más importantes de la sociedad. Las malas condiciones existentes en nuestro país, como el hambre, la desnutrición, el desempleo, la falta de asistencia médica, son causas de altos niveles de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Donde nuestra intervención como profesionales de la salud, es esencial, no sólo en lo atinente a la salud comunicativa, sino en el compromiso para la modificación de las causas que provocan las alteraciones de la comunicación.

Como profesionales de la Salud, quienes se forman en Fonoaudiología, enfrentan desafíos, respecto a la Prevención. Aurora Pérez (2009), médica y psicoanalista argentina, plantea "...si un profesional entiende que prevenir es ejecutar una serie de normas en forma eficiente y nada más, actuará con un contrasentido de la prevención, ya que su preocupación tendrá punto final en su propio beneplácito de ser frente a sí mismo, quizás frente a su ego, alguien que hizo algo bien... se habrá olvidado del otro y se habrá quedado sólo con la autosatisfacción. Será un excelente técnico pero no un agente creativo al servicio de la salud..."

A partir de estos conceptos, se elaboró y se lleva a cabo el Proyecto de Investigación Promoción y Prevención Fonoaudiológica en Centros de Salud de la Provincia de San Luis.

En Proyectos de Investigación integrados por parte del grupo del actual PROICO, se realizó la búsqueda, identificación, jerarquización y selección de la literatura,

que aborda la temática de la Prevención en salud. La revisión histórica y el análisis de la bibliografía específica permitieron comenzar a comprender y analizar concepciones en diferentes contextos teóricos epistemológicos, referidos a la prevención en salud, que posibilitó contribuir con los elementos esenciales que permiten construir una dialéctica entre el corpus teórico y la praxis fonoaudiológica. Esa investigación colaboró para la inclusión de los contenidos estudiados en la modificación del Plan de Estudio de la carrera Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNSL, incorporando la asignatura Fonoaudiología Preventiva. Es fundamental ahora relacionar estas modificaciones con el quehacer profesional fonoaudiológico, para optimizar las prácticas de Promoción y Prevención y producir nuevos conocimientos, reformular enfoques, construyendo perfiles epidemiológicos precisos y entendibles. En este sentido, la epidemiología como herramienta de la salud pública ofrece instrumentos poderosos para identificar las dinámicas de salud poblacional y ha sido históricamente, subutilizada por la fonoaudiología en su desarrollo, probablemente debido a la priorización de otros aspectos de interés profesional.

La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de conocer si los profesionales en fonoaudiología efectúan acciones de promoción y prevención; esta información operará como disparador de nuevos conocimientos sobre: los criterios para la realización de las acciones de promoción, la selección de la población y áreas de trabajo, el manejo de protocolos, los proyectos interdisciplinarios y el seguimiento y evaluación del impacto de los programas en la comunidad.

El objetivo general de la presente investigación es: Identificar los procedimientos de promoción y prevención que realizan los fonoaudiólogos en instituciones de salud pública y privada, en las diferentes áreas de desempeño. Los objetivos específicos del estudio son: Conocer si los profesionales en fonoaudiología de Centros de Salud de la provincia de San Luis realizan acciones de promoción y prevención, Analizar las estrategias de Promoción y Prevención en Fonoaudiología e Identificar equipos interdisciplinarios y el rol fonoaudiológico, en contextos diversos.

La población está compuesta por los Centros de Salud públicos y privados, seleccionados. El Instrumento de recolección de datos es una Encuesta elaborada específicamente para la investigación en curso. Se utiliza el método observacional indirecto mediante la encuesta referida aplicada a fonoaudiólogos que integran los Centros de Salud.

El estudio es de tipo exploratorio y descriptivo, pretende identificar los procedimientos realizados por los profesionales fonoaudiólogos en las acciones de promoción y prevención en Centros de Salud Públicos y Privados.

La profundización del corpus teórico fonoaudiológico, la visión crítica hacia diferentes paradigmas y concepciones teórico-epistemológicas al interior de la disciplina, desarrollados en Proyectos de Investigación anteriores, representan la base sobre la cual se implementa el presente trabajo, en los contextos socio-culturales provinciales.

Los datos obtenidos en esta primera etapa otorgan resultados provisionales acerca de la imposibilidad de llevar adelante el estudio en algunos de los Centros seleccionados, al no contar con profesional de Fonoaudiología en el equipo de Salud. En otras instituciones se evidencia la predisposición y eventualmente la formación para implementar acciones de Promoción y Prevención en Fonoaudiológicas.

La información recabada hasta el momento obliga a reflexionar sobre la importancia otorgada por las políticas sanitarias públicas a la profesión fonoaudiológica, al no incluir en los equipos de salud al profesional. Y en aquellos Centros donde el equipo cuenta con Fonoaudiólogo, su labor se centra en la atención terapéutica, limitando la posibilidad de generar acciones de promoción y prevención fonoaudiológicas en la comunidad.

La Promoción y Prevención en salud, en general y en Fonoaudiología, en particular implica una responsabilidad ética y un compromiso en la formación personal, institucional, política y colectiva para poder elaborar programas específicos destinados a la comunidad de pertenencia

Esta propuesta conlleva que cada integrante del campo de la Salud, modifique su postura dentro de la sociedad, concibiéndose como parte de la comunidad y no como dueño de un saber incuestionable que otorga status y una posición

social especial. Tal variación en el posicionamiento exige una ubicación diferente respecto a la relación saber – poder, y por ende, sobre las prácticas, sus objetivos, estrategias y modalidades. Por consiguiente, la praxis sanitaria tendrá un enfoque diferente y la concepción de interdisciplina, trans o multidisciplina no quedará sólo en una declamación con buenos deseos. De la misma manera, los propósitos claramente definidos en la Carta de Ottawa y en la declaración de Alma Atta dejarán de ser una lista profundamente clara y bien intencionada para ser la aplicación certera de la Salud como Derecho Humano básico, fundamental y universal.

REFERENCIAS

- COMISIÓN INTERUNIVERSITARIA DE FONOAUDIOLOGÍA DE UNIVERSIDADES NACIONALES DE GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA. (CIFUNyP) 2009. Acta N° 7, Universidad Nacional de San Luis, San Luis.
- DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978) Alma-Ata. URSS
- DE LELLIS, M. (2015) Perspectivas en salud Publica y Salud Mental. Ediciones Nuevos Tiempos
- FERRARA, FLOREAL (1985). Teoría Social y Salud. Ediciones Catálogos. Buenos Aires. Argentina.
- FLACSO. (2011) Determinantes Sociales de la Salud. Módulo II. <http://www.salud.ciee.flacso.org.ar>
- HERNANDEZ, N. B. (2019) Tesis de Maestría en Educación Superior. Fac. de Cs Humanas. UNSL
- JAUREGUI REINA, C,– SUAREZ CHAVARRO, P. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Enfoque en Salud Familiar. (2014) Ed. Medica Panamericana.
- JUÁREZ, M.P. (2014). Relación Medico Consultante. En el Primer Nivel de Atención de la Salud. Ediciones Nuevos Tiempos.
- MILTON, T. (1991). Qué es la Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (1986) Conferencia de Ottawa Ginebra, Suiza.
- PEREZ, A. (2009). Familia: Enfoque interdisciplinario. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina.
- POLIT, D. y HUNGLER B. (2000) Investigación Científica en Ciencias de la Salud McGraw-Hill Interamericana. México.
- RUIZ MORALES, A. y MORILLO ZÁRATE, L. (2004) Epidemiología Clínica. Investigación Clínica Aplicada. Editorial Medica Internacional. Bogotá.
- SABULSKY, J. (2004) Investigación científica en salud y enfermedad. Sima Editora 4ª edición. Córdoba.
- SAFORCADA, E y otros. Salud Comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la Comunidad. (2015) Ediciones Nuevos Tiempos.
- ZURRO, M - CANO PÉREZ, J.F., (2003) Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica, 5ª edición. Elsevier. Madrid.

LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DEL EQUILIBRIO EN EL CURSO DE VIDA

Victoria Ayelen SIMONE ZALAZAR, , Cecilia Fernanda CALZETTI*

RESUMEN

El sistema vestibular se desarrolla tempranamente a partir de las 5 semanas de edad gestacional, y es uno de los primeros en alcanzar la madurez. Este sistema transmite regularmente información sobre los movimientos y la posición de la cabeza y cuerpo a los centros integradores del tronco encefálico, el cerebelo y el córtex somatosensorial. El sistema vestibular está clasificado dentro de los Sentidos "Somáticos", ya que aunque dispone de un órgano donde se agrupan sus receptores en una zona concreta del cuerpo, siempre trabaja en cooperación con información proveniente de otros sentidos (propioceptivo y visual) por lo que no está limitado a un espacio determinado del cuerpo. Lo anterior se lleva a cabo de manera eficaz cuando existe un óptimo procesamiento en la integración sensorial, que es la capacidad que tiene el sistema nervioso central (SNC) para organizar e interpretar la información captada por los diferentes sistemas sensoriales. Este proceso neurológico organiza las sensaciones corporales y del medio ambiente, y hace posible usar el cuerpo efectivamente en el entorno. Para Ayres (1983), el proceso de integración sensorial se desarrolla en cada individuo según cuatro escalones: 1) las tres sensaciones básicas: táctil, propioceptiva y vestibular; 2) estas sensaciones básicas se integran con la percepción corporal, la coordinación de ambos lados del cuerpo, la planificación motora, la duración de la atención, el nivel de actividad y la estabilidad emocional; 3) integración sensorial, las sensaciones auditivas y visuales entran en el proceso. Las sensaciones auditivas y las vestibulares se unen con la percepción corporal y otras funciones para permitir que el niño hable y entienda el lenguaje. Las visuales se unen también con las tres básicas para dar al niño una percepción visual detallada y precisa y una coordinación visomanual; y 4) cerebro completo: la habilidad para la organización y la concentración, la autoestima, el autocontrol, la especialización de ambos lados del cuerpo y del cerebro. El sistema vestibular es primordial para que se logre la integración sensorial, base fundamental del conocimiento propio y sobre el mundo. La consolidación de las funciones del equilibrio cobran fundamental importancia a lo largo de todo el curso de vida. Los cambios en los sistemas corporales que intervienen en el equilibrio son una consecuencia inevitable del envejecimiento. En la vejez es fundamental mantener un alto nivel de equilibrio para posibilitar la ejecución de actividades básicas diarias, que constituye la base de una vida activa y sana.

* vasimone@email.unsl.edu.ar

Docentes investigadora y extensionista, integrantes del PROIPRO "Estudio de la comunicación, y su deterioro, en adultos mayores: dimensiones de la audición, equilibrio, lenguaje, voz y fonostomatología". UNSL - PROIPRO 10-0423

Palabras Clave: Equilibrio – Integración Sensorial – Desarrollo – Vejez.

Keywords: Balance – Sensory Integration – Development – Old Age.

Introducción

El sistema vestibular es uno de los primeros en iniciar su desarrollo; esto sucede a partir de las cinco semanas de edad gestacional, y es uno de los primeros en alcanzar la madurez. Este sistema transmite regularmente información sobre los movimientos y la posición de la cabeza y cuerpo a los centros integradores del tronco encefálico, el cerebelo y el córtex somatosensorial.

Está clasificado dentro de los sentidos somáticos, debido a que, si bien dispone de un órgano donde se agrupan sus receptores en una zona concreta del cuerpo, siempre trabaja en cooperación con información proveniente del sistema propioceptivo y el visual, por lo que no está limitado a un espacio determinado del cuerpo.

En conjunto, estos tres sentidos, conformarán la tríada básica para garantizar que el cuerpo mantenga su posición en el espacio, es decir, el equilibrio.

De este modo serán funciones fisiológicas del sistema del equilibrio la estabilidad ocular durante la marcha, el equilibrio y control postural, el tono muscular y la postura.

La consolidación de estas funciones adquieren una importancia fundamental a lo largo de todo el curso de vida, constituyéndose en uno de los organizadores fundamentales para el desarrollo de la persona (Chokler, 2017), y por lo tanto en eje de la construcción de los vínculos con el medio externo, operando en forma conjunta con las características genéticas biológicas, las conductas de apego, de exploración, de la comunicación y también al mundo simbólico.

El presente trabajo pretende introducir al desarrollo del equilibrio desde las primeras etapas del curso vital, como base fundamental para comprender los eventos que alteren su trayectoria en la vida de una persona.

El objetivo es desarrollar brevemente categorías conceptuales fundantes como: funcionalidad vestibular, equilibrio como organizador del desarrollo y pilar de la

integración sensorial a lo largo del curso de vida, y equilibrio en el envejecimiento.

La importancia de estudiar el desarrollo del equilibrio en forma conjunta con otras funciones sensoriales implica una mirada integral, sin perder de vista el interjuego continuo y permanente de aspectos físicos, funcionales, emocionales y ambientales.

Desarrollo

El sistema vestibular es uno de los primeros sistemas sensoriales en desarrollarse en el transcurso de la fase prenatal y entra en función desde el momento del nacimiento. Es también uno de los más vastos sistemas sensoriales del cuerpo humano.

El mismo tiene por objetivo estabilizar la escena visual durante el movimiento, los desplazamientos de la cabeza y/o del cuerpo. Tiene sus receptores situados en el oído interno, y debido a su influencia sobre el ojo permite conservar una imagen estable en la retina; resultando la estabilidad de la mirada clave para mantener el equilibrio. Además, permite la orientación anticipada de la mirada, es decir, una mirada orientada en la dirección de nuestro desplazamiento antes que el resto del cuerpo se oriente.

El término equilibrio hace alusión al conocimiento de la posición del propio cuerpo en el espacio encontrando un estado ideal que proporciona la facultad de no caer (Ortuño, 2008), por lo que expresa un proceso en el cual grupos musculares antagonistas se coordinan para mantener el centro de gravedad del cuerpo sobre el plano de sustentación (Basterra, 2009). Para Olabe (2013), el concepto de equilibrio implica la estabilidad postural y el control postural. Por un lado, la estabilidad postural se refiere a la capacidad de conservar una posición corporal y el centro de gravedad dentro de los límites de la estabilidad; mientras que, por otro, el control postural regula la postura en reposo y movimiento en un espacio determinado para mantener la orientación y estabilidad. En conclusión, control postural es la capacidad tanto de conseguir, como de conservar y regular la posición del cuerpo de forma natural respondiendo a estímulos externos, y

controlando los cambios de ésta, con el fin de mantener la estabilidad postural (Ortuño, 2008).

El desarrollo del equilibrio es una competencia importante en el proceso de maduración motriz de un niño, principalmente para desarrollar la marcha.

Algunos autores coinciden en considerar al sentido del equilibrio, también llamado sentido vestibular, como un 'sexto sentido', cuya importancia en la vida diaria minimizamos al funcionar sin dificultades, es decir, se banaliza la posibilidad de andar erguido o sencillamente permanecer de pie, estable.

Mirtha Chokler (2017) va a decir

que el ejercicio libre del equilibrio - a partir de las funciones tónicas, propioceptivo-vestibular, visual, de acuerdo a la maduración biológica y a las leyes físicas que lo determinan- es lo que permite el desarrollo autónomo de las posturas y de los desplazamientos, al mismo tiempo que la apropiación y dominio progresivo del mismo cuerpo (Pp 65 - 66).

De este modo a partir de la autoconstrucción de las funciones del equilibrio el niño puede organizar sus movimientos sosteniendo un sentimiento de seguridad postural y disponibilidad corporal esenciales para la armonía gestual y la eficacia motriz.

Cuando se habla de postura corporal se la define como una organización tónica compleja que brinda estabilidad y actitud para preparar, asumir, ejecutar, sostener y concluir las acciones, es decir, que está al servicio de concretar los actos motores (Chokler, 2017). Es así que, la seguridad postural va a dar lugar a la disponibilidad corporal para explorar el mundo que lo rodea.

Existe además una estrecha relación entre la sensación corporal de estabilidad y bienestar, el equilibrio emocional y la disponibilidad corporal para el movimiento, la exploración y el aprendizaje. La historia postural de la persona se va conformando en relación con el movimiento del cuerpo en el espacio, a los objetos y a los adultos que ejercen las funciones de cuidados y protección.

Desde esta concepción se piensa al niño como un integrante del espacio concreto en el que vive, crece y se desarrolla: su familia, su hogar, el barrio, las instituciones, las relaciones interpersonales. Por eso se lo reconoce como un ser

condicionado por su contexto geográfico, político, económico, cultural y social, con el que interactúa, al que se adapta y al que modifica activamente.

Sumado a este complejo escenario las funciones del equilibrio, se llevan a cabo de manera eficaz cuando existe un óptimo procesamiento en la integración sensorial, denominada como la capacidad que tiene el sistema nervioso central (SNC) para organizar e interpretar la información captada por los diferentes sistemas sensoriales. Este proceso neurológico organiza las sensaciones corporales y del medio ambiente, y hace posible usar el cuerpo efectivamente en el entorno (Ayres, 2010).

Para Ayres (1983), el proceso de integración sensorial se desarrolla en cada individuo según cuatro escalones que construyen la pirámide evolutiva. En la base se encuentran las tres sensaciones básicas: táctil, propioceptiva y vestibular. En el segundo escalón, estas sensaciones básicas se integran con la percepción corporal, la coordinación de ambos lados del cuerpo, la planificación motora, la duración de la atención, el nivel de actividad y la estabilidad emocional. En el tercer nivel de la integración sensorial, las sensaciones auditivas y visuales entran en el proceso. Además, las sensaciones auditivas y las vestibulares se unen con la percepción corporal y otras funciones para permitir que el niño hable y comprenda el lenguaje. Por otro lado, las visuales se unen también con las tres básicas para dar al niño una percepción visual detallada y precisa y una coordinación visomanual. En el cuarto nivel, todo se junta para adquirir las funciones de un cerebro completo, es decir, la habilidad para la organización y la concentración, la autoestima, el autocontrol, la especialización de ambos lados del cuerpo y del cerebro.

De acuerdo a Ayres (1983)

ninguna de estas funciones se desarrolla sólo a una edad. El cerebro del niño procesa cada nivel de la integración sensorial durante toda la infancia. A los dos meses, su sistema nervioso opera bastante en el primer nivel de integración, un poco menos en el segundo y no tanto en el tercero. Al año, el primer y segundo niveles son los más importantes, mientras que el tercero empieza a serlo un poco más. A los tres años, todavía está trabajando en el primero, segundo y tercero, y empieza con el cuarto. A los seis años, el primer nivel debería estar completo,

el segundo casi completo, el tercero todavía activo y el cuarto empezaría a ser importante. El niño aprende las mismas cosas una y otra vez, primero gateando, después andando y más tarde andando en bicicleta (pág 16).

El sistema vestibular es primordial para que se logre la integración sensorial, base fundamental del conocimiento del propio cuerpo y sobre el mundo.

Las experiencias sensoriales incluyen tocar, moverse, controlar el cuerpo, ver, oír y elevarse contra la gravedad. Pero no son experiencias aisladas, ya que los sentidos trabajan en forma conjunta.

En la mayoría de las personas esta integración sensorial se sucede de manera automática, inconsciente, sin esfuerzo. No obstante, en algunos, este proceso es ineficaz y demanda esfuerzo y atención con pocas garantías de éxito. De este modo, el desarrollo del equilibrio, su integración eficaz con otros sentidos, y los resultados en la salud, dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del continuo de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones individuales, sin duda influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

Así, desde una mirada longitudinal que conecta los distintos momentos a lo largo de la vida, se piensa que las etapas no están desconectadas, sino que cada una de ellas influye sobre la siguiente, y también sobre etapas distantes en el horizonte temporal. Por tanto el desarrollo del sistema del equilibrio en la niñez, y su estimulación a lo largo de la vida, serán un fuerte determinante en la última etapa, es decir, en la vejez.

El desarrollo individual está constituido por pérdidas y ganancias; y una adaptación exitosa del individuo implica una maximización de las ganancias, y una minimización de las pérdidas a través de diferentes estrategias. Sin embargo, en la vejez las pérdidas se vuelven más importantes que las ganancias (Baltes, 1997, en Gastrón y cols, 2011) por lo que deben fortalecerse las estrategias para que la persona logre optimizar su capacidad funcional a fin de que pueda ser y hacer lo que le importa en interacción con el entorno que habita. De este modo, en la vejez es fundamental mantener un alto nivel de equilibrio para posibilitar la ejecución de actividades básicas diarias, que constituye la base de una vida activa y sana.

Sin embargo, los cambios en los sistemas corporales que intervienen en el equilibrio son una consecuencia inevitable del envejecimiento.

El envejecimiento biológico genera lentos cambios fisiológicos en las estructuras corporales teniendo repercusiones tales como la disminución de la fuerza muscular, la velocidad de movimientos, tiempo de respuesta, cambios en el equilibrio y pérdida auditiva. El declive de las estructuras vestibulares relacionado con la edad precede al declive funcional. Esta disociación entre deterioro morfológico y funcional sólo puede ser explicado por mecanismos compensatorios que finalmente van a ser clave en la recuperación funcional.

La compensación central y la sustitución sensorial se encuentran entre los mecanismos compensatorios involucrados. El aumento de la sensibilidad central mantiene la función normal a pesar de la reducción del 'input' periférico. Esto se mantiene mientras las estructuras centrales funcionan correctamente, pero en edades más avanzadas el deterioro de las fibras nerviosas, las células ganglionares y las neuronas centrales se hace evidente.

La prevalencia de las patologías vestibulares asciende de forma exponencial a partir de la quinta década llegando a afectar hasta el 80 % más allá de los 80 años.

La patología vestibular genera síntomas como vértigo, mareo inestabilidad y problemas de equilibrio generando múltiples problemas en la vida diaria de las personas como dificultades en la marcha, caídas, inseguridad y problemas cognitivos. Existe una asociación directa entre deterioro del sistema vestibular y las actividades de la vida diaria.

Con la edad, no sólo aumenta el número de caídas (probabilidad de caer), sino también la gravedad de las consecuencias de éstas, llegando a ser la principal causa de muerte relacionada con lesiones para este tramo etario (Aróstica, Aravena, Aguirre, & Walker, 2011).

Además, las consecuencias de una caída impactan tanto a la persona como a su entorno cercano, ya que ésta puede ocasionar una fractura y/o afectar incluso áreas internas (órganos y tejidos), lo que no sólo implica secuelas de salud física, sino que también aumenta la limitación de las capacidades, con todos los problemas prácticos y psicológicos que esto conlleva (Coppa & Pérez, 2004). El

riesgo de caída en el adulto mayor es también un conflicto en sí, ya que muchas veces el individuo se niega a la posibilidad de participar en ciertas actividades sólo por el temor a caer (García, 2010).

El equilibrio es una capacidad esencial, tanto para la autonomía funcional como para la calidad de vida y el estatus de salud, sin embargo constituye una de las habilidades que frecuentemente se compromete en este grupo etario (Araneda & Solorza, 2013).

La sensación de equilibrio, desequilibrio, o de equilibrio precario es absolutamente íntima (Chokler, 2017), y está fuertemente ligada a las emociones, los afectos, a la seguridad en sí mismo. Así, la falta de seguridad postural operará negativamente en múltiples dimensiones de la salud del individuo, y su entorno familiar.

CONCLUSIÓN

El desarrollo del equilibrio implica un complejo proceso de organización progresiva y de creciente especialización a lo largo de la vida, en relación con el medio.

De este modo, si pensamos que el desarrollo tiene anclaje en el contexto socio-cultural en el que se encuentra la persona, el producto final de ese desarrollo también es único, con características específicas, dependiente de trayectorias individuales.

En consecuencia, el envejecimiento es un proceso complejo donde intervienen diferentes variables tales como los estilos de vida, los componentes genéticos y las enfermedades, que van alterando la estructura del individuo produciendo dependencia, dolores e incapacidad física, que se manifiestan de manera frecuente en los adultos mayores (Marcen, López & Sieso, 2014).

La condición física adquiere una importancia primordial en la salud de la persona y su calidad de vida, ya que permite mantener la autonomía funcional y desarrollar de forma segura e independiente sus actividades normales de la vida diaria sin una fatiga excesiva (Marcen, López & Sieso, 2014). En los adultos mayores existe un aumento de deficiencias y de condiciones de morbilidad

propias de la edad, que causan un deterioro en los mecanismos reflejos, tanto para el equilibrio como para la marcha.

Recuperamos entonces el concepto de “envejecimiento saludable”, pensado como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad, ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación (OMS, 2015). De este modo se enfatiza la importancia de estimular el equilibrio a lo largo de la vida, a fin de sostener la autonomía en las actividades de la vida cotidiana y fomentar el bienestar en la vejez.

Finalmente, reforzamos la idea de que la importancia del sistema vestibular es tal, que distintos autores proponen la noción de seguridad gravitacional como su principal responsabilidad, es decir, aporta la confianza de permanecer firmemente conectado con la Tierra y en comprobar que siempre se tendrá un sitio seguro en el cual estar.

REFERENCIAS

- Argentina, Ministerio de Salud (2023). El enfoque por curso de vida. repensar las intervenciones en salud. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-04/el-enfoque-por-curso-de-vida-abril-2023.pdf>
- ARANEDA, J. E., & SOLORZA, E. M. (2013). Sensibilidad cutánea plantar y balance dinámico en adultos mayores saludables de la comunidad: estudio relacional. *Fisioterapia e Pesquisa*, 20(4), 310-315.
- ARÓSTICA, L., ARAVENA, O., AGUIRRE, N. & WALKER, K (2011). Epidemiología de la patología otorrinolaringológica ambulatoria y quirúrgica en población mayor de 65 años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 22, 294-304. Recuperado de: <http://www.redclinica.c>
- AYRES A. (2010) “La integración Sensorial y el Niño”. Editorial TRILLAS. CAPITULO 5 (desordenes que atañen al sistema vestibular p89 -115)
- BARTUAL, J., & PÉREZ, N. (1999). *El sistema vestibular y sus alteraciones* (Vol. 1). Barcelona, España: Masson.

- BASTERRA ALEGRÍA, J. (2009). Tratado de otorrinolaringología y patología cervicofacial. Barcelona: Elsevier
- BORRO, O.C. (2012) Manual de rehabilitación vestibular. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- CABELLO, P. & BAHAMONDE, H. (2008). El adulto mayor y la patología otorrinolaringológica. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 19(1). 21-29.
- COPPA BENAVIDES, N.A. & PÉREZ GONZÁLEZ V.A (2004). Alteraciones vestibulares determinadas por la pauta EVH de Norré y riesgo de caída en adultos mayores sobre 65 años fracturados de cadera institucionalizados de sexo femenino (Tesis licenciatura inédita). Universidad de Chile, Santiago, Chile
- DISPENZA, F. & DE STEFANO, A. (2013). Textbook of Vertigo: Diagnosis and Management. New Delhi: Jaypee Brother Mediacal Publishers Ltd.
- FARALDO GARCÍA, A. (2009). Registro postural en personas sanas: evaluación del equilibrio mediante el estudio comparativo entre la posturografía dinámica computerizada y el sistema Sway Star (Tesis doctoral inédita). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.
- GASTRÓN, L; ODDONE, MJ; LYNCH, G (2011). Ganancias y pérdidas a lo largo de la vida; capítulo 5, en Yuni, JA. (Compilador) La vejez en el curso de vida. Encuentro Grupo Editor.
- GARCÍA, C.E. (2010). Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. Revista Médica Clínica las Condes, 21(5). 831-837.
- LAZARO, A. (2004). Gigantes con zancos. El placer de aprender a través del equilibrio. Zaragoza: Mira editores
- LÁZARO, A.; ARNAIZ, P.; BERRUEZO, P. P. (2006). De la emoción de girar al placer de aprender. Implicaciones educativas de la estimulación vestibular. Zaragoza: Mira editores.
- MARCEN ROMÁN, Y., LÓPEZ BERNUÉS, R., & SIESO SEVIL, A. I. (2014). Efecto de dos protocolos de ejercicios en personas mayores de 65 años

institucionalizadas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3).

OLABE SÁNCHEZ, P. J. (2013). *Repercusión del Tai Chi en el equilibrio de las personas mayores* (Tesis doctoral inédita). Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Biblioteca de la OMS. ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF). Recuperado en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ORTUÑO, M. (2008). *Análisis clínico y posturográfico en ancianos con patología vestibular y su relación con las caídas*. Universidad de Valencia, España.

CONSULTORIO DE ENFERMERÍA ESCOLAR EN CADA ESCUELA. EL PRÓXIMO DESAFÍO DEL DEPARTAMENTO ENFERMERÍA-UNSL.

Mónica M. SOTO VERCHÉR*, Laura A. PEDERNERA, Darío S. ABREGU, Mayra G. ROMERO PÁEZ, Yamila R. OCHOA

RESUMEN

Enfermería Escolar es una rama especializada de la Enfermería Comunitaria (Soto 2023)¹. Permite al profesional enfermero desarrollar mayor autonomía e impacto social que en un hospital. Desde hace 20 años, la Carrera de Enfermería se propuso la visión de una formación orientada al rol profesional en el cuidado de las condiciones de vida de individuos “sanos” en una comunidad educativa. Enfocada en APS- *Atención Primaria de la Salud* (OMS-OPS 1978)², el ámbito de prácticas pre-profesionales fueron escuelas de gestión pública local. Esto ha permitido aplicar fundamentos epistemológicos y crear nuevos saberes y experiencia clínica que sirven de fundamento al próximo desafío: la creación de una oferta de posgrado en Enfermería Escolar. Este ámbito de práctica enfermera es estratégico para disminuir los costos de la atención hospitalaria, mediante control de salud en comunidades educativas, prevención de enfermedades, Educación para Autocuidado de niñas/os y adolescentes y Cuidado Dependiente de adultos a cargo de ellos. Representa un nuevo campo de conocimiento profesional y práctica avanzada en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Nuestro país carece de instituciones escolares con Consultorio de Enfermería Escolar y formación posgrado de esta especialidad. El *Modelo Conceptual de Autocuidado* de Dorothea Orem (1993)³ guía la aplicación del *Cuidado Progresivo* de la APS.

Aplicado por Nightingale en 1853 durante la Guerra de Crimea (Preve y Spinelli 2021)⁴, a partir de los años '70, fue replanteado por el Enfoque APS para el Primer Nivel de Atención de salud (Declaración de Alma Ata 1978)⁵ y el Cuidado culturalmente significativo de Madeleine Leininger (2006)⁶. Objetivo: Efectuar una aproximación epistemológica, académica y de las políticas nacionales existentes que sirvan de punto de partida a la formación posgrado de Enfermería Escolar.

Material y método: revisión documental, epistemológica, académica y de políticas nacionales relacionadas con la Enfermería Escolar publicadas en internet. En Argentina existen bases epistemológicas y políticas/financiamiento de APS/Cuidado progresivo en ámbitos escolares. Pero carece de legislación, coordinación intersectorial (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación) y oferta de formación posgrado. Es urgente crear conciencia de la importancia para el desarrollo social y económico nacional y local, la instauración de un Consultorio de Enfermería en cada escuela. Una de las estrategias iniciadas es la promulgación del Proyecto de Ley de Enfermería Escolar. Otro es ofrecer

* msotovercher@gmail.com - Departamento Enfermería – Facultad Ciencias

formación de posgrado de esta especialidad.

Palabras clave: Enfermería Escolar, APS, Política Sanitaria, Posgrado.

Keywords: Scholar Nursing, Primary health care, Health Policy, Postgraduate.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería Escolar representa un nuevo ámbito de la práctica profesional enfermera y un campo de conocimiento específico aplicado en el Primer Nivel de Atención de la Salud. A pesar de que en otros países tiene más de un siglo de desarrollo (Soler 2022, p. 4)⁷, nuestro país carece de instituciones escolares con Consultorio de Enfermería Escolar y formación posgrado en esta especialidad.

Aproximación Epistemológica

Uno de los elementos de APS es la “longitudinalidad” de la atención sanitaria, basado en el “continuum vital” salud-enfermedad.

Según Peve y Spinelli (p. 12) a partir de la segunda mitad del siglo XX prevaleció el Modelo Medicalista Hegemónico (MMH) que organizó la atención de forma “hospitalocéntrica” y la normatización algorítmica de la acción en base a recursos disponibles como: 1° Nivel de Atención de la Salud (NAS), 2°NAS y 3°NAS.

Sin embargo, existen modelos teóricos alternativos y complementarios, que proponen *cuidados progresivos y culturalmente congruentes*, orientados a la autonomía de individuos o grupos y a fin de desarrollar de comportamientos de *Autocuidado* (AC) y de *Cuidado Dependiente* (CD) de otros a cargo.

- *Modelo de Cuidados Progresivos* de Orem

Orem propone la Promoción de la Calidad de Vida/Salud, la Prevención de enfermedades o trastornos del desarrollo mediante la *Agencia o Sistema enfermero de atención progresiva* (Alligood 2015, cap. 14)⁸, en base al grado de autonomía de las personas para el AC-CD en un momento vital dado: 1°) Cuidado enfermero *Compensador Total*, 2°) Cuidado *Compensador Parcial*, 3°) *Apoyo Educativo* para AC-CD (Fig. 1 al final).

- *Teoría de la Enfermería Transcultural*

Leininger, según Alligood (cap. 22), hace énfasis en el cuidado *culturalmente*

congruente, es decir, aquel que aplica formas de cuidado universales adaptadas a valores, creencias y estilos de vida de los usuarios.

Su *Modelo de Sol naciente* sostiene la importancia ética de la *Coordinación social y profesional* de la perspectiva de APS (OPS 2008, p. 14)⁹. Según Leininger, el servicio que un profesional brinda se debe centrar en el respeto y consideración de todo aquello que una comunidad considera costumbre, creencia, valor, espiritualidad o religión, parentesco, política, justicia, educación, tecnología, lenguaje, contexto- ambiente y cosmovisión entre otros (Fig. 2 al final).

Este enfoque humanista, resulta beneficioso y gratificante para usuarios y equipo sanitario al momento de planificar estrategias de AC-CD y cuidados terapéuticos de forma conjunta y constituir redes intersectoriales de participación comunitaria en la solución de problemas de vida/salud.

Marco político-normativo de referencia para la aproximación académica

Tanto la Constitución Nacional (HCNA 1995, art. 42; 75 inc.17-19; 125)¹⁰, como los acuerdos internacionales suscriptos en relación con derechos humanos a la Salud, la Educación, el *Desarrollo Sostenible* (CNCPS 2023)¹¹ y los principios del Enfoque APS (OPS 2008, p. 14) señalan la responsabilidad del Estado para garantizar el acceso equitativo a la salud de sus habitantes.

Al respecto, la OMS sostiene que “existen muchas razones por las que los servicios de salud escolar deben ocupar una posición única para contribuir a requerimientos primordiales de personas en edad escolar” (OMS/OPS, UNESCO 2022)¹².

En el mismo sentido, nuestro país dispone de varias normativas que sirven de base político-normativa que permiten innovar la gestión sanitaria en el 1° NAS, integrar Salud-Educación y asegurar la cobertura de salud destinada a niñas/os y adolescentes, incorporando el rol enfermero en cada escuela para operacionalizar las directrices existentes:

- Ley N° 26.061. *Protección integral de los derechos de niñas/os y adolescentes*. (HCNA 2005)¹³.

- *PROSANE-Programa Nacional de Salud Escolar* (MSNA 2015)¹⁴. Se enmarca dentro de la estrategia de APS en el 1° Nivel de Atención y se articula con los demás niveles que requieren hospitalización. Representa una política integrada de cuidado y educación, dirigida a infancias y adolescencias de nivel inicial, primario y secundario. Depende de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Contempla el CIS-Control Integral de Salud (MSNA 2021)¹⁵ que incluye datos sobre evaluación clínica, entrevista, antropometría y examen físico, odontológico, oftalmológico, fonoaudiológico, control de vacunas, repitencia-sobreedad. Actividades que el profesional enfermero puede valorar en su consultorio escolar de forma clínica y derivar los alumnos con problemas al especialista correspondiente.

- *PPyCAE-Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo o Pedagogía del Cuidado* que promueve la participación estudiantil en su autocuidado con perspectiva integral (Orem, Leininger) y aborda problemáticas de salud mental como violencia, suicidio, consumos problemáticos (MENA 2023)¹⁶. Sin embargo, los Ministerio de Salud y Educación trabajan como compartimentos estancos, sin coordinar acciones conjuntas entre sí y con las comunidades educativas de gestión pública.

Esto a pesar de que en los últimos 30 años, la Enfermería argentina ha construido un espacio político y normativo, regulando el ejercicio y la formación de posgrado en especialidades:

- Ley N° 24.004. *Ejercicio de la Enfermería* (HCNA 1991, PEN 1993, art. 7)¹⁷.

- Resolución N° 1105 (MSNA 2006)¹⁸. Comisión Nacional Asesora del ejercicio de las profesiones de grado universitario en salud.

- Resolución N° 199. *Especialidades de Enfermería* (MSNA 2011, art. 2)¹⁹.

- Resolución N° 2055. *Perfil y constitución de Comisiones especiales de evaluación para Licenciadas/os en enfermería, en la especialidad Enfermería en Salud Materno Infantil y del Adolescente* (MSNA 2023)²⁰.

- Decisión Administrativa N° 384. *Creación de la Dirección Nacional de Enfermería* en organigrama del Ministerio de Salud (JGM 2021)²¹.

- Resolución N° 2621. *Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería* (MSNA 2021)²².
- Ley N° 27.712. *Promoción del Desarrollo de la Enfermería* para compensar el déficit cuanti-cualitativo actual (HCNA 2023, art. 13)²³.
- Resolución N° 938. *Directrices para la calidad enfermera* (MSNA 2023)²⁴. Forma parte del Programa Nacional de Calidad en Salud 2021-2024 (Res. MS 2546/21)²⁵ que actualiza el rol gestor de Cuidados progresivos de enfermería “considerando los avances de la profesión como disciplina autónoma”.

A pesar de lo anterior, no se ha incluido la Especialidad de *Enfermería Comunitaria*, menos aún la sub-especialización de *Enfermería Escolar*. Solo se ofrecen programas locales de residencias en Salud Comunitaria desde un enfoque medicalista, hospitalocentrista y culturalmente incongruentes (Tabla 1).

Residencia	Origen	Director/a	Dura (años)	Enlace
Enfermería Comunitaria	MS-Pcia. Bs.As. (s/f)	Lic. Norma Domínguez et al.	2	https://lc.cx/DCriHz
Enfermería Comunitaria	Htal. Lamadrid Monteros Tucumán 2018	Lic. Gustavo Tolaba	3	https://lc.cx/Jflal7
Enfermería Comunitaria	Htal. Evita Sta. Rosa, La Pampa 2019	Lic. María Celeste Orueta	3	https://shorturl.at/kmtV0
Enfermería Gral., Integral y Comunitaria. APS.	MS-CABA 2019	Lic. Claudia Acosta	3	https://shorturl.at/jEGPS

Tabla 1. Oferta de posgrado apenas relacionada con Enfermería Escolar.

[Investigación de autores (2023)]

Del mismo modo, la oferta de formación posgrado está dirigida a aspectos tangenciales de la Enfermería Escolar, sin profundizar en aspectos complejos y específicos de esta sub-especialidad (Tabla 2).

Posgrado	Origen	Director/a	Dura (años)	Enlace
Especialización Enf. Familiar y Comunitaria	UNC	Esp. Sandra Roxana E. Cevilán	2	https://lc.cx/kDpVf4
Maestría Enfermería Familiar y Comunitaria	UNSE	Dra. Lía Zóttola	2	https://lc.cx/HJ0udc
Especialización en Salud Pública y Ambiente	UNSL FCS	Dr. Guillermo Raúl Macías Dra. Luján Correa	2	http://posgrado.unsl.edu.ar/?page_id=1763
Especialización en Primeras Infancias	UNSL FCH	Dra. Débora Lorena Ibaceta Dra. Clotilde De Pauw	1	https://lc.cx/o0dZwh

Tabla 2. Oferta de posgrado apenas relacionada con Enfermería Escolar.

[Investigación de autores (2023)]

Por el momento, solo se ofrecen posgrados de Enfermería Escolar online (Tabla 3), con programas y duración diversa. Ninguno acreditado por la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria).

Posgrado	Institución	Director/a	Dura (Hs)	Enlace
Enfermería Escolar (Curso para Enfermeros y	AMA Asoc. Médica	Mg. Jorge A. Bernuchi (UBA) Lic. Norma Leiva	60	https://lc.cx/rFMlb6

Licenciados)	Argentina 2023	(UBA)		
Enfermería en Salud Escolar (Diplomatura universitaria para Lic. Enf.)	UCES2023	Esp. José M. Anile (UNLA) Esp. Norma Rivarola Martínez (UNLA)	300	https://lc.cx/ioHsmN

Tabla 3. Oferta de posgrado online en Enfermería Escolar. [Investigación de autores (2023)]

Aunque de forma aislada y poco coordinada, ha comenzado a preocupar la necesidad de crear la figura de la Enfermera Escolar en el ámbito de las escuelas. No desde el Centro de Salud, sino en un consultorio situado en el Centro educativo a tiempo completo. En este aspecto, nuestra Carrera lo implementa en las prácticas pre- profesionales desde el primer año. Además, existen experiencias aisladas de esta figura en algunas instituciones educativas de gestión pública para discapacitados o de gestión privada. Todas presentan un reduccionismo del rol profesional, ausencia de regulación/supervisión y coordinación entre los sectores de Salud y Educación (Soto 2023, pp. 83-89).

Punto de partida para la innovación

Para el reconocimiento de la figura de la Enfermería Escolar son relevantes los enfoques epistemológicos enfermeros que se correlacionan con los elementos de APS en el 1°NAS, las normativas existentes ya expuestas y acciones concretas instituyentes como por ejemplo:

- Creación de la AEEA-Asociación de Enfermería Escolar Argentina (2023)²⁶ a fin de generar conciencia pública y política sobre la importancia social y sanitaria de contar con un/a enfermero/a a tiempo completo en cada escuela.
- Campaña publicitaria con el lema “Una Enfermera en cada escuela” y una petición mediante Change.org.
- Proyecto de Ley de Enfermería Escolar. Surge por iniciativa de la Lic.

Stella Maris García en 2008 (CPESPSF 2022)²⁷ y posteriores aportes de profesionales enfermeros de otras provincias, aún sin tratamiento legislativo (Tabla 4).

Año	Presenta	Asesora	Distritos	Expte. Trámite	Nombre	Observaciones
2022	Dip. <u>Nac. Frente de Todos</u> SANTORO, CASARETTO, MOYANO, CAPARROS L, LEIVA PEREZ, YUTROVIC Dip. <u>Nac. UCR</u> ASCARATE, MANES Dip. <u>Nac. F. de la Concordia</u> SARTORI	AEEA	Pcia. Bs.As. CABA, Chaco Entre Ríos Mendoza Misiones S del Estero Tierra del F. Tucumán	2293-D T 55	Programa de Enfermería y Salud Escolar	Comisiones: Educación, Acción Social, Salud Pública, Presupuesto y Hacienda. Fuente: https://lc.cx/7-E5EN Texto: https://lc.cx/oPsY6w
2022	Diputados <u>Frente de Todos</u> BARROETAVERÑA, ROBERTO, FERREÑO, MONTENEGRO y VELAZCO	AECAF SITRE	CABA	1358-D En archivo		Fuente: https://lc.cx/z3mjnC Texto: https://lc.cx/8PvhJi
2022	Diputados <u>Frente Renovador</u> RODRÍGUEZ	UNM Col. Prof. de Enf.	Misiones	P. 53657 Cód. 471392	Programa de Enfermería Escolar	Texto: https://lc.cx/XMv61x
2022	Diputado <u>Frente de</u>	CLE- SAEBU-	San Luis	No	Programa	Texto:

	0	Todos ALUMES SBODIO	UNSL Esp. Soto Verchér Lic. Páez		presenta do	Federal de Enferme ría Escolar	https://lc.cx/mDcc1Q
202		<u>Mov. Popular</u>	Dirección Prov.	Tierra del	49/23 55/21	Program a de	Texto 55/21 https://lc.cx/3LUqul
3		<u>Fueguino</u>	Enf.	Fuego	66/19	Enferme	Texto 489/17
201		VILLEGAS P y	Mg. Seguí		489/17	ría	https://lc.cx/bBua5s
7		LÖFFLER	Lic. Salomón Enf. Valls			Escolar	

Tabla 4. Proyectos legislativos sobre Enfermería Escolar en Argentina.

[Investigación de autores (2023)]

Desafíos para el Departamento Enfermería-UNSL

1. Construir conciencia intradisciplinar, social y política de la importancia de “una enfermera a tiempo completo en cada escuela” para lograr los ODS-Objetivos de Desarrollo Sostenible provincial y nacional.
2. Lograr la promulgación de la Ley que regule las funciones y alcances de la Enfermería Escolar. No será fácil dado que exige dialogo intradisciplinar, como intersectorial y político. No obstante, permitirá aprovechar de forma eficiente al personal de enfermería en el primer nivel de atención en escuelas de gestión pública, disminuir a mediano y largo plazo los costos de atención secundaria y terciaria de salud y promover el desarrollo sostenible del país.
3. Tener en cuenta estadísticas nacionales y provinciales disponibles:
 - a. Censo poblacional (INDEC 2010)²⁸, de los 40.117.096 habitantes, 10.426.732 (**26%**) tenían edad escolar.
 - b. Más de 23 mil escuelas de Nivel 1° y gestión pública (MENA 2022, p. 3)²⁹. Casi la mitad son escuelas rurales (p. 29).
 - c. Las condiciones sociales de la población escolar de 0 a 14 años en

2021 eran 54% pobres, 17% indigentes (p. 2).

d. Provincia de San Luis cuenta actualmente con 125.000 alumnos, distribuidos en **684 establecimientos** educativos (El Diario de la República 2023)³⁰. Del total, 463 (68%) son escuelas de gestión pública, 20 (3%) auto-gestionadas y 141 (20%) Generativas y Generativas rurales; 60 (9%) de gestión privada. Estos indicadores orientan acerca del número de enfermeras/os y licenciadas/os que deberán formarse como mínimo para que el proyecto político sea viable en la provincia.

e. Datos recolectados por estudiantes avanzados de la Carrera de Licenciatura en Enfermería-UNSL (Soto 2023, pp. 87, 106), se calculan no menos de **6 escuelas por cada enfermera/licenciada** de los CAPS. Esto sumado a los requerimientos de la demanda espontánea, traslados a centros de referencia y atención de emergencias en el mismo centro. El déficit cuantitativo de personal enfermero destinado a comunidades educativas repercute directamente en el tiempo disponible para la promoción de salud y prevención de enfermedades con personas en edad escolar.

CONCLUSIÓN

El Departamento enfermería de UNSL tiene la oportunidad de iniciar un proceso instituyente con los siguientes objetivos:

- Promover nuevo rol enfermero en comunidades educativas de la provincia.
- Modificar el modelo de atención enfermera hospitalocéntrica.
- Cambiar el paradigma medicalista dominante que no da respuestas a principios del enfoque APS ni a comunidades vulnerables en edad escolar.
- Lograr acuerdos intersectoriales e internacionales para trabajo conjunto con comunidades educativas.



Fig. 1. Modelo de Modelos de Cuidados enfermeros progresivos. [Basado en Modelo de Orem (2001)]



Fig. 2. Teoría de la Enfermería Transcultural. Modelo de Sol Naciente. [Leininger (2004)]

REFERENCIAS

- ¹ SOTO VERCHÉR M. y cols. (2023). *Enfermería Comunitaria y Escolar*. Apunte. Asignatura Enfermería en Salud Comunitaria 2. Carrera Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luís. En NEU
https://drive.google.com/file/d/1czqnfas_CR198EQDJdyY3eYiZ_-KAA2X/view?usp=drive_link
- ² OMS-OPS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- ³ OREM, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. 4  ed. Masson- Salvat. Barcelona.
<https://drive.google.com/file/d/1KgKORO2tbPy6dTp5mIA4M11EctC64NOh/view?usp=sharing>
- ⁴ PEVE, A. Y SPINELLI, H. (2021). *Los cuidados progresivos de pacientes como política hospitalaria. Su implementación en EEUU, 1953-1969*. Cuadernos Médicos Sociales 61(1), 7-16. <https://lc.cx/FN-Kay>
- ⁵ OPS/OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia internacional de atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- ⁶ LEININGER, M. Y MCFARLAND M. (2006). *Culture Care diversity and universality. A worldwide Nursing Theory*. 2  ed. Jones & Bartlett Learning. USA. <https://lc.cx/yMXRnL>
- ⁷ SOLER PARDO, E. (2022). *Marco contextual de la Enfermería escolar en el ámbito internacional y nacional*. Consejo General de Enfermería. ACISE-Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar y ACEESE-Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar. Gerona, España. <https://lc.cx/2JxmOf>
- ⁸ ALLIGOOD MR (2015). *Modelos y teorías en Enfermería*. 8  ed. Elsevier España.

<https://drive.google.com/file/d/1tXK7MzRRzaQsbZInPGRkZfW9w9cAPHfS/view?usp=sharing>

- ⁹ OPS (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Serie 1: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-estrategias_desarrollo_equipos_aps.pdf
- ¹⁰ HCNA-HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (1995). *Ley N° 24.430. Constitución de la Nación Argentina*. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- ¹¹ CNCPS-CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES (2023). *Agenda ODS- Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, Argentina*. Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de ONU. Nueva York 2015. <https://www.argentina.gob.ar/politicassociales/ods/institucional>
- ¹² OMS/OPS y UNESCO (2022). *Directrices sobre los servicios de salud escolar*. Versión oficial en español. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56726/9789275325865_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ¹³ HCNA (2005). *Ley N° 26.061. Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. BO 26/10/05, N° 30767, p. 1. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778>
- ¹⁴ MSNA-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2015). *Resolución N° 11. Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE)*. BO 13/3/2015, N° 33089, p.4. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=244808>
- ¹⁵ MSNA (2021). "CIS-Control Integral de Salud destinado a niñas, niños y adolescentes en edad escolar". https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/Planilla_de_Control_Integral_de_Salud_11-2021.pdf

- 16 MENA-MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA (2023). *PPyCAE-Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo*. <https://lc.cx/P3K8Fi>
- 17 HCNA-HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (1991). *Ley N° 24004. Ejercicio de la Enfermería*. BO 28/10/91, N° 27250, p. 2. InfoLeg.
- PEN-PODER EJECUTIVO NACIONAL (1993). *Decreto Reglamentario. Ley N° 24004*. BO 16/12/93, N° 27787, p. 2. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/8989/norma.htm>
- 18 MSNA (2006). *Resolución N° 1105. Creación y objetivos de la Comisión nacional asesora del ejercicio de las profesiones de grado universitario en salud*. BO 02/08/2006, N° 30960, p. 8. Página: 8. InfoLeg. <https://shorturl.at/drG29>
- 19 MSNA (2011). *Resolución N° 199. Listado de especialidades de Licenciados en Enfermería*. Plan Federal de Salud. BO 03/03/11, N° 32104, p. 19. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=179831>
- 20 MSNA (2023). *Resolución N° 2055. Perfil y constitución de Comisiones especiales de evaluación para Licenciadas/os en enfermería, en especialidades de Enfermería*. BO 18/09/23, N° 74538. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/294292/20230918#>
- 21 JGM-JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS (2021). *Decisión Administrativa N° 384. Ministerio de Salud, estructura organizativa*. BO 21/04/21, N° 34636, p. 25. InfoLeg. <https://lc.cx/F9FVOP>
- 22 MSNA (2021). *Resolución N° 2621. Creación de la Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería*. BO 24/09/21, N° 34756, p. 51. InfoLeg. <https://lc.cx/Zqbvix>
- SUBSECRETARIA DE CALIDAD REGULACION Y FISCALIZACION (2022). *Disposición N° 209. Reglamento de funcionamiento*. BO 12/07/22, N° 34959, p. 94. InfoLeg. <https://lc.cx/3bHdbz>

- ²³ HCNA-HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA (2023). *Ley N° 27712. Promoción de la formación y del desarrollo de la Enfermería*. BO 03/05/2023, N° 35162, p.8. InfoLeg. <https://lc.cx/jt3TtG>
- ²⁴ MSNA (2023). *Resolución N° 938. Directrices de organización y funcionamiento de gestión de enfermería y marco de los cuidados progresivos*. BO 15/05/2023, N°35170, p. 36. InfoLeg. <https://lc.cx/1l-jHO>
Anexo: https://lc.cx/6O_0oh
- ²⁵ MSNA (2021). *Resolución N° 2546. Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024*. BO 22/09/202, N° 34754, p.38. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/354386/norma.htm>
- ²⁶ AEEA- ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA ESCOLAR ARGENTINA (2023).
https://lc.cx/li_dzW
- Petición Change.org. <https://lc.cx/17mgGC>
- Campaña https://www.youtube.com/watch?v=OplbV_NdafA
- ²⁷ CPESPSF- COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SUR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE (2022). *Recorrido cronológico de la Enfermería Escolar*. Subido a Sitio Web 09/10/2022. <https://lc.cx/Gw8H63>
- ²⁸ INDEC- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2010). *Total del País y por edad*. Cuadros P1 y P5. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- ²⁹ MENA (2022). *Informe Nacional de Indicadores Educativos. Situación y evolución del derecho a la educación en Argentina*. Dirección Nacional de Evaluación, Información y Estadística Educativa. CABA. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_nacional_indicadores_educativos_2021_2_1.pdf
- ³⁰ El Diario de la República (2023). *En el inicio de clases, San Luis contará con 684 escuelas*. Redacción MGE del 26/02/23. <https://www.eldiariodelarepublica.com/nota/2023-2-26-8-5-0-en-el-inicio-de-clases-san-luis-contara-con-684-escuelas>

**EJE: EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD.**



LA FUNCIÓN DEGLUTORIA Y SUS ALTERACIONES

Silvia Adriana HUARTE*, Bibiana E. HIDALGO, Agustina COMERCI, Mariana FÉLIX, Gisela Andrea RUFENER, María Julieta GALENDE, Tamara MASCIONI.

RESUMEN

En el transcurso de la investigación, se han realizado la descripción de la función deglutoria en distintos rangos etarios. Puntualmente en recién nacidos, se evaluó el estado del frenillo lingual y su relación con la succión en bebés menores de 6 meses. Respecto al rango etario correspondiente a la infancia (6 a 11 años) se buscó establecer la relación entre la alteración de la función deglutoria en su etapa oral y las alteraciones del habla. En el rango etario entre 12 a 18 años, se analizó y describió la función deglutoria en adolescentes de una escuela pública secundaria. Con respecto a los adultos, se valoró la presencia de alteraciones de la seguridad deglutoria en sujetos con disfagia neurogénica.

La deglución es la capacidad de trasladar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago (Cámpora & Falduti, 2015). Es una actividad neuromuscular compleja, que establece una estrecha coordinación entre el sistema respiratorio y el sistema nervioso central. Las dificultades, molestias o dolores producidos en el trayecto de la boca al estómago de los alimentos, saliva u otros, se denomina disfagia. Los trastornos de la deglución pueden ocurrir en distintas etapas de la vida, aunque son más frecuentes en las etapas extremas: prematuros, neonatos y ancianos. Resulta vital la realización de evaluaciones exhaustivas a los fines de determinar el mecanismo que presente la deglución en cada caso, así como la etiología que le da origen. El objetivo fue analizar y describir la función deglutoria y sus alteraciones en diferentes grupos etarios.

La propuesta de investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, transversal y con finalidad básica. La muestra se seleccionó de manera intencional y estuvo constituida por sujetos de distintos grupos etarios: bebés y primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12 -18 años), adultez (19-59 años) y personas mayores (60 años o más).

Respecto a los resultados obtenidos, en el rango etario de recién nacidos, los resultados observados fueron presentan frenillo lingual alterado desarrollaron una lactancia caracterizada por incoordinación de movimientos, ahogos, regurgitación, mordida, suelta del pezón y emisión de sonidos o chasquidos al amamantar.

Respecto al rango etario correspondiente a la infancia (6 a 11 años), se observó que las alteraciones deglutorias poseen una repercusión principalmente en la producción de algunos fonemas como los dentales y alveolares según el punto articulatorio.

En relación al rango etario entre 12 a 18 años, en quienes se manifiesta que a pesar de que varios sujetos utilizan ortodoncia, ortopedia u otros métodos de

* e-mail: silviaadrianahuarte@gmail.com - Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad Nacional de San Luis.

adaptación estructural, los aspectos funcionales orofaciales no manifestaron alteraciones que puedan significar una recidiva en los mencionados tratamientos.

Con respecto a los adultos jóvenes (18 a 59 años) con disfagia neurogénica. Se utilizó el método de videofluoroscopia, estimando la presencia de alteraciones de la seguridad deglutoria y riesgo de penetración o aspiración de alimentos a la vía aérea a través de la Escala de Penetración y Aspiración (PAS). Los resultados encontrados muestran que la consistencia segura resultó ser la semisólida. El reflejo deglutorio se observó enlentecido cuando se evaluó la consistencia sólida.

Respecto a los resultados observados en relación a la deglución del grupo de adultos mayores (60 años o más) fueron: apraxia, dificultad en movimientos coordinados, reducida elevación laríngea, disminución de la protección de la vía aérea, incoordinación y asincronismo en el transporte del bolo alimenticio por cada una de las etapas que comprenden el proceso de deglución en la mayor parte de los sujetos, dificultad en la preparación y traslado del bolo, problemas de masticación, regurgitación oral o nasal, babeo, dificultad en el manejo de las secreciones e hiposaliva, problemas al hablar y articulación difícil, dificultad en el inicio de la deglución, retardo en el inicio del reflejo deglutorio y alteraciones en la voz durante una comida y después de ella, tos antes de la deglución, durante esta y después. Todas estas características son concordantes con la denominada presbifagia.

Por lo tanto, se concluye que las alteraciones deglutorias, colocan al sujeto en una situación de vulnerabilidad no solo por la alteración en sí, sino que suelen impactar en su calidad de vida y sus vínculos sociales. Tal como se observa en los resultados de la presente investigación, todas las alteraciones deglutorias evidenciadas en los distintos rangos etarios y características de los sujetos, significan un impacto en algún otro sistema de su organismo, o de su calidad de vida en general.

Palabras clave: Deglución- Alteraciones Deglutorias- Grupos Etarios

Keywords: Swallowing- Swallowing Disorders- Age Groups

INTRODUCCIÓN

En el campo de la Fonoaudiología, la Fonoestomatología es una de las áreas con mayor demanda social e inclusión en los servicios y equipos de salud. En el sistema fonoestomatognático se desarrollan las funciones de succión, masticación, deglución, respiración y fonoarticulación. La deglución es una función que excede al fin propio de la alimentación. Es la capacidad de trasladar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago (Cámpora & Falduti, 2015). Es una actividad neuromuscular compleja, que establece una estrecha coordinación entre el sistema respiratorio y el sistema nervioso central. Las

dificultades, molestias o dolores producidos en el trayecto de la boca al estómago de los alimentos, saliva u otros, se denomina disfagia. Esta alteración puede provocar diferentes complicaciones, entre las que se pueden incluir: afecciones respiratorias, deshidratación, desnutrición, entre otras; de gravedad variable para el sujeto (Cámpora & Falduti, 2015). Los trastornos de la deglución pueden ocurrir en distintas etapas de la vida, aunque son más frecuentes en las etapas extremas: prematuros, neonatos y ancianos. Los cambios en los patrones de deglución, implican una evolución tanto de estructuras como de función en el niño. Las causas que pueden afectar esta transición pueden ser múltiples: malos hábitos orales, respiración bucal, malformaciones faciales, incluso factores emocionales y afectivos vinculados a la vida del niño. Cuando existe a lo largo del acto deglutorio, alguna alteración en la estructura o fuerza; es probable que las características propias de la deglución infantil persistan en el período en que debería presentarse la deglución adulta; a este fenómeno se lo denomina deglución atípica. Resulta de vital importancia la realización de evaluaciones exhaustivas a los fines de determinar el mecanismo que presente la deglución en cada caso, así como la etiología que le da origen. De esta manera, se facilita el abordaje temprano que impedirá la aparición de alteraciones estructurales y articulatorias, entre otras.

El fonoaudiólogo es convocado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en este escenario se inserta en los equipos de salud, a raíz de los avances tecnológicos que caracterizaron a estas últimas décadas, y que generó un aumento en la sobrevida de los prematuros extremos. Ello trajo reflejado la modificación en la morbilidad esperada, lo que convoca a los profesionales de la salud, en tareas de abordajes y cuidados dedicados a recién nacidos cada vez más pequeños. El proceso de comunicación se inicia prenatalmente, a través de incrementos sensoriales en el útero materno; luego el niño nace y es colocado en el pecho de su madre, donde capta otros indicadores que también estarán sirviendo de comunicadores, como la frecuencia cardiaca, la temperatura, y el contexto-ambiente; éstos son adaptables, y tomarán un papel preponderante en la instalación del modelo de interacción neonatal. El tema constituye un nuevo ámbito laboral en el campo de la Fonoaudiología, ya que amplía los conceptos

abordados hasta la actualidad desde una mirada holística, e incorpora nuevas intervenciones y estrategias; tales como: la mirada de la familia, el neurodesarrollo y la interpretación del proceso de alimentación como un medio de comunicación.

Por lo anteriormente expuesto, el propósito fundamental de esta propuesta de investigación fue analizar y describir la función deglutoria y sus alteraciones en diferentes grupos etarios, tales como: en la primera infancia (0-5 años) infancia (6- 11 años) y adolescencia (12- 18 años); en adultos (19- 59 años) y en personas mayores (60 años o más).

La propuesta de investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo lo que permitió caracterizar la función deglutoria y sus alteraciones en diferentes grupos etarios. Según el alcance temporal fue transversal, ya que se trabajó en un tiempo determinado realizando un corte en un momento específico.

A los fines de estudiar este fenómeno en los distintos rangos etarios, se seleccionaron de manera intencional 5 muestras las cuales quedaron constituidas por sujetos que se encuentren dentro de las siguientes etapas: primera infancia (0-5 años), infancia (6- 11 años), adolescencia (12 -18 años), adultez (19-59 años) y personas mayores (60 años o más).

Las técnicas de recolección de información que se utilizaron para el desarrollo de la investigación fueron la observación, las entrevistas y cuestionarios semiestructurados y estructurados. Se utilizaron diversos instrumentos tales como registros de observación, historias clínicas, test, fichas de recolección de datos de elaboración propia.

RESULTADOS

Los siguientes resultados hacen referencia a diversos trabajos desarrollados en el marco del proyecto de investigación.

- Estado del frenillo lingual en 8 (ocho) bebés de 0 a 6 meses de edad y su relación con la succión (Lucero et al., 2022). Los resultados obtenidos fueron: un bebé presentó frenillo lingual alterado, teniendo una lactancia caracterizada por incoordinación de movimientos, ahogos, regurgitación, mordida, suelta el pezón

y emisión de chasquidos; uno manifiesta frenillo lingual submucoso; y en 6 de los bebés se observó frenillo sin alteración presentando movimientos coordinados, succión no nutritiva eficiente, varias succiones seguidas con pausas cortas, equilibrio entre la eficiencia alimentaria y las funciones de succión, deglución y respiración, sin mordida del pezón ni chasquidos durante la succión nutritiva.

- Las funciones estomatognáticas en niños/as con hábitos orales inadecuados. Aguilera y Comerci (2022). La muestra estaba conformada por 40 (cuarenta) niños/as con edades comprendidas entre 4 y 5 años de la provincia de San Luis. De los sujetos evaluados: 45% reflejó la presencia de hábitos orales inadecuados; 82,3% presentó correspondencia con alteraciones de las funciones estomatognáticas, mientras que en 17,6 % se observó la presencia de los hábitos inadecuados lo cual no se corresponde con el estado de las funciones estomatognáticas. Se observó una relación entre la presencia de los hábitos orales inadecuados y la alteración de las funciones estomatognáticas. Sin embargo, aunque en menor medida, se destacó la capacidad de compensación de algunos niños, que mantuvieron conservadas ciertas funciones estomatognáticas.

Deglución en una muestra de 15 (quince) adultos mayores (Mascioni y Correa, 2020) los resultados fueron: apraxia, dificultad en movimientos coordinados, reducida elevación laríngea, disminución de la protección de la vía aérea, incoordinación y asincronismo en el transporte del bolo alimenticio por cada una de las etapas que comprenden el proceso de deglución en la mayor parte de los sujetos. dificultad en la preparación y traslado del bolo. Problemas de masticación, regurgitación oral o nasal, babeo, dificultad en el manejo de las secreciones e hiposialia, problemas al hablar y articulación difícil, dificultad en el inicio de la deglución. retardo en el inicio del reflejo deglutorio, tos antes de la deglución, durante esta y después. La tos es la respuesta fisiológica a la aspiración en individuos sanos y es un signo fiable para predecir la aspiración. En ocasiones, según Cámpora y Falduti (2015) este reflejo puede estar ausente y eso puede enmascarar aspiraciones, llamadas aspiraciones silentes que tienen una frecuencia de entre el 30% y 70%. Así mismo se observaron alteraciones en

la voz durante una comida y después de ella. Un cambio en la voz puede indicar residuo faríngeo por paresia de la musculatura faríngea. La llamada voz húmeda puede indicar penetración en el vestíbulo laríngeo. Los cambios en la calidad de la voz se consideran un indicador de la seguridad de la deglución y se correlacionan con la penetración en el vestíbulo laríngeo.

Autopercepción y estado de la función deglutoria en sujetos con enfermedad de Parkinson que se encuentran en estadios tempranos (Galende e Hidalgo, 2021). Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario Swallowing Disturbance Questionnaire (SQD) de autopercepción de síntomas de disfagia; protocolo de evaluación clínica de la deglución, tomado y modificado. Se llegó a la conclusión de que la autopercepción de los sujetos de la muestra se encuentra por debajo de las valoraciones obtenidas en la evaluación clínica de la deglución; las alteraciones presentes son signos incipientes, observándose indicios leves de disfagia en etapas tempranas de la enfermedad.

Al investigar epidemiológicamente, en el año 2020, la disfagia se obtuvieron los siguientes resultados, se trabajó con la información de 17 pacientes del Servicio Fonoaudiológico del Hospital San Luis. Los resultados mostraron que la edad de mayor prevalencia es entre 46 a 65 años; y que el sexo masculino preponderó sobre el sexo femenino; la mayor parte de los sujetos reciben tratamiento en internación; las causas neurológicas/degenerativas se encontraron presentes en el 47,06% de los sujetos; en cuanto a la topografía el 29,41% de los casos presento una disfagia orofaríngea; los signos y síntomas más frecuentes fueron los restos alimenticios, secreciones e infecciones respiratorias y de acuerdo a la gradualidad el 41,18% fue de tipo leve.

CONCLUSIONES

Tal como mencionan los teóricos de la materia, la deglución tiene variaciones a lo largo de la vida; por lo tanto su inspección debe realizarse teniendo presente el rango etario evaluado, y las condiciones particulares de los sujetos. Las alteraciones deglutorias, colocan al sujeto en una situación de vulnerabilidad no solo por la alteración en sí, sino que suelen impactar en su calidad de vida y sus vínculos sociales.

En base a los resultados de la presente investigación, todas las alteraciones deglutorias significan un impacto en algún otro sistema de su organismo, o de su calidad de vida en general de los sujetos.

Investigar sobre la función deglutoria nos permitió ampliar y profundizar conocimientos para enriquecer el campo científico de la Fonoaudiología actual y sus prácticas.

REFERENCIAS

- AGUILERA, G.S. (2022) *Funciones estomatognáticas en niños con hábitos orales inadecuados*. Trabajo Final de la Licenciatura en Fonoaudiología, UNSL.
- CÁMPORA, H. & FALDUTI, A. (2015) *Deglución de la A a la Z. Fisiopatología-Evaluación- Tratamiento*. Editorial Journal.
- CHIAVARO, N. (2011) *Funciones y disfunciones estomatognáticas*. Editorial Akadia.
- DONATO, S.G., BARCELONA CARASUSÁN, L. y CARBONERO VENTOSA, Y. (2014) *Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales*. Colegio de logopedas de Catalunya.
- GALENDE, M. J. (2020) *Autopercepción y estado de la función deglutoria en sujetos con Enfermedad de Parkinson*. Trabajo Final de la Licenciatura en Fonoaudiología, UNSL.
- GARCÍA BURRIEL, J.I. (2014) Disfagia en la infancia. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Servicio de Pediatría. CHUVI Hospital Xeral-Cíes. Vigo. Pontevedra. España. *Anales de Pediatría Continuada*.12 (5):221-30 - pp. 221-230. <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281814701957>
- GONZÁLEZ, D. (2017) Grupo de evaluación y seguimiento de trastornos de la deglución y de la conducta alimentaria del niño pequeño. *Fisiología de la Deglución. Trastorno deglutorio y trastorno de base sensorial*. SAP. Hospital de Pediatría Garrahan. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/Nutricion/MiArcoles2026/Gonzalez_fisiologia_deglucion.pdf

- LUCERO, L. A. (2022) *Evaluación del Frenillo lingual y su relación con la succión*. Trabajo Final de la Licenciatura en Fonoaudiología, UNSL.
- MARCHESAN QUEIROZ, I. (2017) Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas. *Revista espaciologopedico.com*. <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/211/deglucion-diagnostico-y-posibilidades-terapeuticas.html>
- MASCIONI, T. (2020) *Prevención secundaria aplicada a la función respiratoria y su relación recíproca con la deglución en adultos mayores*. Beca del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN). UNSL.
- TOLEDO, M. (2005) Succión y deglución: anatomía y fisiología. *Medwave* Oct;5(9):e2396 DOI: 10.5867/medwave.09.2396. ISSN 0717-6384. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PedSBA2005/8/2396>
- SÁENZ GARCÍA, C. M. (2011) Trastorno de la Deglución: Disfagia Fonoaudióloga con entrenamiento en trastornos de la deglución. *Revista Fundación Valle de Lili* N° 186. ISSN 1900-3560
- VALCARCEL MARTÍN, N. (2015-2016) *Terapia miofuncional en la deglución atípica*. [Trabajo de fin de grado de Logopedia. Universidad de la Laguna] San Cristóbal de la Laguna. Tenerife. España.
- VILARDELL NAVARRO, N. (2017) *Fisiopatología, historia natural, complicaciones y tratamiento de la disfagia orofaríngea asociada al ictus*. [Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona] https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2017/hdl_10803406071/nvn1de1.pdf

PROCEDIMIENTOS LINGÜÍSTICO/DISCURSIVOS EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Verónica Paulina GARRO ANDRADA, Dora Diana LUENGO*

RESUMEN

Este trabajo de investigación surge a partir del constante replanteo en relación a las producciones lingüísticas de niños con Discapacidad Intelectual moderada (DIm) en los que se observa un uso de estructuras oracionales incompletas. Diferentes estudios (Rondal, 2013; Diez, 2014; Artigas, 2011) y la práctica misma, han demostrado que el desarrollo lingüístico de las personas con discapacidad intelectual presenta déficit en diferentes aspectos de la construcción del lenguaje.

El desarrollo del lenguaje en sujetos con discapacidad intelectual se encuentra desfasado en el tiempo e incompleto con respecto al desarrollo típico. En cuanto a las habilidades comunicativas resulta muy variable, ya que las dificultades pueden ir desde la toma del turno en una conversación sencilla hasta no logra hacer uso del lenguaje en diferentes situaciones comunicativas. La competencia comunicativa incluye un conjunto de normas que se va adquiriendo a lo largo del proceso de socialización. En tal sentido, intenta dar cuenta de todos los elementos verbales y no verbales que requiere la comunicación humana, así como la forma apropiada de usarlos en situaciones diversas (Gumperz y Hymes, 1964, citado por: Saville Troike 2005)

Objetivo: caracterizar el comportamiento lingüístico de niños con DIm, específicamente en el manejo de la competencia comunicativa en la construcción del significado discursivo.

Este trabajo se basa en una investigación cualitativa, del tipo exploratorio-descriptivo, ya que intenta realizar una explicación del procedimiento discursivo en las interacciones comunicativas registradas en niños entre 7 y 10 años con

* vgarro@email.unsl.edu.ar - dluengo@email.unsl.edu.ar Facultad Ciencias Humanas - UNSL

diagnóstico de DIm. La metodología utilizada anida en la concepción de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2011).

Los datos empíricos permitieron observar, por un lado, una afectación del sistema lingüístico en general, y por otro, la concepción de complementariedad entre unidad lingüística y contexto.

De esta forma se pone en relieve la pertinencia de los aspectos pragmáticos e interaccionales por lo que el rasgo importante en relación con el significado de las palabras es aquel que depende del contexto, asimismo se pudo demostrar que, ante el déficit sintáctico, los niños utilizaron recursos contextuales-discursivos para lograr mantener la interacción. En consonancia, la lingüística cognitiva (Langacker 2010, Lackoff 2001), sostiene que el mensaje se estructura a partir del objeto comunicativo y que el signo lingüístico está motivado por la intención comunicativa, lo cual le permite al sujeto jerarquizar los aspectos del lenguaje y manipular el mensaje dependiendo de la intención comunicativa del hablante.

Palabras Claves: Lenguaje- Discurso- Discapacidad Intelectual-

Key Words: Language- Speech- Intellectual Disability-

INTRODUCCIÓN

Cualquier investigador podría a simple vista reconocer que el lenguaje aparece de modo natural alrededor del primer año y a partir de allí, acompaña e interviene en la vida de los sujetos y en la mayoría de las actividades sin que su adquisición ni uso parezcan necesitar de un esfuerzo especial. Sin embargo, a veces reclama cierta atención, en especial cuando estamos frente a niños con trastornos del lenguaje, observándose dificultades lingüísticas en los diferentes planos; es decir semántico, sintáctico, fonológico y/o pragmático. Es así como surge este trabajo de investigación, a partir del constante replanteo en relación a las producciones lingüísticas de niños con Discapacidad Intelectual moderada (DIm) en los que se observa un uso de estructuras oracionales incompletas. Diferentes estudios (Rondal, 2009; Diez, 2014; Artigas, 2011) y la práctica misma, han demostrado que el desarrollo lingüístico de las personas con

discapacidad intelectual presenta déficit en diferentes aspectos de la construcción del lenguaje.

El sistema lingüístico en su conjunto, tal como lo expresa (Lamb 2013), funciona como una red capaz de interpretar y producir símbolos en forma de palabras, cuya información se procesa en la conectividad de la red que a su vez conecta con otros subsistemas cognitivos que producen símbolos e interpretan otros que llegan del exterior. De esta forma una oración puede ser considerada como gramatical/correcta o agramatical/incorrecta según la activación de las conexiones que se establezcan en la red.

Los niños con discapacidad intelectual evidencian dificultades en la comprensión y producción de oraciones y es en estas ocasiones donde asombra la compleja y difícil tarea de lograr una actividad lingüística efectiva.

A partir de la construcción teórica elaborada en esta investigación y de los datos empíricos recogidos en el trabajo de campo, se intenta dilucidar posibles explicaciones acerca de la posibilidad y/o imposibilidad del hablante para asociar los enunciados (a pesar de las dificultades estructurales) a contextos apropiados, en función de la intencionalidad y caracterizar el discurso aun cuando se evidencia gramática incompleta. Tal es así que, se plantea el interrogante en como los aspectos pragmáticos contextuales se ponen en juego, es decir, cómo la competencia comunicativa influye en el procesamiento e integración del discurso.

MARCO TEÓRICO

Mientras que la competencia lingüística intenta explicar aquellos aspectos de la gramática comunes a todos los seres humanos, la competencia comunicativa versa sobre cada hablante como miembros de una comunidad que desempeñan ciertos roles y tratan de explicar su uso lingüístico para autoidentificarse y para guiar la actividad del hablante.

La idea de competencia comunicativa fue reelaborada por Hymes a partir del concepto chomskiano de competencia que la define como la capacidad que tiene un hablante real para utilizar todos los recursos lingüísticos disponibles con el fin de producir mensajes según el contexto en el que estén interactuando. (Gil 1999

p.134). El concepto de competencia comunicativa, nacido en el seno de la etnografía de la comunicación, intenta dar cuenta de todos los elementos verbales y no verbales que requiere la comunicación humana, así como la forma apropiada de usarlos en situaciones diversas.

Cada vez que el sujeto participa de un evento comunicativo intervienen una compleja trama de saberes y habilidades, que se manifiestan tanto en los sistemas primarios de comunicación como aquellos eventos comunicativos cotidianos (una llamada telefónica, una carta, un cartel, un noticiero radial, etc.); y en los sistemas secundarios de comunicación, los que requieren más elaboración y complejidad (conferencias, foros, seminarios, textos líricos) (Desinano, 2006)

En los sujetos con DIm y desde el punto de vista comunicativo, cabe remarcar que existe una variabilidad de manifestaciones lingüísticas que van desde la capacidad para tomar el turno en una conversación sencilla hasta la adquisición de un código de comunicación para expresar sus necesidades prácticas. Es así que algunos sujetos no logran hacer uso del lenguaje, no obstante, pueden responder a instrucciones simples y otros aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del lenguaje. (Garro Andrada, 2015)

La discapacidad intelectual comienza durante la infancia e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo, en los dominios conceptual, social y práctico (Tenembau y Grañana, 2022).

El desarrollo lingüístico de los sujetos con discapacidad intelectual se presenta limitado en diferentes aspectos de la construcción del lenguaje. La relación entre el déficit en el lenguaje y la discapacidad intelectual parece tener una estrecha relación debido a la importancia de la comunicación lingüística en la sociedad actual. El papel del lenguaje en el funcionamiento cognitivo y la severidad de los problemas del lenguaje que se observan en la DIm y severa (Rondal 2001) se evidencian especialmente en los aspectos morfosintácticos. Sin embargo, los especialistas concuerdan con la idea que la necesidad de comunicarse, de estar con otros y de participar del entorno social está presente en todos los seres

humanos desde el nacimiento, aunque las dificultades estructurales del lenguaje lo dificulten.

METODOLOGÍA

Este trabajo se basó en una investigación cualitativa, del tipo exploratorio-descriptivo, ya que intentó realizar una explicación del procedimiento discursivo en las interacciones comunicativas registradas en niños entre 7 y 10 años con diagnóstico de DIm. La metodología utilizada anida en la concepción de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2011).

La consecución de esta investigación permitió establecer el siguiente objetivo:

-Caracterizar el comportamiento lingüístico de niños con DIm específicamente en el manejo de la competencia comunicativa en la construcción del significado discursivo.

Los datos fueron recolectados a través de la técnica de observación participante. Se utilizó como estrategia la conversación espontánea y se registraron las anotaciones o notas de campo utilizando el instrumento de grabaciones de audio durante las interacciones. El procedimiento para interpretar y analizar los datos obtenidos, se llevó a cabo a través de la conceptualización y reducción de los datos muestrales, a fin de elaborar las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones.

RESULTADOS

Los datos empíricos permitieron observar que en la emisión de las oraciones analizadas de niños con DIm, se evidenció el deseo propio de los sujetos por comunicarse y el ejercicio empático que debió realizar ante la demanda de las interacciones comunicativas desarrolladas.

La relación funcional que se estableció en los actos comunicativos, entre los participantes de las conversaciones, fue congruente ya que las interacciones se llevaron a cabo en una situación terapéutica preestablecida, en el lugar adecuado, y en el tiempo definido socialmente como el adecuado para llevar a cabo dicha interacción entre dos hablantes (niño- terapeuta), del tipo transaccional y personal, debido a que, si bien se intenta situar a los hablantes

en una posición de igualdad o equivalencia participativa, la interacción pasiva de los sujetos registrados, ubicó a los participante en un lugar no simétrico o equivalente, de manera que la toma de turnos se ve afectada por diferencias que refieren a la espontaneidad, y la emisión de turnos con una orientación interaccional iniciada por el terapeuta.

Las categorías conceptuales que emergieron del análisis de las interacciones fueron las siguientes:

-Peticiones de aclaración, surgen porque los participantes de las interacciones comunicativas presentaron dificultades para codificar el mensaje. El ámbito temático en el que se situaron las conversaciones fueron temas triviales, sobre la vida cotidiana que llevaban a cabo los sujetos registrados (familia, escuela, mascotas, actividades al aire libre, vestimenta, aseo, etc.). Se utilizaron recursos pictográficos para generar las conversaciones espontáneas.

En estas situaciones comunicativas se observaron secuencias marco de apertura conversacional, destinados a confirmar y apoyar la relación entre el emisor y el receptor. Se utilizó el saludo como apertura de las conversaciones con el objeto de definir una situación colaborativa, generando obligaciones participativas para el hablante- niño, utilizando la predictibilidad de los pares adyacente saludo-saludo y pregunta-respuesta. Esta predictibilidad hizo posible que, dadas dos emisiones sucesivas, los sujetos de la muestra intentaran relacionarlas y/o agruparlas formando un todo coherente. En este sentido se mantuvo con mayor frecuencia, la estructura mínima del par adyacente, compuesta al menos por dos turnos (Gallardo Paul, 1993). Sin embargo, en los datos codificados en la mayoría de las conversaciones no se observaron continuidad interactiva por parte del niño en el intercambio comunicativo del saludo, puesto que en la mayoría de los datos codificados respondieron al saludo, pero no continuaban o sostenían la interacción, utilizando silencios prolongados.

-Secuencias de concordancia, representada prototípicamente por un encadenamiento de preguntas y respuestas. Así los cambios interaccionales que se produjeron entre los hablantes fueron llevados a cabo con relativa fluidez y la

argumentación fue el tipo de discurso que se utilizó como estructura subyacente en las secuencias de concordancia establecidas.

-Secuencias de petición, invitación y ofrecimiento, se observó una clara intervención de argumentos de insistencia, con las que el primer hablante (investigadora) intenta propiciar la reacción prioritaria por parte de su interlocutor (niño).

-Turnos de habla, como emisiones temáticas, de contenido referencial, estuvo presente en los sujetos de la muestra, mientras que el turno de habla como función metaconversacional, es decir las aportaciones, continuadores, reconocedores, reclamaciones de la palabra dirigidos al turno del otro, se observaron con menos frecuencia. En este sentido la voluntad de mantener el contacto abierto fluctúa en las conversaciones establecidas.

-Secuencias de historia, en donde los sujetos de la muestra monopolizaron la palabra en un tiempo determinado y el interlocutor quedó relegado al sistema secundario de la toma de turno, tal es así, que se pudo apreciar que los hablantes “cuentan algo” al participante y ese contar algo tiene una importancia social concreta. (Gallardo Pauls 1993).

-Ejercicio empático, se puso en juego durante las interacciones, los interlocutores de las conversaciones registradas asumieron actitudes miméticas y agonales que funcionaron como estrategias de integración o acercamiento (mimesis) y de diferenciación o distanciamiento (agonalidad) de acuerdo con las características específicas de cada situación. En el caso del juego mimético su razón de ser es la empatía, es decir, la identificación mental y afectiva del sujeto con el estado anímico de otro. Estas actitudes miméticas permitieron a los interlocutores reconocer relativamente su presencia en algunas interacciones comunicativas y manifestar una adecuación discursiva constante en sus enunciados a través de repeticiones de sintagmas, como una forma de poner énfasis o darles un significado particular a las interacciones establecidas.

Durante las interacciones los niños también utilizaron, actos de habla indirectos, es decir que, para evitar la emisión explícita de disconformidad, utilizaba otro tipo de información a partir de las cuales el interlocutor debió realizar oportunos trabajos de deducción.

Al respecto, se reflexiona acerca de la causalidad de este fenómeno, sosteniendo, primariamente, que podría deberse a que los sujetos intentaron adecuar sus enunciados discursivamente en dichas repeticiones o agrupamientos valiéndose del eje paradigmático a fin de provocar la intención comunicativa requerida.

Así es como los sujetos realizan un intento a través de la búsqueda de la palabra correcta, de coordinar el despliegue de sus intenciones sobre el eje sintagmático. Asimismo, se asume, de acuerdo a los resultados obtenidos, que una oración tiene sentido, mientras que los usuarios de la lengua utilicen no solo elementos gramaticales, sino también elementos léxicos y contextuales-discursivos. Entonces, el significado de una oración estaría dado por el contexto, el orden de las palabras y las relaciones que expresan las frases. A partir de esta concepción surgen estructuras o niveles de organización del lenguaje, que permiten completar la distinción jerárquica de componentes gramaticales de una forma más general. Si bien el modelo generativista de 1981 intentaba abarcar los cuatro niveles de representación relacional dentro de la oración, dando cuenta de una estructura profunda, latente en la competencia; una estructura superficial, manifiesta en la actuación, la forma fonológica, representado por cada uno de los fonemas que conforman la entrada léxica y la forma lógica en el que se produce la interpretación semántica. Actualmente desde la lingüística cognitiva, específicamente la lingüística perceptiva de López García (1989) propone igualmente cuatro niveles del lenguaje determinados por el realce perceptivo de las diferentes dimensiones del lenguaje: “significados (nivel de recepción), formas (nivel de orden), funciones (nivel de concordancia), y uso (nivel de énfasis)”.

CONCLUSIONES

El despliegue del lenguaje cuenta con la existencia de una serie de hitos correspondientes a las etapas en las que se observa que el niño pasa de una gramática básica a una gramática más compleja en su lengua materna. En este sentido se podría establecer, desde el Norte de la lingüística cognitiva, que los niños de la

muestra teórica se valieron para elaborar sus enunciados de dos sujetos: a) sujeto psicológico, es decir el primero en aparecer, a nivel lineal, organizando las unidades según su aparición en la cadena y su grado de informatividad; y b) sujeto enfático o pragmático, en el que las unidades se identificaron por referencia al contexto. Se observó la búsqueda nominativa enquistada en el eje paradigmático, pasando por varios elementos de la serie asociativa. Así se observaron interrupciones en el desarrollo del eje sintagmático produciendo fallas en la secuenciación de sintagmas, mientras que semánticamente pareciera mejor conservada, aunque con ciertas vacilaciones. Esta característica de formular las oraciones se debería a la intención por parte del niño de comunicar un mensaje, entre los aspectos que son comunicados aparecen las funciones semánticas y pragmáticas.

Los enlaces por contextos, en algunas elicitaciones lograron establecer de alguna manera el significado adecuado. En otro sentido, a nivel discursivo, los hablantes presentaron limitaciones en la aplicación de las leyes gramaticales y pragmáticas por lo que se podría aseverar que en los enunciados de los sujetos con DIm, no logran aplicar estrategias restrictivas en la búsqueda del patrón específico para cada representación observándose fallas en la entrada lexical.

La adecuación discursiva en contexto a la cual los sujetos se vieron sometidos, junto con las intenciones comunicativas, favoreció a la interacción establecida en los eventos comunicativos llevados a cabo en esta investigación. Asimismo, en el juego empático de los sujetos de la muestra permitieron reconocer relativamente la presencia del interlocutor y manifestar adecuaciones discursivas en sus enunciados, a través de repeticiones de sintagmas, como una forma de darle sentido enfático (sujeto pragmático) o darles un significado particular a las interacciones establecidas. Esta característica podría explicarse como una adecuación discursiva en dichas repeticiones o agrupamientos utilizando el eje paradigmático a fin de establecer la intención comunicativa pretendida. Dichas actitudes buscaron reforzar los lazos interaccionales.

Así podemos establecer que los niños con DIm, poseen determinadas convenciones acerca del uso de las palabras, y la asociación de dichos enunciados a diferentes contextos, en relación a la intencionalidad establecida,

por lo que en los intercambios comunicativos aparece una dependencia a la situación secuencial y a la coherencia temática entre los enunciados. Por tal motivo es que se mantendría la estructura mínima del par adyacente, compuesta al menos por dos turnos, aunque no se estableciera continuidad interactiva. Esta sucesión de observaciones lleva a suponer que los sujetos con DIm no contarían con la posibilidad de asignar una función sintáctica, y su correlación semántica-pragmática para elicitar oraciones gramaticalmente correctas. Sin embargo, al parecer, los aspectos pragmáticos contextuales, parecerían ser la mejor vía de acceso a los enunciados, estableciendo grados de aceptabilidad apoyados en las competencias comunicativas que se ponen en juego en el procesamiento e integración del funcionamiento cognitivo-lingüístico.

Por lo tanto, se puede inferir que las intervenciones lingüísticas hacia los sujetos con DIm, no debería ligarse solamente a la capacidad de procesar distinciones sintácticas. A lo expresado se suman los aportes de la pragmática cognitiva, entendida como un sistema que interactúa con el conocimiento lingüístico y que se dirige hacia la interpretación del léxico en su contexto de uso, lo que lleva a suponer que la competencia pragmática estaría ligada a un sistema de creencias y expectativas.

REFERENCIAS

- ARTIGAS, J. (2011) Síndrome X frágil. En Artigas-Pallares, J. y Narbona, J. (2011) *Trastornos del neurodesarrollo*. Editorial Viguera
- DESINANO (2006) Los campos: lingüístico-discursivo, sociolingüístico y psicolingüístico. p.29-60. En Desinano, N. y Avendaño, F (2006) *Didáctica de las ciencias del lenguaje*. Editorial Homo Sapiens
- DIEZ, I. LOPEZ, M. MARTINEZ, V. MIRANDA, M. HUELMO, J. (2014) Lenguaje y comunicación en el síndrome X frágil. En Medina Gomez, M. Garcia Alonso, M. Diego Otero, Y. (2014) *Síndrome X frágil. Manual para familias y profesionales*. Medina, Editorial Altaria.

- GALLARDO PAULS, B (1993) La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones. *Revista Contextos XII* 21-22 p. 189-220
- (1993) *Lingüística perceptiva y conversación: secuencias*. Editorial Artes gráficas Soler, S. A
- GARRO ANDRADA, V. (2015) La gramática incompleta en el niño con discapacidad intelectual: La palabra función y sintagma. [Tesis de Doctorado en fonoaudiología, Universidad del Museo Social]
- GIL, J.M. (2001) *Introducción a las teorías lingüísticas del siglo XX*. Editorial Melusina. (p.134)
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/atencion_temprana_comunicacion_y_desarrollo_del_lenguaje.pdf
- LAKOFF, G. (2001) *Metáforas de la vida cotidiana*. Cátedra
- LAMB, S. (2011) *Senderos del cerebro. las bases neurocognitivas del lenguaje*. Editorial Eudem
- LANGACKER, R. (2009) *Investigations in Cognitive Grammar*. Berlin and New York: Mouton de Gruyter. *Cognitive Linguistics Research* 42. Paperback edition: 2010.
- RONDAL, J. (2001) El lenguaje en el retraso mental: Diferencias individuales y sindrómicas y variación neurogenéticas. *Revista logopedia foniatría y audiolología V XXI* (2), p. 46-63
- RONDAL, J. y LANG, P. (2009) Atención temprana: comunicación y desarrollo del lenguaje. *Revista síndrome de Down nº1* v. 26, pp 21-31. Editorial Fundación Síndrome de Down Cantabria
- STRAUSS, A. y CORBIN, J. (2012) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- TENEMBAUM, S. Y GRAÑANA, N. (2022) *Manual de tratamiento en neurodesarrollo y neurología infantil*. Tomo I. Editorial La Crujía

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y VARIACIÓN DE PESO CORPORAL EN ADULTOS QUE REALIZARON DIETA CETOGENICA Y AYUNO INTERMITENTE, EN UN CENTRO MÉDICO DE SAN LUIS

Jessica Vanina GARRO BUSTOS*, Silvia Ivana RODRÍGUEZ SALAMA, Cecilia ALBISU

RESUMEN

En el tratamiento nutricional del sobrepeso y obesidad se implementan nuevas estrategias alimentarias, tales como el ayuno intermitente (AI) y la dieta cetogénica (DC) que aseguran la pérdida de peso, entre otros beneficios. La DC es una estrategia alimentaria que se basa en la selección de alimentos que aportan un alto contenido en grasas, un bajo contenido en hidratos de carbono y un aporte de proteínas recomendados para la edad del paciente (Perez-Katz et al., 2021). El AI es una estrategia dietética en la que los períodos de consumo normal de alimentos y bebidas están marcados por períodos de ayuno. (Templeman et al, 2018). Objetivo: Describir la adherencia al tratamiento nutricional y variación de peso en pacientes adultos de 19 a 59 años que realizaron DC y AI, los cuales asistieron al Centro Médico de la ciudad de San Luis, en el periodo de agosto del 2021 a febrero del 2022. Estudio cuantitativo de corte longitudinal y descriptivo, realizado en una muestra de 40 adultos jóvenes y maduros. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta validada previamente en el marco de un PROIPRO, donde se indagó sobre la realización de los tratamientos nutricionales de DC y AI. En el 100% de la muestra (n= 40) existió descenso de peso, observándose que a mayor grado de adherencia mayor fue el descenso de peso. Se evidenció falta de motivación personal en ambos tratamientos; dificultad en la adquisición de alimentos, restricción de alimentos con hidratos de carbono; dificultad a nivel socioeconómico. La DC y el AI pueden ser alternativas alimentarias para el tratamiento nutricional de descenso de peso.

Palabras Claves: Adherencia, Variación De Peso, Dieta Cetogénica, Ayuno Intermitente.

Key Words: Adherence, Weight Variation, Ketogenic Diet, Intermittent Fasting.

INTRODUCCIÓN

Los patrones alimentarios y estilos de vida actuales, son la principal causa de una marcada prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo cual a su vez se convierte en un problema de salud alarmante a nivel mundial.

* vanigarrob@gmail.com PROIPRO N° 10-05202 - Facultad de Ciencias de la Salud - UNSL

La prevalencia de obesidad y sobrepeso, indicarían que las intervenciones no estarían siendo efectivas, probablemente por la falta de adhesión, pero también por el tipo de tratamiento. Cabe aclarar que se trata de una patología multifactorial, pero el presente estudio considera el tratamiento alimentario-nutricional y su adhesión.

Resulta fundamental conocer los niveles de adhesión de los pacientes a los tratamientos, especialmente si se trata de algo tan vital y de práctica diaria como la alimentación. Dicha adhesión tiene una correlación directa con la eficacia del tratamiento, es decir con el logro de los resultados y sus tiempos.

A partir de investigaciones de gran relevancia se podría decir que la implementación del ayuno intermitente y la dieta cetogénica, es un paradigma alimentario muy eficaz, para la pérdida de peso y la mejoría del estado de salud a partir de múltiples indicadores por lo expuesto el objetivo de la investigación fue:

Describir la adherencia al tratamiento nutricional y variación de peso en pacientes adultos de 19 a 59 años que realizaron dieta cetogénica y ayuno intermitente, los cuales asistieron a un Centro Médico Privado de la ciudad de San Luis, en el periodo de agosto del 2021 a febrero del 2022

MARCO TEÓRICO

Sobrepeso Y Obesidad

Se caracteriza por el aumento de peso producido por la acumulación excesiva de grasa en una magnitud tal que compromete la salud (Sociedad Argentina de Nutrición [SAN], 2013). Su etiología es multifactorial, es decir, se causa por múltiples factores, entre ellos genéticos, neuroendocrinológicos o ambientales, como una inadecuada alimentación o la inactividad física, que generan una disminución en el gasto de energía y un aumento en la ingesta alimentaria, que en conjunto llevan a un balance energético positivo (García Moya, 2020).

La obesidad en personas adultas es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Se estima que mueren alrededor de 4 millones de personas adultas al

año en el mundo como consecuencia de las mismas (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud [ENNyS], 2018).

En América Latina la proporción de personas adultas con sobrepeso y obesidad aumentó significativamente en las últimas décadas, siendo para el año 2018 de 57,7% y 23% respectivamente (ENNyS, 2018). Argentina, no es ajena a este problema ya que, según datos de la 4ta Encuesta Nacional De Factores De Riesgo (ENFR, 2018), el 66,1% tiene exceso de peso, donde el sobrepeso alcanza al 33,7% y la obesidad al 32,4% de la población.

Ayuno

Se podría afirmar que ayunar es tan importante como comer y tanto el equilibrio entre ambos permite nuestra supervivencia, como su desequilibrio nuestra desaparición.

Por esto, cada vez más la ciencia estudia cómo podemos “jugar” con este equilibrio entre comer, qué comer y no comer para salvar nuestra salud.

Si juntamos los grandes avances científicos con estas capacidades fisiológicas del organismo, obtendremos un amplio abanico de herramientas para abordar numerosas patologías como la obesidad

Ya en 1900 los investigadores empezaron a mostrar un gran interés en los efectos que el ayuno tenía en obesidad. *The fasting cure* (la cura del ayuno) escrita por Upton Sinclair, político y escritor, en 1911 puso al ayuno y su potencial curativo en el punto de mira. En 1915, Otto Folin (químico) y W.G. Denis (bioquímica y fisióloga) recomendaban periodos cortos y continuados de ayuno como una forma de reducción de peso, dejando los ayunos más prolongados para casos más extremos de obesidad.

No fue hasta 1945 cuando el ayuno intermitente, la práctica de restringir la alimentación a unas horas determinadas del día, empezó a ser investigado en ratones de laboratorio. Desde entonces, pero sobre todo en los últimos 20 años, el ayuno intermitente ha ido ganando popularidad y las investigaciones se han ido ampliando a modelos humanos.

Diferentes tipos de ayuno en función de su duración

- **Restricción temporal de alimentos / Time restricted feeding:** ayunar durante 12, 14, 16 o 18 horas seguidas en un día. Ej. cena 20h y desayuno 10h : ayuno 14/10.
- **Ayuno intermitente / Intermittent fasting:** ayunos de un día, generalmente en días alternos, una o dos veces por semana (5:2 diet). Se ingieren unas 500 kcal los días de ayuno
- **Ayuno periódico / Periodic fasting:** generalmente de dos o tres días seguidos (calorías variables) y suele ir acompañado de algún tratamiento farmacológico.
- **Dieta imitadora de ayuno / Fasting mimicking diet:** se ingieren unas 700 - 800 kcal al día durante 4 o 5 días pero con una composición controlada que consiga los efectos fisiológicos del ayuno. Periodicidad variable
- **Ayuno prolongado / prolonged fasting:** duración entre 7, 14 o 21 días. Se consumen 250-350 kcal/día a base de caldos. 1 o dos veces al año.
- **Restricción calórica / caloric restriction:** se ingiere entre un 15-40% menos de la ingesta calórica habitual al día y se puede hacer por periodos de tiempo variables en función del % de restricción.

Figura 1: Clasificación de los Ayunos**

Ayuno intermitente y pérdida de peso

La pérdida de peso que se presenta con este tipo de protocolos se debe a que el cuerpo utiliza las grasas como fuente de energía, ya que se disminuyen los carbohidratos de la dieta durante periodos de más de 8 horas; esto provoca una reducción de la insulina en sangre con un aumento de la lipólisis (Harvie y Howell, 2017).

Los periodos de ayuno originan incrementos de la lipólisis y aumentos de las concentraciones de ácidos grasos libres en la sangre para ser utilizados por los órganos, provocando un aumento de la cetosis debido a la movilización y la β -oxidación de los ácidos grasos, así como al aumento de cuerpos cetónicos.

Dieta cetogénica

Es una estrategia alimentaria que se basa en la selección de alimentos que aportan un alto contenido en grasas, un bajo contenido en hidratos de carbono y

** Nota: Adaptado de Curso “Ayuno Intermitente y Prolongado. Academia Española de Nutrición y Dietética 2023.

un aporte de proteínas recomendados para la edad del paciente (Perez-Katz et al., 2021).

Tipos de dieta cetogénica

Dieta cetogénica Estándar (SKD): muy baja cantidad de carbohidratos con moderada cantidad de proteínas y alta de grasas. Usualmente contiene 70% grasa, 20% proteína y 10% de carbohidratos.

Dieta cetogénica Cíclica (ERC): implica periodos de carbohidratos altos, por ejemplo, cinco días cetogénicos (es decir, bajo consumo de alimentos con hidratos de carbono) seguidos de dos días ricos en carbohidratos como ciclo.

Dieta cetogénica dirigida (TKD): cual permite agregar carbohidratos adicionales solo cuando se tiene periodos de entrenamiento físico intensivo.

Dieta cetogénica alta en proteínas (HPKD): la cual proporciona alrededor de 60% de grasa, 35% de proteína y 5 % de carbohidratos.

Dieta cetogénica y pérdida de peso

Los posibles mecanismos para una mayor pérdida de peso pueden ser el control del hambre debido al mayor efecto de saciedad de las proteínas, la acción supresora directa del apetito de DC y los cambios en la circulación el nivel de varias hormonas como la grelina y la leptina que controlan el apetito. Otros mecanismos propuestos son la lipogénesis reducida, el aumento de la lipólisis, la reducción del cociente respiratorio en reposo, el aumento de los costos metabólicos de la gluconeogénesis y el efecto térmico de las proteínas (Gupta, Khandelwal, Kalra, Gupta, P., Dutta y Aggarwal, 2017).

En cuanto a la menor sensación de apetito y/o mayor nivel de saciedad, puede atribuirse principalmente a dos factores: a un mayor consumo de grasas y proteínas, y a una mayor formación de cuerpos cetónicos. Las grasas y proteínas permanecen en el estómago durante más tiempo, aumentando de esta manera la saciedad, y los cuerpos cetónicos, sobre todo el betahidroxibutarato, tienen capacidad de inhibir el apetito.

Asimismo, la ingesta de alimentos con bajo índice glucémico (IG) y la baja carga glucémica de esta dieta hacen que se reduzcan las oscilaciones de glucosa

plasmática, lo cual evita episodios de hipoglucemia, y puede así reducir el hambre (García Moya, 2020).

Adherencia al tratamiento nutricional

La OMS define la adherencia al tratamiento terapéutico como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004).

Para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se distingan en este proceso los siguientes momentos: a. Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y el profesional de salud, entendida como la relación de colaboración establecida entre profesional y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos; b. Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta; c. Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento; d. Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones (Alfonso, 2004).

La adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional

Existe acuerdo en que el incumplimiento terapéutico predice pobres resultados, pero no hay consenso sobre lo que se considera adherencia en pacientes, como debe medirse, ni cuáles son las metas a establecer en este sentido (González, Giraldo, Estrada, Muñoz, Mesa y Herrera, 2007).

En este sentido, la escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad, es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan en la actualidad los profesionales de la nutrición. (Torresani, Maffei, Squillace, Belén y Alorda, 2011). En referencia a lo descrito, es acertado mencionar que existen varias causas que limitan una adecuada adherencia terapéutica, como: problemas con la pauta del

tratamiento, instrucciones insuficientes sobre la pauta del tratamiento nutricional, nivel socioeconómico, fallo en la relación entre el paciente y el profesional sanitario, desacuerdo del paciente con el tratamiento, olvidos por parte del paciente en la toma de los suplementos nutricionales (Moreno Borreguero, 2019).

Es por lo anteriormente descrito que la “adherencia al tratamiento” se ha convertido un área de enorme interés en el abordaje de la obesidad durante los últimos años y hoy en día los investigadores han comenzado a explorar este tema complejo aún no resuelto, donde los factores comportamentales y los subjetivos desempeñan un rol importante (Torresani et al, 2019).

DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque metodológico cuantitativo, descriptivo, longitudinal y retrospectivo (Hernández Sampieri et al., 2014).

Muestra: el muestreo fue no probabilístico e intencional u ofimático (Arias y Fideas, 2012). La muestra quedo conformada por 40 pacientes en el marco del PROIPRO 100520. Ayuno Intermitente y Dieta Cetogénica y sus efectos en la Salud.

Criterios de selección: adultos de ambos sexos, cuyas edades comprendían entre 19 a 59 años, que realizaron tratamiento nutricional de dieta cetogénica y ayuno intermitente con continuidad mínima de 3 meses, entre febrero del año 2021 y agosto del año 2022 en el Centro Medico Privado, de la ciudad de San Luis independientemente de su peso corporal y que aceptaron participar con consentimiento informado

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: entrevista online realizada bajo el formato de formulario de Google. El instrumento utilizado en este estudio ha sido sometido a un proceso de validación para garantizar su fiabilidad y validez. La validación del instrumento se llevó a cabo siguiendo procedimientos estándar en la literatura científica, que incluyeron la evaluación de su consistencia interna y la comprobación de su capacidad para medir de manera precisa las variables; además se realizó una prueba piloto al

10% de la muestra. Se realizó un plan de análisis estadísticos a través de Software Microsoft Office Excel y el programa estadístico IBM SPSS Statistics 21

RESULTADOS

Descenso de peso	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Existió	40	100%
No existió	0	0%
Total	40	100%

Tabla 1. Distribución según la existencia de descenso de peso en pacientes que realizaron dieta cetogénica.

Descenso de peso	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Existió	40	100%
No existió	0	0%
Total	40	100%

Tabla 2. Distribución según la existencia de descenso de peso en pacientes que realizaron ayuno Intermitente

Tratamiento nutricional	Porcentaje medio de descenso de peso
Dieta cetogénica	11,4%
Ayuno intermitente	11,8%

Tabla 3. Distribución según la media de descenso de peso con respecto a los tratamientos nutricionales realizados por los adultos en el centro médico "Amine".

	Grado de adherencia		
	Adherencia mínima	Adherencia media	Adherencia óptima
Descenso de peso en dieta cetogénica	9,3%	12,6%	13,1%
Descenso de peso en ayuno intermitente	7,3%	13,1%	13,8%

Tabla 4. Distribución según el grado de adherencia y descenso de peso en adultos que realizaron dieta cetogénica y ayuno intermitente.

Duración del tratamiento	Cantidad de sujetos (frecuencia absoluta)	Media descenso de peso
Adherencia mínima	17	9,3%
Adherencia media	6	12,6%
Adherencia óptima	17	13,1%

Tabla 5. Distribución según la media descenso de peso y grado de adherencia en adultos que realizaron dieta cetogénica.

Cumplimiento del tratamiento	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Estricto (100%)	10	25%
Adecuado (75%)	30	75%
Medianamente adecuado (50%)	0	0%
Inadecuado ($\leq 25\%$)	0	0%
Total	40	100%

Tabla 6. Distribución de adherencia a la dieta cetogénica según el cumplimiento de las indicaciones dadas por la profesional nutricionista.

Duración del tratamiento	Cantidad de sujetos (frecuencia absoluta)	Media de descenso de peso
Adherencia mínima	11	7,3%
Adherencia media	9	13,1%
Adherencia óptima	20	13,8%

Tabla 7. Distribución según la media del descenso de peso y grado de adherencia en adultos que realizaron ayuno intermitente.

Cumplimiento del tratamiento	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Estricto (100%)	12	30%
Adecuado (75%)	27	67,5%
Medianamente adecuado (50%)	1	2,5%
Inadecuado ($\leq 25\%$)	0	0%
Total	40	100%

Tabla 8. Distribución según adherencia al ayuno intermitente respecto al cumplimiento de las indicaciones dadas por la profesional nutricionista.

Motivos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Problemas con las pautas del tratamiento	1	5%
Restringir alimentos con hidratos de carbono	9	45%
Presencia de síntomas gastrointestinales	3	15%
Dificultad en la adquisición de alimentos	7	35%
Falta de saciedad	1	5%
Falta de motivación personal	7	35%
No cumplió con sus expectativas	0	0%
Desacuerdo con el tratamiento nutricional	0	0%
Otros	2	10%
Total adultos que presentaron causas/motivos	20	

Tabla 9. Distribución de motivos que dificultaron la adherencia a la dieta cetogénica.

Causas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Ansiedad	7	46,7%
Incapacidad de adaptación	6	40%
Falta de motivación personal	5	33,3%
No cumplió con sus expectativas	0	0%
Desacuerdo del paciente con el tratamiento	0	0%
Nivel socioeconómico	3	20%
Problemas con las pautas del tratamiento	0	0%
Instrucciones suficientes sobre las pautas del tratamiento nutricional	0	0%
Presencia de hambre/falta de saciedad	1	6,7%
Otros motivos	1	6,7%
Total de encuestados	15	100%

Tabla 10. Distribución según las causas que dificultaron la realización del tratamiento nutricional "ayuno intermitente".

DISCUSIÓN

El presente estudio obtuvo como resultado que la totalidad de la muestra logró una pérdida de peso con dieta cetogénica o ayuno intermitente, como así también con ambos

Cicero et al (2015) evaluó el impacto a mediano y corto plazo de una dieta cetogénica muy baja en carbohidratos, en una muestra de 377 adultos con sobrepeso y obesidad en Italia, esta investigación demostró que la dieta cetogénica produjo una reducción del peso corporal de +- 3 kg en un lapso de tiempo de 4 a 12 semanas.

Valinskas et al (2022), sobre la pérdida de peso y el compromiso de quienes realizaron dieta cetogénica, demostraron que el 87,3% de la muestra perdieron parte de su peso inicial.

En un metaanálisis realizado por Sackner-Bernstein et al (2015) concluyó que la dieta baja en carbohidratos produjo una mayor pérdida de peso, siendo ésta de 7,8 kg con respecto al peso inicial de la muestra.

Gabel et al (2018) estudio los efectos de la alimentación restringida durante 8 horas sobre el peso corporal en adultos obesos, la muestra fue de 23 sujetos, el tiempo fue de 12 semanas, cuyos resultados arrojaron una pérdida de peso del 2,6%

Seimon et al (2015), en su revisión, obtiene como resultado que la media de pérdida de peso durante el programa de restricción calórica intermitente fue de 3-5 kg durante 10 semanas.

Schroder et al (2021) obtuvo que la pérdida de peso fue de aproximadamente 4% luego de 3 meses de investigación en mujeres que realizaron el ayuno intermitente de tiempo restringido.

En el presente estudio la relación de pérdida de peso y la adherencia al tratamiento obtuvo buenos resultados, no obstante, la variable adherencia es muy relativa conceptualmente y resulta compleja para comparar y por ende para concluir si los resultados pueden ser coincidentes o no.

Foster et al (2003) en un ensayo aleatorizado donde se comparó las dietas cetogénicas frente a las dietas tradicionales (dietas bajas en calorías-grasas y ricas en carbohidratos) para la pérdida de peso durante un año, obtuvo que el nivel de adherencia fue bajo, donde el 15% de los sujetos que realizó la dieta cetogénica abandonó a los 3 meses del estudio, el 27% abandonó luego de 6 meses y 39% luego de 12 meses.

Dansinger et al (2005) evaluó la adherencia y efectividad de cuatro tipos de dietas y, entre ellas la dieta cetogénica, demostrando que, tras un año de duración, la adherencia era en general pobre para los cuatro tipos de dietas, aunque las personas que tenían una mayor adherencia a cualquiera de los grupos tenían también una mayor mejora en la pérdida de peso.

Gabel et. Al. (2018) con respecto a la adherencia al tratamiento nutricional, obtuvo que el 26% de los sujetos de su estudio abandonaron el tratamiento, sin embargo, ningún sujeto refirió haber abandonado debido a problemas con la

dieta. Estos hallazgos preliminares sugieren que la alimentación restringida en el tiempo puede tolerarse bien durante períodos cortos en sujetos obesos.

Rejane et al (2020) evaluó el efecto del ayuno intermitente restringido en el tiempo sobre el peso corporal, la composición corporal y los signos vitales de mujeres de bajos ingresos con obesidad, durante 12 meses, en el cual el 53,4% de la muestra abandonó el estudio.

CONCLUSIÓN

Se produjo un descenso de peso en la totalidad de la muestra y en ambos tratamientos nutricionales (DC y AI) observándose que a mayor adherencia mayor es la pérdida de peso.

En cuanto al descenso de peso y grado de adherencia en el tiempo a la dieta cetogénica se obtuvo el mismo porcentaje en adherencia óptima y mínima y con respecto al cumplimiento de las indicaciones el mayor porcentaje fue el estricto y el adecuado

En relación con el descenso de peso y grado de adherencia en el tiempo del ayuno intermitente se obtuvo el mayor porcentaje en la adherencia óptima y con respecto al cumplimiento de las indicaciones, el mayor porcentaje fue el adecuado

En cuanto a las causas que dificultaron el logro de la máxima adherencia a los tratamientos nutricionales, los principales obstáculos manifestados fueron la falta de motivación personal, la restricción de alimentos con hidratos de carbono y la dificultad en la adquisición de los alimentos permitidos por razones de costo, la ansiedad con incapacidad de adaptación, en ningún caso manifestaron el no cumplimiento con sus expectativas o desacuerdo con el tratamiento nutricional

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que la dieta cetogénica y el ayuno en sus diferentes modalidades es un tratamiento eficaz para la pérdida de peso, la mayor dificultad radica en la adherencia al tratamiento para que el mismo se convierta en un patrón alimentario permanente, por lo cual los motivos que obstaculizan la adherencia son puntos clave sobre los que es necesario poner énfasis para trabajar con el paciente y su entorno.

REFERENCIAS

- ALFONSO, L. M. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*, 30(4)http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es&tlng=es.
- ARIAS, F. G. (2012). El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica. *Episteme*.
https://www.researchgate.net/publication/301894369_EL_PROYECTO_DE_INV_ESTIGACION_6a_EDICION/link/572c1b2908ae2efbfbdbde004/download
- CAPRARA, G. (2018). Diet and longevity: The effects of traditional eating habits on human lifespan extension. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 11. 1- 34. 10.3233/MNM-180225
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- COVARRUBIAS GUTIÉRREZ, P., ABURTO GALVÁN, M., & SÁMANO OROZCO, L. F. (2013). Dietas cetogénicas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 98-111.
- DEEMER, S. E., PLAISANCE, E. P., & MARTINS, C. (2020). Impact of ketosis on appetite regulation—a review. *Nutrition Research*, 77, 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.nutres.2020.02.010>
- GONZÁLEZ Z, L. I., GIRALDO G, N. A., ESTRADA R, A., MUÑOZ R, A. L., MESA S, E. Y HERRERA G, C. M. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista chilena de nutrición*, 34(1), 46-54.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000100005>
- HARVIE, M., & HOWELL, A. (2017). Potential Benefits and Harms of Intermittent Energy Restriction and Intermittent Fasting Amongst Obese, Overweight and Normal Weight Subjects—A Narrative Review of Human and Animal Evidence. *Behavioral Sciences* 7 (1): 4, 1-22.
- HERNÁNDEZ, SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., Y BATISTA LUCIO, P. (2014) *Metodología de la investigación*. (6ta edición). Mcgraw-Hill

- JANE, L. E., ATKINSON, G., JAIME, V. M., HAMILTON, S., WALLER, G., & HARRISON, S. (2015). Intermittent fasting interventions for the treatment of overweight and obesity in adults aged 18 years and over: a systematic review protocol. *JB1 evidence synthesis*, 60-68
- MCCUE, M. (2012). *An Introduction to Fasting, Starvation, and Food Limitation*. 10.1007/978-3-642-29056-5_1
<https://kinnu.xyz/kinnuverse/lifestyle/intermittent-fasting/historic-and-scientificaspects/>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definidos.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. <https://fagran.org.ar/documentos/seccion/organismosnacionales/2020/01/2-ncuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2/>
- MORENO BORREGUERO A. (2019). La unión hace la fuerza: terapia nutricional y ejercicio físico, una relación imprescindible *Nutrición Hospitalaria* 36 (N.º Extra 2)57-60 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02681>
- MORENO, B., CRUJEIRAS, A. B., BELLIDO, D., & SAJOUX, I. &. (2016). Obesity treatment by very low-calorie-ketogenic diet at two years: reduction in visceral fat and on the burden of disease. *Endocrine* 54, 681–690. (Gupta, Khandelwal, Kalra, Gupta, P., Dutta y Aggarwal, 2017).
- PEREZ-KATZ, R.C, CASTRO-CORTÉZ H.D, LOZANO-TAVÁREZ A., ARREGUÍN-CORONADO A., URIASORONA V. & CASTRO-GARCÍA H. (2021). Dieta Cetogénica Como Alternativa En El Tratamiento De La Obesidad: Un estudio De Revisión Bibliográfica. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 20 (3), 46-57. <https://doi.org/10.29105/respyn20.3-6>
- SACKNER-BERNSTEIN, J., KANTER, D. Y KAUL, S (2015). Dietary Intervention for Overweight and Obese Adults: Comparison of Low-Carbohydrate and

- Low-Fat Diets. A MetaAnalysis *PloS one*, 10(10).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139817> Gabel et al (2018)
- SCHRODER, J.D., FALQUETO, H., MÂNICA, A., ZANINI, D., OLIVEIRA, T., SÁ, C., MACHADO CARDOSO, A Y MANFREDI, L., (2021). Effects of time-restricted feeding in weight loss, metabolic syndrome and cardiovascular risk in obese women. *J Transl Med* 19, 3 (2021).
<https://doi.org/10.1186/s12967-020-02687-0> Foster et al (2003)
- SEIMON, R.V., ROEKENES, J.A., ZIBELLINI, J., ZHU, B., GIBSON, A.A., HILLS, A.P., WOOD, R.E., KING, N.A., BYRNE, N.M., SAINSBURY, A. (2015). Do intermittent diets provide physiological benefits over continuous diets for weight loss? A systematic review of clinical trials. *Mol Cell Endocrinol*;418 153-72. doi: 10.1016/j.mce.2015.09.014
- Sociedad Argentina de Nutrición. (2013). Sobre peso-Obesidad. http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/sobrepeso_obesidad.pdf (García Moya, 2020).
- TINSLEY, M.G. y LA BOUNTY, P. M. (2015). Effects of intermittent fasting on body composition and clinical health markers in humans. *Nutrition Reviews*, (73), 10, 661–674 <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv041>
- TORRESANI, M., MAFFEI, L., SQUILLACE, C., BELÉN, L. Y ALORDA, B. (2011). Percepción de adherencia al tratamiento y disminución del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta* , 29 (137), 31-38. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004&lng=es&tlng=en.
- VALINSKAS, S., ALEKNAVICIUS, K., & JONUSAS, J. (2022). KetoCycle mobile app for ketogenic diet: a retrospective study of weight loss and engagement. *BMC nutrition*, 8(1),40. <https://doi.org/10.1186/s40795-022-00539-2>

EXPLORANDO LOS POTENCIALES BENEFICIOS MEDICINALES DE *LARREA DIVARICATA* CAV. (JARILLA) PARA LA SALUD HUMANA: EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y PERSPECTIVAS ACTUALES

DÁVILA Silvia², MATTAR DOMÍNGUEZ María Aída

Resumen

El creciente aumento de la resistencia a los antimicrobianos, particularmente por parte de especies formadoras de biopelículas y que son causantes de infecciones crónicas en pacientes con su sistema inmune comprometido, comporta sin dudas un desafío para la medicina. Es por esto que la inhibición de los factores de virulencia y/o la formación de las comunidades microbianas, a través de mecanismos no microbicidas, son ejemplos de estrategias antipatogénicas cada vez más exploradas. Existen por ejemplo, nuevas terapias basadas en anticuerpos que se dirigen a componentes proteicos específicos de las biopelículas. Pero además, los anticuerpos podrían ser candidatos prometedores para su uso concomitante con componentes de origen vegetal actuando como antibióticos, para inhibir/interrumpir la formación de estas comunidades bacterianas. En nuestro Proyecto de Investigación nos propusimos obtener este tipo de anticuerpos mediante el fenómeno de la reactividad inmunológica cruzada. En particular, hemos podido generar una respuesta inmune de anticuerpos contra diversos microorganismos patógenos para humanos pero, utilizando antígenos inoos de origen vegetal, tales como las proteínas de *Larrea divaricata* Cav., llamada vulgarmente jarilla, una planta nativa de uso medicinal. Específicamente, demostramos por primera vez que las proteínas de extractos acuosos de la jarilla inoculadas en ratones, inducen una respuesta de anticuerpos capaz de reconocer a antígenos de bacterias Gram-negativas y de un microorganismo eucariota como *Candida albicans*. Pero además de este fenómeno inmunológico, se ensayó la acción antimicrobiana del extracto crudo sobre los antedichos patógenos.

Nos propusimos además, optimizar la metodología de obtención del extracto acuoso de la planta analizando la influencia de variables implicadas en este proceso, para permitir su estandarización y facilitar su uso en las preparaciones inmunogénicas y compuestos antimicrobianos.

También, decidimos por primera vez, y con la finalidad de utilizar un modelo biológico que garantice el bienestar animal, obtener los anticuerpos de reactividad cruzada en la yema de huevo de gallina (IgY), lo que además aporta un rendimiento de inmunoglobulinas muy grande comparativamente.

Palabras Claves: *Larrea Divaricata*, Extracto Crudo, Reactividad Cruzada, Igy.

Key words: *Larrea Divaricata*, Crude Extract, Cross Reactivity, Igy.

* davilasdv@gmail.com. Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia. Área de Microbiología e Inmunología. Universidad Nacional de San Luis

INTRODUCCIÓN

Como es sabido, la eficacia de los antibióticos se ha visto gravemente afectada por la aparición del fenómeno de resistencia a antimicrobianos, lo que llevó a un aumento de la morbilidad y la mortalidad en todo el mundo. Los patógenos multirresistentes se encuentran no solo en entornos hospitalarios, sino también en la comunidad, y se consideran una de las mayores preocupaciones de salud pública (Chis et al., 2022). Los mecanismos de resistencia generados por las bacterias aunado a los efectos secundarios de los antimicrobianos, hacen que la búsqueda de tratamientos alternativos tenga mucha vigencia (Perales-Flores et al., 2023).

Las plantas han sido utilizadas por el hombre para tratar distintas patologías y afecciones desde hace mucho tiempo. El propio metabolismo de ciertas especies vegetales produce compuestos químicos con efectos farmacológicos sobre los seres vivos. Frecuentemente, las llamadas plantas medicinales se utilizan directamente en forma de infusiones o decocciones, pero también pueden elaborarse preparaciones farmacéuticas con sus extractos. En otros casos, los compuestos con actividad farmacológica son aislados desde la fuente vegetal e incluidos en medicamentos como principios activos. Entre los compuestos históricamente más importantes aislados a partir de plantas, se encuentran los medicamentos antimaláricos, los usados para el tratamiento de enfermedades cardíacas, los analgésicos, antihipertensivos, la efedrina y los relajantes musculares. Otros ejemplos de moléculas obtenidas de plantas y que son utilizadas en la actualidad, son los alcaloides como antiespasmódicos y para el tratamiento del glaucoma y los anticancerígenos (Laurella et al., 2023).

Pero se ha demostrado además, que los extractos de ciertas plantas poseen actividad antimicrobiana, lo cual constituye una importante alternativa al uso de los antibióticos convencionales y de hecho han sido comprobadas sus propiedades bactericidas, fungicidas y antioxidantes. Los extractos son mezclas de varias sustancias químicas biosintetizadas por las plantas y están compuestos principalmente por terpenos y sus derivados, así como también, hidrocarburos, alcoholes, ácidos, ésteres y aldehídos. Tienen un amplio campo

de aplicación tanto para medicina humana como veterinaria (Fernández et al., 2019).

El género vegetal *Larrea*, que debe su nombre a Don Juan Antonio Hernández de Larrea Deán de Zaragoza, presenta una distribución anfrotropical, abarcando zonas semiáridas y desérticas de América. Está representado en la flora argentina por 4 especies: *Larrea cuneifolia* que habita zonas desérticas o semidesérticas, desde la provincia de Salta hasta Chubut; *Larrea ameghinoi* que crece en un área muy restringida de la patagonia; *Larrea nitida* que es originaria de Chile y crece desde Salta hasta Chubut y *Larrea divaricata* que si bien crece en Bolivia, Perú y Chile, está ampliamente distribuida en Argentina en las provincias de Salta, Tucumán, La Rioja, Catamarca, Santiago del Estero, Córdoba, San Juan, San Luis, Mendoza, Río Negro, Neuquén, Chubut y Buenos Aires. Está estrechamente emparentada con la especie *Larrea tridentata* que crece en Estados Unidos y en los desiertos de Chihuahua y Sonora en México (Martino et al., 2013).

Larrea divaricata Cav. en particular, es una planta autóctona de América de Sur conocida con el nombre vulgar de “jarilla hembra”, “jarilla”, “jarilla del cerro”, “jarilla de la sierra”. La sigla Cav. proviene del nombre del botánico y naturalista español Antonio José de Cavanilles, quien describió a la especie (de Cavanilles et al., 1800). La Figura 1, muestra la distribución de *L. divaricata* en la República Argentina.

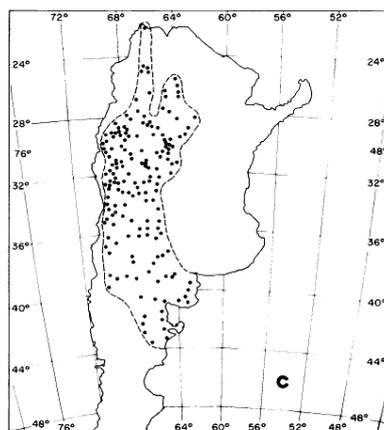


Figura 1. Distribución geográfica de *L. divaricata* en Argentina. Los puntos indican los lugares de recolección de especímenes de herbario. Autor Exequiel Ezcurra.

Es un arbusto de hasta 5 m de altura, con hojas subsésiles, hendidas hasta casi la base, con dos lóbulos lanceolados agudos, divergentes. Las flores, de color amarillo, se presentan solitarias pseudoaxilares, con pedúnculos (5-7 mm) pubescentes. El fruto es una cápsula de color amarillento-rojiza, y las semillas son lisas (Martino et al., 2013). Las Figuras 2 A y 2 B resumen las características botánicas de *Larrea divaricata* Cav.



Figura 2 A. Detalle de hojas, flor y fruto de *Larrea divaricata*. Autor Guillermo Debandi.
https://es.wikipedia.org/wiki/Larrea_divaricata



Figura 2 B. *Larrea divaricata*, arbusto. Autor Andrey Bazylenko.
<https://www.inaturalist.org/photos/251343701>

En medicina popular se utiliza en procesos inflamatorios como heridas, reumatismo, inflamación de las vías respiratorias y del tracto gastrointestinal, desórdenes gástricos, enfermedades venéreas, como tónico, antiséptico, estimulante de la expectoración, astringente y emético, también en artritis, cáncer y tuberculosis. Pero además, numerosos estudios científicos confirman sus usos etnofarmacológicos haciendo de esta planta una potencial fuente de compuestos activos para la elaboración de medicamentos y para la obtención de fitoterápicos con el fin de ser utilizados en diferentes patologías (Martino et al., 2013).

Ahora bien, el rendimiento en la obtención de principios activos o proteínas a partir de plantas representa un problema ya que al ser extraídos de fuentes naturales, resulta frecuentemente insuficiente, estando además, la cantidad de principios activos sintetizados, condicionada por factores climáticos y ambientales. Otra problemática actual, y por cierto muy importante, es que se pone en riesgo la preservación de la biodiversidad al recolectar especies naturales. Es por ello entonces que uno de los grandes desafíos en la producción de medicamentos y obtención de proteínas a partir de compuestos naturales radica en desarrollar plataformas de producción de biomoléculas. Surgió entonces la posibilidad del cultivo vegetal *in vitro*, que hace referencia al cultivo de células u órganos de una especie vegetal en un medio de cultivo que satisfaga sus requerimientos nutricionales, en condiciones controladas de temperatura y luz y en ausencia de patógenos. Esta alternativa de cultivo vegetal para la producción de compuestos de interés, se fundamenta en dos características de las células vegetales: poder adaptarse a cambios en el medio ambiente y además, crecer y regenerar un individuo completo (totipotencialidad). La posibilidad de establecer cultivos *in vitro* de una planta con propiedades medicinales, por un lado permite la producción continua y homogénea del compuesto de interés, ya que no influyen los factores climáticos ni los potenciales patógenos; y por otra parte, esta modalidad de obtención es respetuosa del medio ambiente ya que evita la recolección de la especie, protegiéndola de un potencial riesgo de extinción (Laurella et al., 2023).

Retomando el tema de la resistencia a los antimicrobianos y con respecto a los factores de virulencia de bacterias patógenas, en particular a su capacidad de formar biopelículas, distintos autores han propuesto estrategias no microbicidas para combatirlas (i) evitar la unión microbiana a una superficie; (ii) interrumpir el desarrollo de la biopelícula y/o afectar su arquitectura para mejorar la penetración de los antimicrobianos; y (iii) afectar la maduración de la biopelícula y/o inducir su dispersión y degradación (Blackledge et al., 2013; Yang et al., 2012; Masak et al., 2014). Se han ensayado nuevas terapias basadas en anticuerpos dirigidos a componentes proteicos específicos de la biopelícula bacteriana (Novotnya et al., 2020). Pero además, los anticuerpos podrían ser candidatos prometedores para el uso adjunto con antibióticos para inhibir/interrumpir las biopelículas bacterianas en una infección crónica (Ray et al., 2017).

Aquí es importante recordar que las reacciones antígeno/anticuerpo son específicas, y cuando algunos determinantes o epítomos son compartidos por distintos antígenos, una proporción de los anticuerpos reaccionará con todos ellos, es decir, diferentes antígenos resultan similares para el sistema inmunológico, fenómeno conocido en Inmunología como “reactividad cruzada”. Y aquí nuevamente se hace referencia a las plantas, ya que, como se ha demostrado, se puede generar una respuesta inmune de anticuerpos contra diversos microorganismos patógenos para humanos pero, utilizando antígenos inocuos de origen vegetal, tales como las proteínas de *L. divaricata* Cav. (Mattar et al., 2009; Sasso et al., 2012a; Sasso et al., 2012b; Canale et al., 2018; Ferramola et al., 2019). Esta respuesta inmune de anticuerpos de reactividad cruzada puede ser inducida en un modelo biológico animal con el fin de la producción de anticuerpos para ser utilizados en la inmunización pasiva contra un determinado patógeno o, para ensayos en la obtención de inmunidad activa, por ejemplo vacunas.

El modelo animal representado por la gallina se considera interesante, ya que se sabe que la biotecnología de inmunoglobulina de yema de huevo (IgY) tiene muchas ventajas sobre los anticuerpos de mamíferos. El método de obtención de IgY garantiza el bienestar animal y produce una alta concentración de

anticuerpos. Además, IgY no activa el complemento, no se une a las proteínas A y G, no se une a los anticuerpos de mamíferos, lo que reduce el riesgo de obtener falsos positivos en los inmunoensayos. Todas estas diferencias han permitido la aplicación de IgY en diferentes métodos en áreas de investigación como diagnóstico, medicina y biotecnología (Redwan et al., 2021).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los estudios científicos fitoquímicos, farmacológicos y sobre todo de producción de anticuerpos y de efectos antimicrobianos, efectuados con extractos de *L. divaricata* haciendo especial énfasis en trabajos realizados por nuestro grupo de investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Estudios fitoquímicos

Se ha reportado que *Larrea divaricata*, contiene en sus hojas un elevado porcentaje de resina, constituida entre otros compuestos por ácido nordihidroguayarético (NDGA), taninos, trazas de saponinas, trazas de leucoantocianidinas, trazas de esteroides y triterpenoides solubles e insolubles en agua, fitosteroles y flavonoides (Martino et al. 2013). En el extracto acuoso obtenido a partir de las hojas, parte de nuestro equipo de investigación identificó y cuantificó por HPLC (cromatografía líquida de alta resolución): NDGA y un flavonoide expresado como quercitrina (Davicino et al., 2011).

También en nuestro equipo de trabajo se realizó el análisis de los perfiles proteicos del extracto acuoso de jarilla mediante SDS-PAGE. Se pudo observar la presencia de 11 bandas cuyos pesos moleculares fueron de entre 85 y 16 kDa.

Acciones farmacológicas

Efectos antitumorales, antioxidantes y actividad antiinflamatoria

Se ha demostrado que el extracto acuoso obtenido a partir de las hojas de la planta presenta actividad antiproliferativa “*in vitro*” sobre líneas de linfomas murinos y también actividad antitumoral “*in vivo*” en ratas en un modelo de

carcinoma mamario inducido químicamente (Anesini et al., 2001; Davicino et al., 2011).

Se ha demostrado que el extracto acuoso tiene actividad antioxidante en modulando las especies reactivas del oxígeno entre ellas H_2O_2 y anión superóxido y es capaz de proteger de la oxidación a la vitamina C del jugo natural a través de la actividad antioxidante y antimicrobiana (Martino et al., 2013). En ratas hembras aumenta la secreción de peroxidasa en glándula submaxilar, una enzima que protege el epitelio de la acción deletérea de las especies reactivas del oxígeno involucradas en el desarrollo de enfermedad periodontal y cáncer bucal (Anesini et al., 2004).

La actividad antiinflamatoria, se determinó en modelos de artritis experimental, con un extracto metanólico, el que presentó además efecto protector de la mucosa gástrica en un modelo de úlceras inducidas con ácido clorhídrico (Martino et al., 2013). Por otro lado, una fracción obtenida a partir del extracto acuoso es capaz de disminuir los niveles de NO en macrófagos de ratón (Martino et al., 2010).

Efectos antimicrobianos

La actividad antimicrobiana del extracto acuoso ha sido determinada sobre bacterias, presentando efecto inhibitor sobre cepas de *Staphylococcus aureus* y *Salmonella Tiphy* (Martino et al., 2013). Por otro lado, otros investigadores reportan que diferentes extractos como decocción e infusión inhiben cepas de *Helicobacter pylori* resistentes a claritromicina y metronidazol (Stege et al., 2006). El extracto presenta además actividad antifúngica contra *Saccharomyces cereviceae*, colonizador de las mucosas que produce infecciones superficiales y sistémicas (Davicino et al., 2007). Por otro lado el extracto etanólico también presenta actividad antimicrobiana sobre diferentes hongos: *Lenzites elegans*, *Schizophyllum commune*, *Pycnoporus sanguineus*, *Ganoderma applanatum*, *Fusarium oxysporum*, *Penicillium notatum*, *Aspergillus niger* y *Trichorerma* spp. (Quiroga et al., 2004).

Efectos inmunomoduladores

El extracto acuoso de *L. divaricata* presenta actividad inmunomoduladora sobre diferentes células del sistema inmune entre ellas macrófagos y linfocitos murinos. La capacidad estimuladora de macrófagos también se observó en ratones infectados con *C. albicans*. Con respecto a linfocitos murinos, se demostró que el extracto acuoso incrementa la proliferación de linfocitos de bazo, timo y ganglios linfáticos sin previa estimulación con mitógenos policlonales (Martino et al., 2013).

En nuestro grupo de trabajo, hemos demostrado que las proteínas del extracto acuoso de *L. divaricata* administrado con adyuvantes a ratones, pueden inducir una buena respuesta inmune específica, mostrando reacción cruzada con proteínas de diferentes bacterias Gram-negativas, incluida *Pseudomonas aeruginosa* (Mattar et al., 2009; Sasso et al., 2012a; Ferramola et al., 2019). Sasso y col. demostraron que estos anticuerpos generados a partir del extracto acuoso también fueron capaces de neutralizar las actividades hemolíticas y proteolíticas de las proteínas derivadas de esta bacteria (Sasso et al., 2012b). Se sabe que las células inmunes innatas también participan en la erradicación de la infección bacteriana a través de mecanismos como la fagocitosis de los microorganismos opsonizados por IgG. Canale y col. demostraron que los anticuerpos generados contra proteínas de jarilla pueden favorecer la opsonización y la fagocitosis de *P. aeruginosa* por las células mieloides, como los macrófagos (Canale et al., 2018), sugiriendo que las proteínas de jarilla podrían ser utilizadas como vacunas.

Estudios de toxicidad

Se han realizado diferentes estudios de toxicidad aguda y sub-aguda. El extracto de *L. divaricata* demostró ser inocuo ya que su DL50 (dosis letal media) fue de 4000 mg/kg para las hembras y de 10000 mg/kg para los machos. Por otro lado, resultó ser no irritante en ensayos de toxicidad por vía tópica a través del modelo de irritación en la piel del conejo, ensayo de Draize y test de irritación aguda ocular en conejos, (durante 7 días), utilizando conejos machos New Zealand White (NZW) (Martino et al. 2013).

CONCLUSIONES

Han sido aislados numerosos productos naturales a partir de los cuales se han elaborado medicamentos que son utilizados en la terapéutica. En la actualidad se está impulsando el desarrollo de fitoterápicos (en base a plantas medicinales o extractos de dichas plantas) capaces de ejercer eficacia farmacológica pero con menores efectos adversos que los presentados por las drogas de síntesis y aún por principios puros aislados a partir de plantas.

En el contexto de nuestro proyecto de investigación (PROICO 02-3018, FQByF, UNSL), se demostró por primera vez que las proteínas del extracto acuoso de jarilla, inoculadas en ratones, inducen una respuesta de anticuerpos capaces de reconocer, mediante el fenómeno de reactividad cruzada, a proteínas de bacterias Gram-negativas. El motivo que nos llevó a realizar nuestros estudios se fundamenta en la búsqueda del control de las infecciones a través de mecanismos no microbicidas debido al creciente aumento de la resistencia a antimicrobianos. Se evaluó por primera vez, mediante microscopía óptica y citometría de flujo, la participación de los anticuerpos anti-proteínas de jarilla en la opsonofagocitosis de microorganismos procariotas y eucariotas y en la neutralización de sus factores de virulencia.

Los destinatarios de nuestros estudios sin duda serán ulteriormente los pacientes que sufren enfermedades infecciosas crónicas y los inmunosuprimidos por distintas causas. Los destinatarios más inmediatos son los colegas de la comunidad científica, quienes evaluarán la pertinencia del estudio y de sus resultados.

REFERENCIAS

- ANESINI, C., FERRARO, G., LOPÉZ, P., BORDA, E. (2001). Different intracellular signals coupled to the antiproliferative action of aqueous extract from *Larrea divaricata* cav. and nordihydroguaiaretic acid on a lymphoma cell line. *Phytomedicine*, 81(1): 1-7.
- ANESINI, C., TURNER, S., BORDA, E., FERRARO, G., COUSSIO, J. (2004). Effect of *Larrea divaricata* cav extract and nordihydroguaiaretic acid upon

- peroxidase secretion in rat submandibular glands. *Pharmacology Research*, 49: 441-448.
- BLACKLEDGE, M. S., WORTHINGTON, R. J., MELANDER, C. (2013). Biologically Inspired strategies for combating bacterial biofilms. *Curr Opin Pharmacol*. 13(5):699-706. doi: 10.1016/j.coph.2013.07.004.
- CANALE, F. P., DÁVILA, S. V., SASSO, C. V., PELLARÍN, N. W., MATTAR DOMÍNGUEZ M. A. (2018). Immunization with *Larrea divaricata* Cav. proteins elicit opsonic antibodies against *Pseudomonas aeruginosa* and induces phagocytic activity of murine macrophages. *Microb Pathog*. 118:257-267. doi: 10.1016/j.micpath.2018.03.029.
- CHIS, A. A., RUS, L. L., MORGOVAN, C., ARSENIU, A. M., FRUM, A., VONICA-TINCU, A. L., GLIGOR, F. G., MURES, M. L., DOBREA, C. M. (2022). Microbial Resistance to Antibiotics and Effective Antibiotherapy. *Biomedicines* 10, 1121. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10051121>
- DAVICINO, R., ALONSO, R., ANESINI, C.. (2011). “In vivo” and “in vitro” activity of *Larrea divaricata* Cav. on EL-4 cells. *Human and Experimental Toxicology*, 30 (8): 965-971.
- DAVICINO, R., GENARO, A. M., CREMASCHI, G., ANESINI, C. (2011). Leukotrienes antagonize the antiproliferative effect of *Larrea divaricata* Cav. on a lymphoma cell line interfering with cAMP intracellular level and PKC activity. *Cancer Investigation* 29 (1): 29-36.
- DAVICINO, R., MATTAR, A., CASALI, A., CORREA, G., PETTENATI, M., MICALIZZI, B. (2007). Actividad antifúngica de extractos de plantas usadas en medicina popular en Argentina. *Revista Peruana de Biología*. 14(2):247-252. doi:10.1111/j.1472-765X.2004.01521.x.
- de CAVANILLES et al. 1800. *Anales de Historia Natural*. (2(4): 122–123, pl. 19, f. 1.
- EZCURRA, E., MONTANA, C., ARIZAGA, S. (1991). Architecture, light interception, and distribution of *Larrea* species in the monte desert, Argentina. *Ecology*, 72(1), pp. 23-34
- FERNÁNDEZ, M., SILVA, P., COSTA, M., GALLI, L., BRUNO, E. (2019). Evaluación del poder inhibitorio de extractos obtenidos de plantas

- medicinales sobre enterobacterias patógenas de importancia en Salud Pública. ANALECTA VET 39(2):2732. doi.org/10.24215/15142590e040
- FERRAMOLA, F. F., DÁVILA, S. V., SASSO, C. V., MATTAR DOMÍNGUEZ, M. A. (2019). Molecular mimicry between *Larrea divaricata* Cav. plant and a reference strain of *Pseudomonas aeruginosa*. MicrobPathog. 138 (2020) 103818. doi: 10.1016/j.micpath.2019.103818.
- LAURELLA, L. C., ELSO, O. G., SÜLSEN, V. P., PERASSOLO, M., RODRÍGUEZ TALOU, J. (2023). Biotecnología en acción: plantas como biofábricas de medicamentos. <https://nanobiotec.conicet.gov.ar/biotecnologia-en-accion-plantas-como-biofabricas-de-medicamentos/>.
<http://enfoco.ffyb.uba.ar/content/biotecnolog%C3%ADa-en-acci%C3%B3n-plantas-como-biof%C3%A1bricas-de-medicamentos>
- MARTINO, R. F., ALONSO, M. R., ANESINI, C. A. (2013). *Larrea divaricata* Cav una planta con gran potencial en fitoterapia. BIFASE 26 (3), pp. 45-52
- MARTINO, R., DAVICINO, R. C., MATTAR, M. A., CASALI, Y. A., CORREA, S. G., ANESINI, C., MICALIZZI, B. (2010). In vitro immunomodulatory effects of fractions obtained from aqueous extracts of *Larrea divaricata* Cav (jarilla) on mouse peritoneal macrophages. Immunopharmacology and Immunotoxicology, 32 (1): 125-132.
- MASAK, J., CEJKOVA, A., SCHREIBEROVA, O., REZANKA, T. (2014). *Pseudomonas Biofilms*: possibilities of their control. FEMS Microbiol Ecol. 89(1):1-14. doi: 10.1111/1574-6941.12344.
- MATTAR DE ANAYA, M. A., DAVICINO, R., CASALI, Y., CORREA, S., MICALIZZI, B. (2009). Cross reaction between proteins of *Larrea divaricata* Cav. (jarilla) and proteins of Gram-negative bacteria. Immunopharmacol Immunotoxicol. 31(4):654-660. doi: 10.3109/08923973.2011.653645.
- NOVOTNYA, L. A., GOODMAN, S. D., BAKALETZA, L. O. (2020). Targeting a bacterial DNABII protein with a chimeric peptide immunogen or humanised monoclonal antibody to prevent or treat recalcitrant biofilm-mediated infections. Ebio Medicine. 59 102867. doi: 10.1016/j.ebiom.2020.102867

- PERALES-FLORES, J. D., VERDE-STAR, M. J., VIVEROS VALDÉZ, J. E., BARRÓN-GONZÁLEZ, M. P., GARZA-PADRÓN R. A., AGUIRRE-ARZOLA V. E, RODRÍGUEZ, R. G. (2023). Actividad antioxidante, tóxica y antimicrobiana de *Rosmarinus officinalis*, *Ruta graveolens* y *Juglans regia* contra *Helicobacter pylori*. *Biotecnia XXV* (1): 88-93. DOI: 10.18633/biotecnia.v25i1.1773
- QUIROGA, E. N., SAMPIETRO, A. R., VATUONE, M. A. (2004). In vitro fungitoxic activity of *Larrea divaricata* cav. extracts.. *Let Appl Microbiol* 39: 7 - 12.
- RAY, V. A., HILL, P. J., STOVER, C. K., ROY, S., SEN, C. H. K., YU, L., WOZNIAK, D. J., DI GIANDOMENICO, A. (2017). Anti-Psl Targeting of *Pseudomonas aeruginosa* Biofilms for Neutrophil-Mediated Disruption. *Sci Rep*. 7(1):16065. doi: 10.1038/s41598-017-16215-6.
- REDWAN, E. M., ALJADAWI, A. A., UVERSKY, V. N. (2020). Simple and efficient protocol for immunoglobulin Y purification from chicken egg yolk. *Poultry Science* 100:100956 <https://doi.org/10.1016/j.psj.2020.12.053>
- SASSO, C., DE ANAYA, M. A., DAVICINO, R., MARTINO, R., CASALI, Y., CORREA, S., MICALIZZI, B. (2012^a). Cross reaction between proteins from *Larrea divaricata* Cav. (jarilla) and cellular and extracellular proteins of *Pseudomonas aeruginosa*, *Immunopharmacol Immunotoxicol*. 34(4): 695-701. doi: 10.3109/08923973.2011.653645.
- SASSO, C. V., MATTAR DE ANAYA, M. A., DAVICINO, R. C., MARTINO, R., CASALI, Y., MICALIZZI, B. (2012^b). Neutralization of *Pseudomonas aeruginosa* enzymatic activity by antibodies elicited with proteins of *Larrea divaricata* Cav. *Immunopharmacol Immunotoxicol*. 34(2):346-353. doi: 10.3109/08923973.2011.607827.
- STEGE, P. W., DAVICINO, R. C., VEGA, A. E., CASALI, Y. A., CORREA, S. B. MICALIZZI. (2006). Antimicrobial activity of aqueous extracts of *Larrea divaricata* Cav (jarilla) against *Helicobacter pylori*. [Phytomedicine](#). 13(9-10):724-7. doi:10.1016/j.phymed.2005.06.008.
- YANG, L., LIU, Y., WU, H., SONG, Z., HØIBY, N., MOLIN, S., GIVSKOV, M. (2012). Combating Biofilms. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 65(2):146-157. doi: 10.1111/j.1574-695X.2011.00858.x.

RELACIÓN ENTRE HAMBRE EMOCIONAL Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL EN EL AÑO 2023

Daiana Rocío Milagros GUZMAN*, Rocío Jimena LIZZI, María Fernanda BRUNO

RESUMEN

El presente estudio estuvo orientado a explorar la relación entre el hambre emocional y el estado nutricional de estudiantes universitarios. El hambre emocional consiste en consumir alimentos para escapar de emociones negativas y poder aliviarlas, pudiendo afectar el estado nutricional debido a la calidad de los alimentos consumidos, y producir una malnutrición por exceso. Se eligió a los estudiantes universitarios por ser un grupo que suele experimentar emociones negativas y tener malos hábitos alimentarios debido al estilo de vida que llevan. Objetivos: Evaluar la relación entre hambre emocional y estado nutricional de los estudiantes que asistieron al Centro de Salud Estudiantil en el año 2023. El estudio fue de tipo prospectivo, correlacional, observacional y de corte transversal. La recopilación de datos se realizó mediante el cuestionario de Comedor Emocional de Garaulet (CCE) para determinar el hambre emocional y medidas antropométricas para evaluar el estado nutricional. La muestra se conformó por 91 estudiantes de ambos sexos que asistieron al Centro de Salud Estudiantil. El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS. Los resultados indicaron que el estado nutricional que más predominó en los estudiantes de ambos sexos fue el normopeso (47,2%). Con respecto al hambre emocional, la mayoría de los estudiantes (48,3%) calificó como “comedor emocional” y en menor porcentaje (8,7%) como “comedor muy emocional”. La relación de ambas variables se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado, no encontrándose relación entre el hambre emocional y el estado nutricional. El presente estudio no encontró relación entre las variables estudiadas a pesar de que existe evidencia de que el hambre emocional influye en la forma de alimentarse y puede afectar el estado nutricional de las personas.

Palabras Clave: Estado Nutricional. Hambre Emocional. Estudiantes Universitarios.

Key Words: Nutritional Status. Emotional Hunger. University Students

INTRODUCCIÓN

El presente estudio estuvo orientado a explorar la relación entre el hambre emocional y el estado nutricional de estudiantes universitarios.

* daianaq343@gmail.com - Facultad Ciencias de la Salud - UNSL

El Hambre Emocional, se puede entender como una forma de escapar de emociones negativas o desagradables (ira, apatía, aburrimiento, ansiedad, tristeza, etc) mediante la búsqueda e ingesta de alimentos, es decir, que a partir de un estado de ánimo se busca comer para aliviar ese tipo de emociones. La investigación de Palomino Pérez (2019), ha dado a conocer que el hambre emocional puede tener algún impacto sobre el estado nutricional, debido a que ante estas emociones negativas, los alimentos que se buscan son por lo general altos en azúcares, grasas y calorías totales, que podrían alterar el estado nutricional, aumentando el peso corporal de la persona, sobre todo si este tipo de conducta se mantiene en el tiempo.

Para el presente trabajo se eligió como población de estudio a los estudiantes de la Universidad Nacional de San Luis que asisten al Centro de Salud Estudiantil, debido a que se observó que son un grupo que con frecuencia experimenta altos niveles de estrés y estados emocionales negativos por el estilo de vida que llevan. Como lo explican Oliveira Penaforte et al (2016), toda la carga emocional a la que se exponen puede llevarlos a cambiar sus hábitos alimentarios, cambiando las elecciones alimentarias con una tendencia por aquellos alimentos con alto contenido de azúcar y grasa, y aumentando las cantidades ingeridas, utilizando dicha ingesta como una estrategia de afrontamiento temporal de las emociones negativas, lo cual puede llevarlos a convertirse en comedores emocionales y como se mencionó anteriormente esta situación puede alterar su estado nutricional.

Por consiguiente, el presente estudio pretendió averiguar si los estudiantes universitarios que asistieron al Centro de Salud Estudiantil eran comedores emocionales o no, evaluar y conocer cómo se encontraba su estado nutricional y si existía una relación entre ambas variables. Además se pretendió sumar evidencia a nivel local sobre esta temática y ampliar los conocimientos de estudiantes y Licenciados en nutrición acerca de la importancia que tiene el impacto de las emociones sobre la alimentación y las repercusiones a nivel nutricional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, de corte transversal, cuantitativo, correlacional y observacional.

La muestra se constituyó por un total de 91 estudiantes de ambos sexos de 20 a 39 años de edad que asistieron al Centro de Salud Estudiantil durante el mes de marzo del año 2023 que cumplieron con los criterios de inclusión y que desearon participar del estudio con previo consentimiento informado.

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la técnica antropométrica y la técnica de encuesta. La primera se utilizó para pesar y medir la talla de los estudiantes utilizando balanza y tallímetro, y la segunda se utilizó para la recolección de información de los estudiantes mediante un cuestionario para registrar sexo, edad y datos antropométricos (peso y talla), y un cuestionario autoadministrado denominado “Cuestionario de Comedor Emocional” (CCE) para determinar el hambre emocional.

Luego de que los participantes dieron su consentimiento para participar en el estudio, se procedió a tomar las medidas antropométricas (peso y talla) y con esos datos se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) para determinar su estado nutricional. Los datos antropométricos fueron volcados por el investigador en el cuestionario mencionado anteriormente. Luego, se les entregó el “Cuestionario de Comedor Emocional” (CCE) con el objetivo de determinar el hambre emocional. Antes de la entrega de dicho cuestionario, el sujeto recibió la explicación pertinente sobre cómo debía completarse, debido a que el cuestionario era autoadministrado.

El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS PRINCIPALES

Hambre emocional en estudiantes

Distribución según tipo de comedor emocional

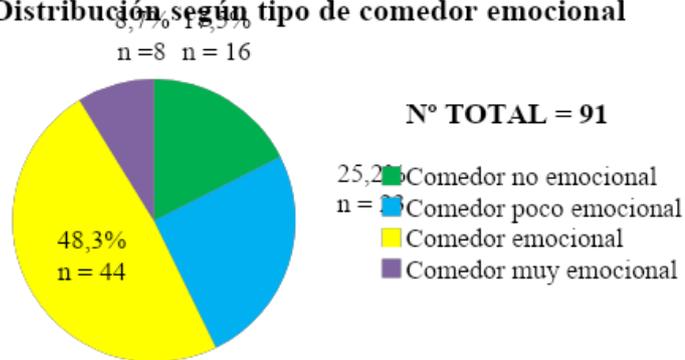


GRÁFICO N°1: Distribución según tipo de comedor emocional del total de estudiantes que asistieron al Centro de Salud Estudiantil durante el mes de Marzo del año 2023.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico N°1, del total de estudiantes encuestados (N=91), se reveló que el 48,3% (n=44) eran “comedores emocionales”, un 25,2% (n=23) clasificaron como “comedores poco emocionales”, seguido de un 17,5% (n=16) que clasificaron como “comedores no emocionales”, y por último, solo un 8,7% (n=8) de los estudiantes del estudio, eran “comedores muy emocionales”.

Estado Nutricional de los estudiantes

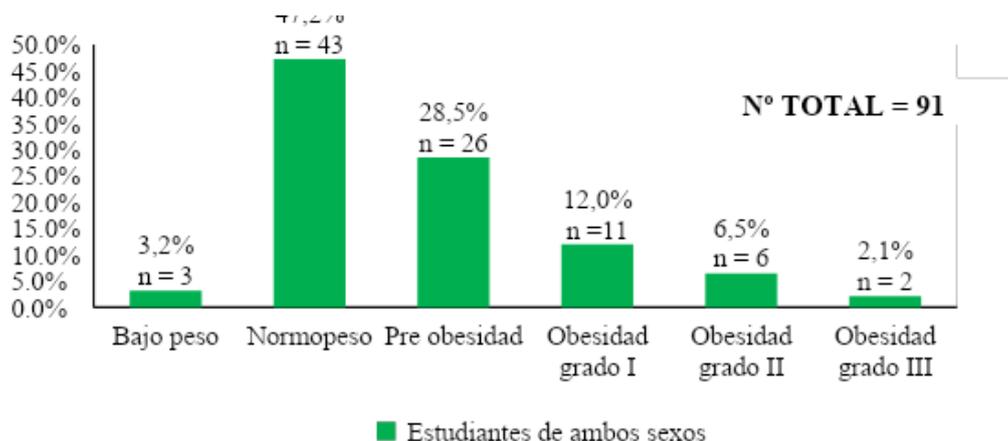


GRÁFICO N°2: Distribución según estado nutricional del total de estudiantes que asistieron al Centro de Salud Estudiantil durante el mes de Marzo del año 2023.

Fuente: elaboración propia

Con respecto al estado nutricional del total de estudiantes (N=91), el gráfico N°2 muestran que el 47,2% (n=43) se encontraba con un peso normal para su talla

según IMC. Un 28,5% (n=26) presentaban pre obesidad y un 12,0% (n=11) tenía obesidad grado I. El 6,5% (n=6) de la muestra, presentaba obesidad grado II, mientras que el 3,2% (n=3) tenía bajo peso, y el restante 2,1% (n=2) se encontraba dentro del rango de obesidad grado III.

Relación entre Hambre Emocional y Estado Nutricional

Para responder al objetivo general del presente estudio, se estableció una relación entre las variables hambre emocional y estado nutricional. Para relacionar estas variables se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS.

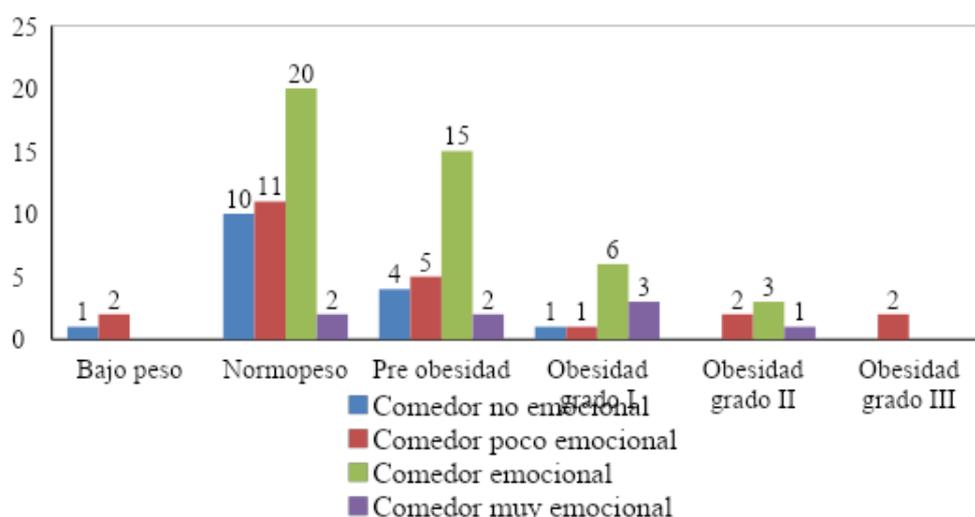


GRÁFICO N°3: Relación entre Hambre Emocional y Estado Nutricional de los estudiantes que asistieron al Centro de Salud Estudiantil en el mes de Marzo del año 2023.

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico N°3 al relacionar las variables se pudo obtener que del total de estudiantes encuestados (N=91), de los que obtuvieron un IMC correspondiente a la categoría *Normopeso*, la mayoría (n=20) obtuvo puntuaciones para “comedor emocional”, no habiendo diferencia significativa entre aquellos que calificaron como “comedor poco emocional” (n=11) y “comedor no emocional” (n=10). De los estudiantes que presentaron *Obesidad grado I*, la mayoría (n=6) también obtuvo puntuaciones para “comedor emocional”, seguido de “comedor muy emocional” (n=3), sin diferir para “comedor no emocional” (n=1) y “comedor poco emocional” (n=1). Finalmente,

solo 2 estudiantes presentaron *Obesidad grado III* y los mismos calificaron a su vez como “comedor poco emocional”.

Prueba de hipótesis

La relación de las variables se estudió mediante la prueba estadística *Chi Cuadrado X2*, la cuál de acuerdo al valor arrojado nos permite aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

Las hipótesis planteadas en el presente estudio fueron:

H1: Existe relación entre el Hambre Emocional y el Estado Nutricional de los estudiantes que asisten al Centro de Salud Estudiantil en el mes de Marzo del año 2023.

H0: No existe relación entre el Hambre Emocional y el Estado Nutricional de los estudiantes que asisten al Centro de Salud Estudiantil en el mes de Marzo del año 2023.

El $p =$ valor obtenido (Sig. Asintótica bilateral) fue igual a 0,161 ($>\alpha = 0,05$) lo que permite demostrar que no existe relación entre las variables estudiadas. Por consiguiente, se rechaza H1 y se acepta H0 concluyendo que el hambre emocional no se relaciona con el estado nutricional de los estudiantes universitarios.

CONCLUSIÓN

En cuanto al estado nutricional se pudo observar que la mayoría de los estudiantes que fueron encuestados obtuvieron un IMC correspondiente a la categoría de *Normopeso*. Con respecto a la variable edad, en los estudiantes que tenían entre 20 a 29 años predominó un estado nutricional normal y en los estudiantes entre 30 a 39 años no hubo diferencias en las categorías de pre obesidad, obesidad grado I, obesidad grado II y obesidad grado III.

Por otra parte, al analizar el hambre emocional, se pudo identificar que la mayoría de los estudiantes del estudio obtuvieron puntuaciones para “*comedor emocional*”. De acuerdo a la variable edad, se pudo observar que los que mayormente se encasillaron en esta categoría de hambre emocional fueron los

estudiantes que tenían entre 20 a 29 años a diferencia de los estudiantes de 30 a 39 años quienes predominaron en la categoría comedor poco emocional.

Al analizar los resultados obtenidos luego de aplicar las pruebas pertinentes para la prueba de hipótesis y determinar si existía relación entre las variables hambre emocional y estado nutricional, los resultados obtenidos demostraron que no hay una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables del estudio, es decir, el hambre emocional no se relaciona con el estado nutricional de los estudiantes universitarios que participaron del estudio, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

No obstante, si bien en el presente trabajo no se encontró una relación entre el hambre emocional y el estado nutricional, en la literatura hay evidencia de que las distintas emociones que experimenta el ser humano pueden influir en la manera de alimentarse, y por lo tanto, tal relación sí existe y alimentarse emocionalmente puede repercutir en el estado nutricional de las personas produciendo malnutrición.

REFERENCIAS

ANGER, V. Y KATZ, M. (2015). Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. *Actualización en Nutrición*, 16(1), 31-36.

http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_1/RSAN_16_1_31.pdf

GARAULET, M., CANTERAS, M., MORALES, E., LÓPEZ-GUIMERA, G., SÁNCHEZ- CARRACEDO, D. Y CORBALÁN-TUTAU, M. D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645-651.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200043&lng=es&tlng=

OLIVEIRA PENAFORTE, F.R., PENAFORTE, MATTA, N.C. Y JAPUR, C.C. (2016). Association between stress and eating behavior in college

- students. *Demetra: food, nutrition & health*, 11(1), 225-237.
<http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2016.18592>
- PALOMINO PÉREZ, A. M. (2019). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286-291.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- PEÑA ESPINOZA, K. K. Y RIVERA MORLA, R. E. (2015). *Relación de la conducta alimentaria emocional y el estado nutricional en estudiantes del primer ciclo de la carrera de enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el semestre A-2015* [Tesis de Titulación, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/4775>
- VITAL ORDOÑEZ, S. L. (2020). El hambre emocional y su relación con el sobrepeso y la obesidad. *Psic-Obesidad*, 10(37), 18-26. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/psic/article/view/80522>

**EJE: EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN EN
EL GRADO Y POSGRADO EN SALUD.**



ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE. APROXIMACIÓN CLÍNICA

Alejandra Edith SOSA*, Flaviana ARENA, Rosalia CARBALLO.

RESUMEN

En los últimos años, existe un amplio interés por entender los cambios del lenguaje en el envejecimiento normal y patológico. Numerosos estudios dan cuenta que en el envejecimiento normal las capacidades lingüísticas y comunicativas declinan. Es por ello que surge el interés de conocer como se manifiestan las características del lenguaje en pacientes con deterioro cognitivo leve. Micheli et.al. (2002) expone criterios para que el deterioro sea considerado como leve: -queja de pérdida de memoria corroborada por un informante, deterioro de memoria con respecto a los sujetos de su misma edad y nivel educacional del paciente, función cognitiva global normal, normalidad en actividades de la vida diaria, ausencia de demencia. Entender y producir mensajes orales o escritos de manera rápida y precisa es de importancia vital para obtener información del ambiente, realizar adecuadamente las actividades que conforman la vida diaria y mantener relaciones sociales normales (Veliz, et al., 2010) Diversos estudios reportan que los pacientes con deterioro cognitivo leve pueden presentar déficits en denominación, producción y comprensión oral como así también escrita.(De la Hoz, et. al., 2021) Objetivo:Conocer cómo se manifiestan las características lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. La muestra se constituyó con 20 sujetos que asisten a un consultorio privado de la ciudad de San Luis. Adultos, mayores de 65 años que no presentaban enfermedades neurológicas, psicológicas ni psiquiátricas, con diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Instrumento y análisis de datos: El método de recolección de datos que se aplicó fue la batería NEUROBEL. El puntaje total es de 148 y el puntaje de corte de 108. Se observó que el 100% de los pacientes evaluados evidenciaron fallas en tareas de comprensión y solo el 50% mostraron déficits en tareas de producción oral. Se pudo constatar que en el deterioro cognitivo leve las alteraciones del lenguaje se evidencian mayormente en tareas de comprensión que en tareas de producción oral. Las tareas de comprensión con mayor dificultad fueron la discriminación auditiva de fonemas, decisión léxica auditiva y comprensión de oraciones; mientras que en expresión solo la repetición de palabras y el completamiento de oraciones presentaron déficits.

Palabras Claves: Lenguaje- Deterioro Cognitivo Leve- Envejecimiento

Keywords: Language-Mild Cognitive Impairment- Aging

* aesosa @email.unsl.edu.ar - Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, existe un amplio interés por entender los cambios del lenguaje en el envejecimiento normal y patológico. Numerosos estudios dan cuenta que en el envejecimiento normal las capacidades lingüísticas y comunicativas declinan.

Asimismo, diversas investigaciones reportan que los pacientes con deterioro cognitivo leve pueden presentar déficits en denominación, producción y comprensión oral como así también escrita. (De la Hoz, et. al., 2021).

Es por ello que surge el interés de conocer cómo se manifiestan las características del lenguaje en pacientes con deterioro cognitivo leve, realizando una primera aproximación al problema, el cual se seguirá profundizando en diversas muestras de estudio.

MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud: el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. (2022)

El envejecimiento patológico es el resultado de cambios producidos como consecuencia de enfermedades añadidas al proceso de envejecimiento normal las cuales interfieren con el funcionamiento social y laboral de la persona (Cárdenas et. al., 2021).

Se entiende por deterioro cognitivo leve al declive progresivo de una o varias funciones cognitivas, entre las que se incluyen la memoria, las funciones ejecutivas y el lenguaje. Este deterioro no debe ser lo suficientemente grave como para considerarse una demencia y afecta el 15-20% de las personas mayores de 60 años. (De la Hoz et. al., 2021)

Micheli et. al., (2002) expone criterios para que el deterioro sea considerado como leve: queja de pérdida de memoria corroborada por un informante, deterioro de memoria con respecto a los sujetos de su misma edad y nivel

educacional del paciente, función cognitiva global normal, normalidad en actividades de la vida diaria, ausencia de demencia.

La habilidad para comunicarse mediante el lenguaje es fundamental para el ser humano. Entender y producir mensajes orales o escritos de manera rápida y precisa es de importancia vital para obtener información del ambiente, realizar adecuadamente las actividades que conforman la vida diaria y mantener relaciones sociales normales. (Veliz, et al., 2010)

En el lenguaje, la línea que separa lo normal de lo patológico se va trazando a medida que se incrementan los síntomas lingüísticos y, paradójicamente, a medida que se va reduciendo su eficacia comunicativa en las interacciones con los demás. Hay mayores que no sufren ningún deterioro; al contrario, se vuelven mucho más locuaces, más seguros en sus intervenciones, sobre todo por su facilidad de narrar historias, contar hechos pasados o argumentar sus opiniones. Son capaces de describir con precisión terminológica un evento y conectar el presente con reserva memorística del pasado.

La mayoría de los adultos mayores de 65 años, dependiendo de su contexto vital, su nivel académico y su reserva cognitiva, es capaz de evidenciar un lenguaje con estas características. No obstante, debido a diversas enfermedades, una parte importante de la población se ve afectada por dificultades, trastornos o alteraciones de la conducta comunicativa, que se reflejan, en diverso grado, en todos los niveles de la lengua. (Mendizábal et. al., 2022)

Si observamos en cada uno de los niveles de análisis del lenguaje, se evidencian escasas o nulas alteraciones fonético - fonológicas en personas adultas sanas o con un deterioro cognitivo leve en sus primeros estadios (Bayles, et al., 1987). Sin embargo, en fases más avanzadas se pueden señalar errores de parafasias fonológicas, especialmente en aspectos suprasegmentales y/o paralingüísticos, tales como escaso volumen de la voz, entonación anómala, o pausas más largas, más frecuentes en el discurso oral (Machado, et al., 2018).

METODOLOGÍA

OBJETIVO: Conocer cómo se manifiestan las características lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve.

MUESTRA

Se constituyó con 20 sujetos que asisten a un consultorio privado de la ciudad de San Luis. Adultos, mayores de 65 años que no presentaban enfermedades neurológicas, psicológicas ni psiquiátricas, con diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

RESULTADOS

El método de recolección de datos que se aplicó fue la batería NEUROBEL. El puntaje total es de 148 y el puntaje de corte de 108.

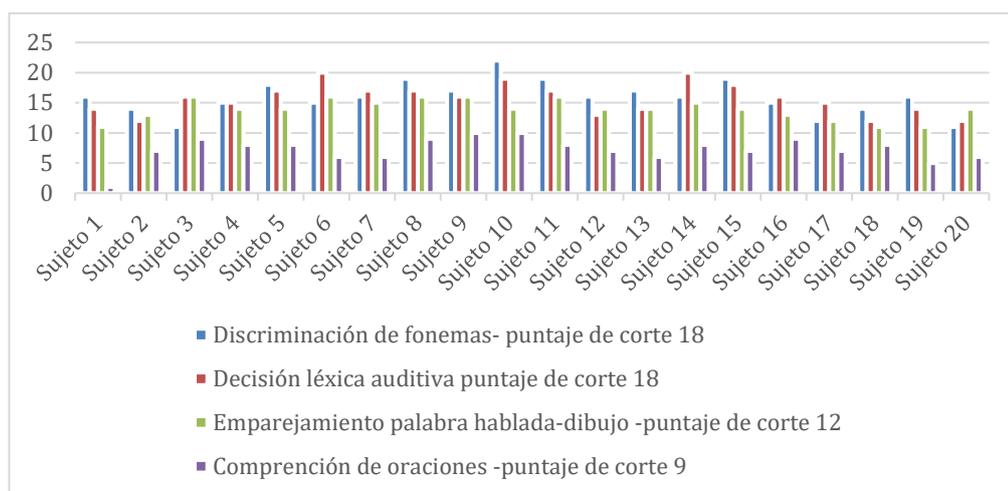
El puntaje de corte para las pruebas con 24 ítems es 18, para las de 16 ítems el corte es 12 y para las de 12 ítems es de 9.

La batería evalúa comprensión del lenguaje mediante pruebas de discriminación de fonemas, decisión léxico auditiva, emparejamiento palabra hablada-dibujo, comprensión de oraciones.

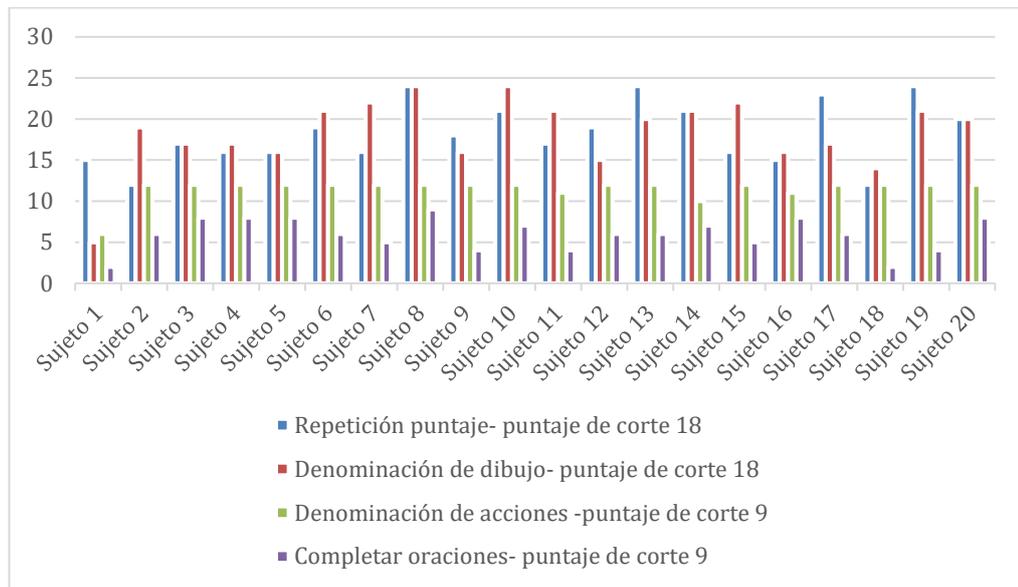
La producción del lenguaje oral fue evaluada a través de repetición, denominación de dibujo y de acciones, y por último completar oraciones.

Los resultados obtenidos en las tareas de comprensión evidencian que el 100% de los sujetos se encuentran por debajo del puntaje de corte.

COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE

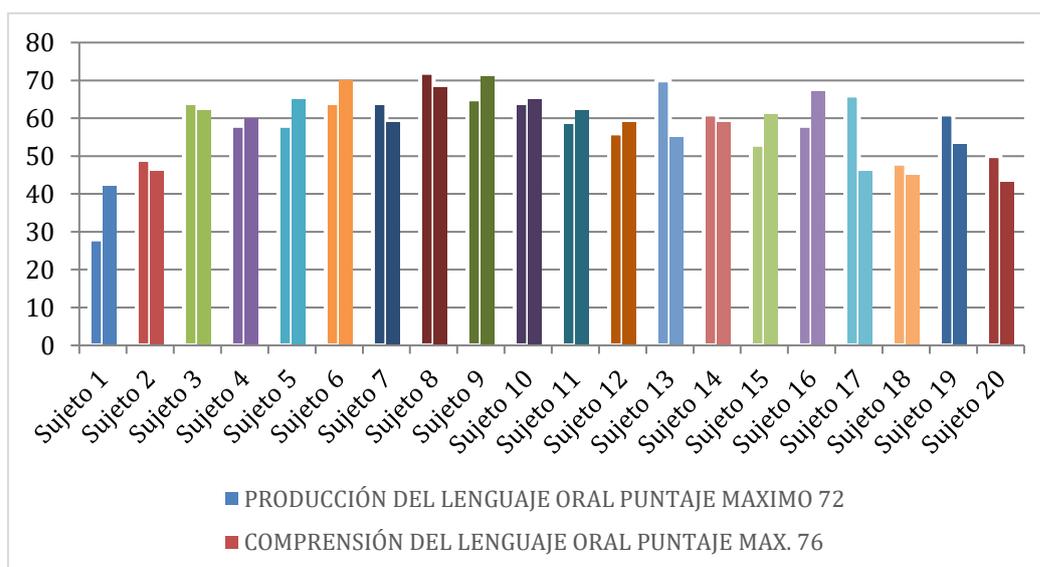


PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE ORAL



En cuanto a la producción del lenguaje oral se observa que los sujetos presentaron mayor dificultad en las pruebas de repetición y de completar oraciones, mientras tanto, obtuvieron mejor desempeño en tareas de denominación.

RESULTADO GLOBAL



CONCLUSIONES

Se pudo constatar que en el deterioro cognitivo leve las alteraciones del lenguaje se evidencian mayormente en tareas de comprensión que en tareas de producción oral.

Las tareas de comprensión con mayor dificultad fueron la discriminación auditiva de fonemas, decisión léxica auditiva y comprensión de oraciones; mientras que en expresión solo la repetición de palabras y el completamiento de oraciones presentaron déficits.

REFERENCIAS

- MICHELLI F. y COL. (2002) *Tratado de Neurología Clínica*. Ed. Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- DE LA HOZ, M., GARRIDO, D., GARCÍA RETAMERO, R. (2021) *Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática*. Rev. Neurol. 2021; 72:67-76. doi: 10.33588/rn.7203.2020411.
- SOSA, A. E. (2023). *Envejecimiento y Lenguaje: Cambios morfológicos y estrategias de intervención*. Arete,23 (1), 23-29. San Luis, Argentina <https://arete.iberu.edu.co/article/view/2535>.
- CARDENAS, M., ORTIZ, M., SUAREZ, J. (2021). *Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema*. Barranquilla, Colombia. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000200488#:~:text=El%20envejecimiento%20patol%C3%B3gico%20se%20explica,la%20persona%2C%20incluso%20generando%20discapacidad.
- MENDIZABAL, N., GONZALEZ, E., JIMENO, N., SANCHEZ, C. (2022). *Envejecimiento y Lenguaje: Corpus de muestras de habla de personas con deterioro cognitivo leve en entrevistas estructuradas*. Valencia, España.

EVALUACIONES POSTURALES EN JÓVENES A TRAVÉS DEL USO DE POSTURAPP

Enrique Agustín AGUILERA OCAMPO, María Luz VIZCAÍNO MANSILLA, Mauricio GÓMEZ, Valeria STIEGER .

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar las alteraciones posturales más frecuentes identificadas por PosturApp en jóvenes, de ambos sexos, entre 17 y 21 años que practican deporte de forma regular en el centro deportivo "Troya Padel", en Santa Rita de Catuna, La Rioja. La postura es inherente al ser humano puesto que lo acompaña durante toda su vida. Se define como "el modo en que se dispone una persona, que afecta a todo el sistema muscular y osteoarticular" (Rodríguez, 1994, p. 59). Andújar y Santonja (1996) afirman que la postura correcta es "toda aquella que no sobrecarga la columna ni ningún otro elemento del aparato locomotor" (p. 230). Las modificaciones patológicas que afectan la postura implican complicaciones y descompensaciones en el sistema musculoesquelético, que repercuten en la motricidad, y con el tiempo afectan la salud. PosturApp, es una novedosa aplicación para teléfonos móviles que permite objetivar la evaluación y monitorear la postura. De esta forma, resulta más sencillo identificar las alteraciones posturales en las personas. Para la recolección de datos se utilizó una ficha kinésica. Para valorar la postura de los sujetos se utilizó la aplicación para teléfonos móviles PosturApp, así como el tradicional test de la plomada. Se analizaron 19 sujetos en el plano frontal y sagital, los distintos segmentos corporales y su alineación para determinar el tipo postural y las alteraciones halladas. De la población estudiada solo el 5,3% presenta una postura normal, el 36,8% posee una postura anterior, y el 57,9% es de tipo posterior. En el plano frontal, el 84,2% los sujetos presentan hombros asimétricos, pero en la mayoría también se observa que la columna está alineada en la línea media. En cuanto al plano sagital, las alteraciones posturales más observadas fueron, la cabeza en antepulsión en un 89,5%, mientras que el 78,9% posee los hombros antepulsados. En la columna vertebral se encontró que el 52,56% presenta un aumento de la curvatura cervical, el 42,1% a nivel dorsal y un 73,7% con hiperlordosis lumbar. El 73,7% de los participantes presenta anteversión de la pelvis. Finalmente, las rodillas, están en posición de recurvatum en la mayoría de los casos (73,7). El tipo de postura no está ligada al sexo en este caso ($p = \geq 0,05$). La mayoría de los sujetos estudiados presenta alteraciones posturales en los diversos planos. No existen diferencias significativas entre ambos métodos de valoración postural. La diferencia simplemente recae en que la aplicación es un procedimiento que permite evaluar la postura de una manera más rápida y sencilla.

Palabras Claves: Evaluación Postural, Postura, Adolescentes.

Keywords: Postural Evaluation, Posture, Adolescents.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación fue determinar las alteraciones posturales más frecuentes identificadas por PosturApp, en jóvenes entre 17 y 21 años que asistieron al centro deportivo “Troya Padel” en la Rioja, durante agosto del año 2021.

La utilidad de esta investigación radica en visibilizar la prevalencia de las alteraciones posturales más frecuente en jóvenes deportistas, utilizando una nueva herramienta para la kinesiología, con el propósito de que sea utilizada en la prevención y monitoreo de alteraciones posturales a largo plazo, a través de intervenciones tempranas en edades oportunas. Por otro lado, también permitirá contrastar la evaluación tradicional con respecto a la aplicación PosturApp, agilizando y objetivando los procesos de evaluaciones posturales.

A lo largo de la evolución, el ser humano para adaptarse debió pasar de una postura cuadrúpeda hacia otra bípeda, lo que generó un desplazamiento del centro de gravedad y en las curvaturas fisiológicas de la columna vertebral. Sin embargo, estas curvaturas se van modificando con el paso del tiempo, y la influencia de diversos factores como traumatismos y/o adopción de otras posturas, entre otros, pudiendo causar alteraciones morfológicas en la postura de la persona (Andrade González, 2016).

La postura es inherente al ser humano puesto que lo acompaña durante toda su vida. Esta se define como “el modo en que se dispone una persona, que afecta a todo el sistema muscular y osteoarticular” (Rodríguez, 1994, p. 59). Andújar y Santonja (1996) afirman que la postura correcta es “toda aquella que no sobrecarga la columna ni ningún otro elemento del aparato locomotor” (p. 230). Las modificaciones patológicas que afectan la postura implican complicaciones y descompensaciones en el sistema musculoesquelético, que repercuten en la motricidad, y con el tiempo afectan la salud. Los hábitos inadecuados en la vida diaria disminuyen la longitud de los músculos tónicos. Un músculo rígido, al igual que un músculo demasiado distendido, es un músculo débil. El cuerpo humano busca la manera de resolver la descompensación, creando otra mala postura. Con el tiempo aparecen alteraciones como dolor, limitaciones del movimiento, pérdida de fuerza y flexibilidad, y alteraciones estructurales como consecuencia.

Si bien cada persona puede ser consciente de sus malas posturas e intente corregirlas, el cuerpo tiende a volver a estas posturas viciosas ya que no le resultan cómodas o económicas.

Para Molano Tobar (2004) en la edad escolar hay mayor incidencia de alteraciones posturales, presentándose ajustes y adaptaciones de la postura, propios de las demandas y cambios estructurales del cuerpo en dicha etapa. Tales alteraciones producidas pueden impactar negativamente en la calidad de vida.

Al momento de evaluar a una persona que presenta alguna alteración postural, existe un protocolo kinésico tradicional y sistemático para su valoración, que consiste en una entrevista del paciente y luego la observación de la postura en diferentes planos. Hoy en día con los avances tecnológicos, se busca facilitar y optimizar las herramientas de evaluación ya existentes.

PosturApp, es una novedosa aplicación para teléfonos móviles que permite objetivar la evaluación y monitorear la postura. De esta forma, resulta más sencillo identificar las alteraciones posturales en las personas. Consiste en una herramienta virtual de fácil uso, creada en el 2019 por jóvenes investigadores de la Universidad Nacional de San Luis. Esta aplicación se encuentra vinculada a un servidor web, que permite facilitar la lectura de parámetros posturales de pacientes mediante la captura de una serie de imágenes enviadas al servidor. Allí son procesadas con algoritmos de aprendizaje automático supervisados por kinesiólogos, otorgando como resultado una estimación del tipo postural (postura normal, tipo anterior, tipo posterior o mixto) y parámetros antropométricos como altura, área, disimetrías, biotipo constitucional, entre los más importantes.

La postura es el resultado del equilibrio entre un segmento del cuerpo y las cadenas musculares y puede variar en relación a la situación en que se enfrenta, una alteración en una región involucra a otra. La misma está influenciada por numerosos factores; como la edad, la constitución, el peso corporal, la actividad física regular, las vivencias corporales, las emociones y las condiciones generales físicas y mentales, estos factores repercuten de diferente manera, pero todos se relacionan entre sí, sin embargo. Daza Lesmes (2007) clasifica estos factores: hereditarios, físicos, morfofisiológicos, psicológicos y

contextuales.

Además, la postura está influenciada por tres captosres: pies, ojos, y la articulación temporomandibular (ATM). A través del reflejo oculo-cefalo-giro, estos captosres informan a los centros laberinticos que regulan el equilibrio anteroposterior y lateral. La disfunción de algunos de estos captosres, produce alteraciones posturales para compensar.

Para definir una postura ideal o normal, la línea de gravedad deberá pasar a través de los ejes de todas las articulaciones con los segmentos corporales alineados verticalmente, las cuales deben estar en un constante equilibrio muscular y mecánico. Para que un sujeto presente una postura ideal en bipedestación, ha de poseer las siguientes características: el tobillo, la rodilla y la cadera se encuentran en posición neutra, la columna presenta lordosis lumbar, cifosis torácica lordosis cervical inferior de 30° a 35° y ligera cifosis en la región suboccipital y la cabeza en una posición neutra (Figura 1).



Figura 1. Músculos Pruebas Funcionales Postura y Dolor. Kendall's, 2007. Pág 64. Postura de espalda Ideal.

Souchard autor del popular método de Reeducción Postural Global (RPG) sostiene que estas alteraciones constituyen dos grandes grupos, según la cadena maestra que predominantemente se encuentra retraída. Sin embargo, lo más probable es que un individuo tenga aspectos mixtos de ambas, ya que no

hay una persona que cumpla un modelo puro. La postura de niña tímida, producida por la retracción de la cadena maestra anterior, se caracteriza por una cabeza inclinada hacia adelante, espalda redondeada y hombros juntos que rozan el dobladillo anterior de su vestido. Las rodillas están en valgo, los músculos anteriores de la pierna en rotación interna y los pies parecen planos. Mientras que su opuesto, sería la postura de cowboy, producida por la retracción de la cadena maestra posterior, donde se observa una espalda plana, el tórax proyectado hacia adelante, el cuello y la región lumbar en una posición demasiado curvada, una pelvis vertical, rodillas separadas y pies huecos. (Souchard, 2010)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, prospectiva y de corte transversal. La muestra no probabilística, estuvo conformada por 19 jóvenes de ambos sexos, entre 17 a 21 años, que asistían al menos 3 veces por semana, al centro deportivo llamado “Troja Padel”, en Santa Rita de Catuna, La Rioja. En el caso de los menores de edad, se contó con el consentimiento informado de los padres o tutores legales, mientras que los mayores prestaron su consentimiento para participar del estudio.

Fueron excluidos de la muestra aquellos jóvenes que presenten patologías neuromusculares que no permitan una postura en bipedestación, que estén fuera del rango etario, que no presten su consentimiento, o que no practiquen deportes semanalmente.

Las variables estudiadas fueron sexo, tipo postural, alteraciones posturales en el plano sagital y alteraciones en el plano frontal.

Para la recolección de datos se utilizó una ficha kinésica, en donde se tomó los datos del paciente como el nombre, el sexo, edad, peso, talla, etc. y se registró la valoración postural en un plano coronal y sagital, a través de la novedosa APP PosturApp y con el método tradicional de la línea de la plomada.

Por un lado, PosturApp es un desarrollo tecnológico innovador que se está desarrollando en el Laboratorio de Mecatrónica del Departamento de Ingeniería

de la Facultad de Ingeniería y Ciencias Agropecuarias (FICA), de la Universidad de San Luis, en la ciudad de Villa Mercedes, San Luis. Actualmente se encuentra en fase de prueba, siendo este trabajo el primer test de campo real. El sistema está compuesto por una aplicación para teléfonos celulares y un sitio web que combinados permiten automatizar las evaluaciones antropométricas (medidas corporales) y posturales mediante la digitalización de datos. El objetivo es poder brindarles a los kinesiólogos una herramienta digital, que les permita realizar mediciones corporales de manera rápida y sencilla (figura 5).

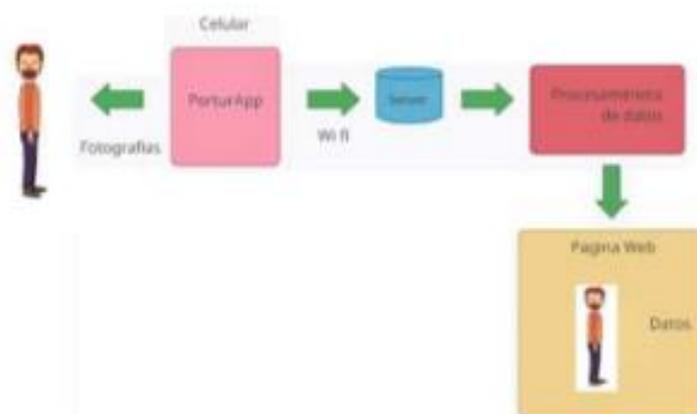


Figura 5. PosturApp. 2021. Diagrama de cómo funciona la aplicación.

Una vez iniciada la App, se procedió a capturar las imágenes del paciente presionando el botón de “Iniciar Captura”, donde el profesional debe tomar las fotografías del paciente, teniendo en cuenta las líneas amarillas de referencias para su correcta ubicación. La línea vertical debe pasar por el centro de los ojos del paciente y la línea amarilla horizontal debe ser paralela al suelo, preferentemente coincidente con el zócalo de la pared. Para la toma de las fotos de los jóvenes, estos se encontrarán en bipedestación, descalzos, lo más natural posible, y deberán llevar remera o musculosa y short. Se sacan cuatro fotografías; una frontal, lateral derecha, lateral izquierda y posterior, el fondo será blanco para evitar dificultades en el registro de las alteraciones (figura 6). A continuación, se cargan los datos de filiación, que serán enviados al servidor para su procesamiento y carga en la página web.

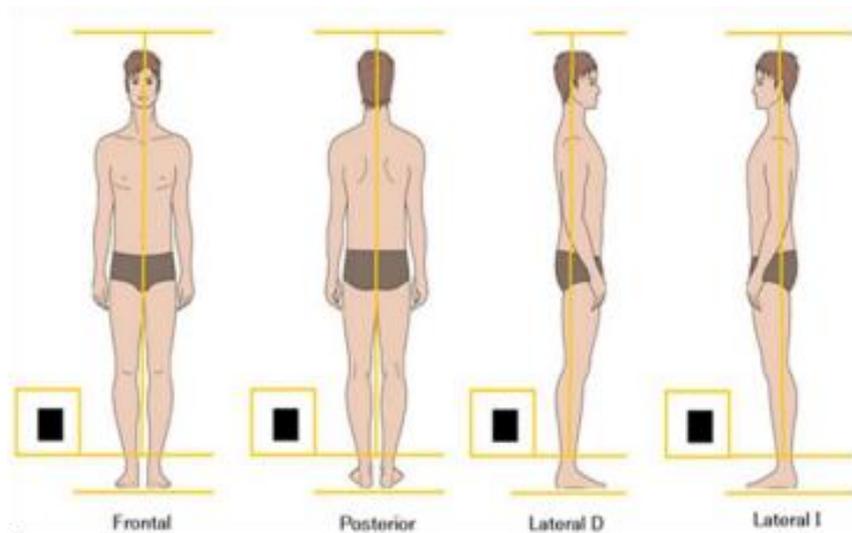


Figura 6. PosturApp. 2021. Imagen representativa de cómo se tomarán las fotos.

Luego, el profesional ingresará con su usuario a la página www.sharesalud.com.ar. Allí selecciona al paciente a evaluar, para lo cual se desplegará toda la información registrada del mismo. El sistema devolverá automáticamente los siguientes puntos: ojos, nariz, mentón, garganta, hombros, codos, cadera, muñeca, rodillas y tobillos. Basándose en estos puntos, el programa calcula las asimetrías y estructura alámbrica y calcula las longitudes corporales en milímetros marcados con línea azul (figura 7). Esto permite determinar de manera sistemática y objetiva, el tipo postural predominante en el sujeto evaluado, así como reflejar las alteraciones posturales presentes en cada uno de los cuatro planos. De esta manera, el profesional tendrá toda la información necesaria para hacer un informe del estado actual del paciente de manera semi automática.

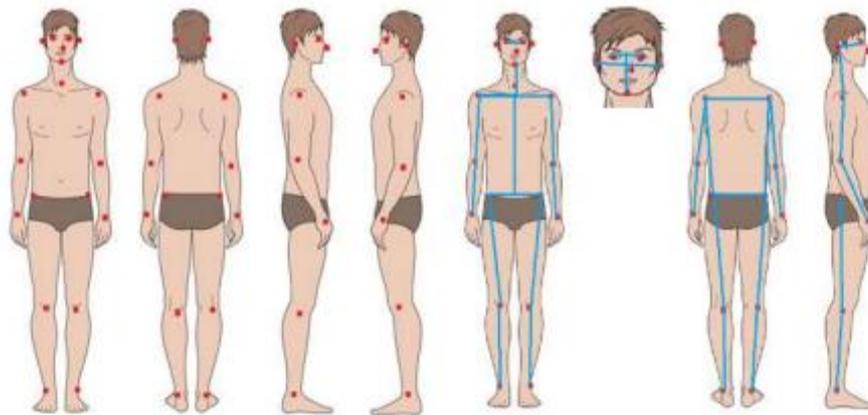


Figura 7. PosturApp. 2021. Imagen representativa de las fotos procesadas del programa calculando la estructura alámbrica.

Por otro lado, se realizó también la evaluación postural tradicional con el método de la plomada. Para realizar esta prueba, el sujeto se colocó al lado de una plomada suspendida de una cuerda (figura 8). Visto desde atrás, debe colocar los pies equidistantes respecto a la cuerda, la línea de referencia pasa por todo el centro del cuerpo. Se observa en su cara posterior: la posición de la cabeza, hombros, escápulas, simetría de codos, columna dorsal y lumbar, cadera, rodilla, tobillo y pies. Por otro lado, en su cara anterior se observa: cabeza, cuello, hombros, tórax, cadera, rodillas, tobillo y pie.

Lateralmente, la línea de plomada debe discurrir por un punto situado inmediatamente delante del maléolo lateral, se observa: la posición cabeza y cuello, alineación de hombros, curvaturas fisiológicas, alineación y forma del tórax, pelvis, posición de rodillas, altura y alineación de la bóveda plantar. Los hallazgos obtenidos fueron consignados en la ficha kinésica, a través de fotografías de los sujetos en las cuatro vistas. Finalmente se clasificó el tipo postural acorde a la teoría, y se registró las alteraciones posturales observadas.

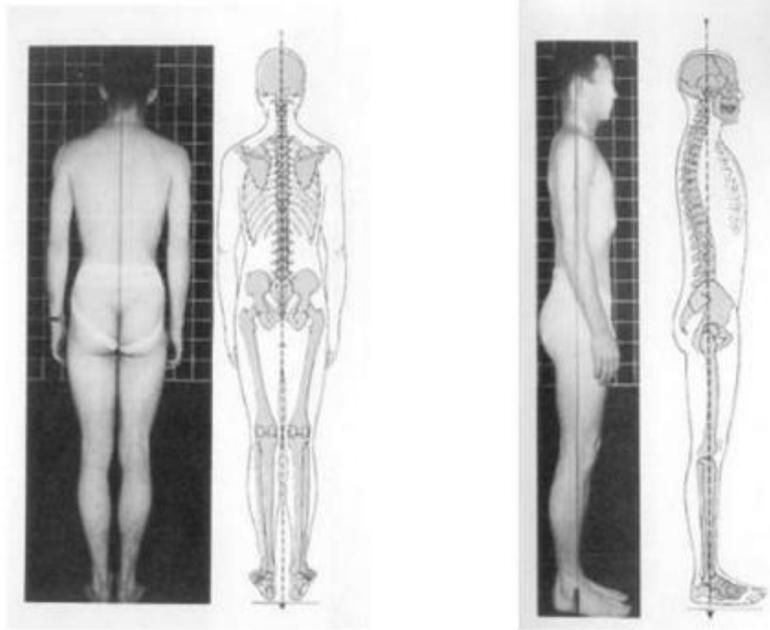


Figura 8. Músculos Pruebas Funcionales Postura y Dolor. Kendalls, 2007. Pág 63 y 75.
Correcta posición anatómica para evaluar el plano frontal y sagital.

RESULTADOS

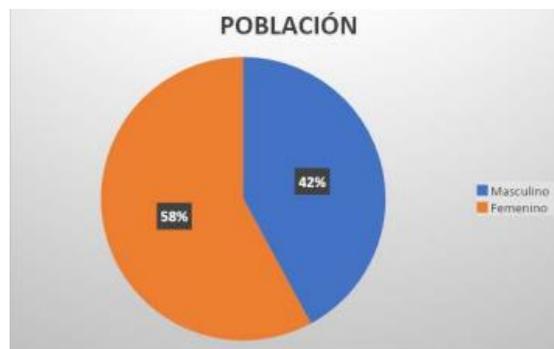


Figura 1 Sexo de los participantes

La figura 1 corresponde al sexo de los sujetos estudiados, donde sobre una muestra de 19 participantes, el 58% corresponde al sexo femenino y el 42% restante es del sexo masculino.

La edad media de los participantes fue de 18,05 años con una desviación estándar de $\pm 1,393$ años. El rango oscila entre un mínimo de 16 años y una máxima de 21 años. En cuanto al peso, la media es de 62,74 kg con una desviación estándar de $\pm 10,316$ kg; el rango osciló entre el valor mínimo 45 kg

y una máxima de 79 kg. La talla, reflejó una media de 1,69 metros (m) con una desviación estándar de ± 0.09 m; el rango oscila entre un mínimo de 1,51 m y una máxima de 1,86m. El índice de masa corporal que indica una media de 21,649 m/cm² con una desviación estándar de $\pm 2,29$, el rango oscila entre un valor mínimo de 17,63m/cm² y una máxima de 26,06 m/cm².

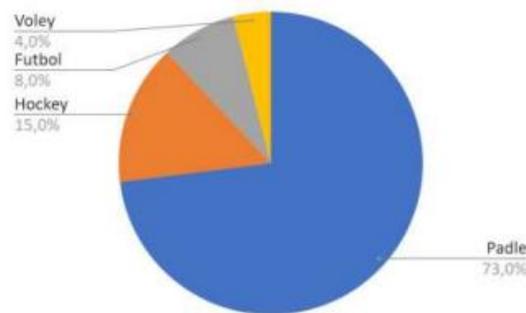


Figura 2 Deportes que practican los participantes

En la figura 2, se expresan los deportes practicados por los sujetos estudiados. El 73% practica paddle, el 15% hockey, el 8% fútbol y el 4% vóley.

A través de la aplicación Posturapp se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación.

De los 19 casos, solo el 5,7 % de los sujetos tiene una postura normal, mientras que el 36,8% es tipo anterior y el 57,9% es posterior.

Hallazgos en el plano frontal: el 78,5% presenta asimetría de hombros, en 68,4% la espalda se encontraba en la línea media mientras que el 31,5% visualizaba alguna desviación lateral. Sólo el 36,8% posee la pelvis simétrica. Sólo un tercio de la muestra presenta las rodillas en la línea media, mientras que el otro tercio la rodilla se presentan en valgo y en el tercio restante se observan en varo.

Hallazgos en el plano sagital: el 78,9% posee los hombros antepulsados y nadie en retro pulsión. El 15,8% de los sujetos presenta la pelvis en posición neutra y el 84,2% en anteversión.

En la región cervical 10 de los jóvenes presentan curvatura aumentada y 9

disminuida. La cifosis dorsal es normal en 7 de los sujetos, está aumentada en 8 y disminuida en 4 sujetos. Con respecto a la curvatura lumbar, está normal en 2 de los casos, aumentada en 14 y disminuida en 4 de los participantes. Es decir que las alteraciones de la columna en el plano sagital que se observan con mayor frecuencia en la población estudiada son hiperlordosis lumbar, y luego aumento de las curvaturas a nivel cervical y dorsal.

Solo en el 15,8% de los casos, las rodillas se encuentran en la línea media, y en un 84,2% están en recurvatum.

Comparación entre ambos métodos de evaluación:

PosturApp no detecta las inclinaciones o rotaciones de la cabeza en este plano, debido a que sólo arroja una línea media a lo largo de la cabeza. Lo mismo sucede con la valoración de la posición de los pies. Sin embargo, pueden realizarse a través de la observación kinésica una observación de la simetría del rostro en una vista anterior del sujeto para completar este parámetro.

Con PosturApp pueden visualizarse de manera más precisa la posición de hombros y columna en este plano. Sin embargo, a nivel de las rodillas, puede registrarse una mayor diferencia en la evaluación.

Sin embargo, al comparar entre la efectividad del PosturApp con respecto al método tradicional, no existen diferencias significativas en la evaluación de variables dicotómicas como la posición de hombros, columna y pelvis en el plano frontal ($1 \geq 0,05$). Para el caso de las variables ordinales (normal, aumentada o disminuida), tampoco existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos métodos. Es decir, que, para valorar la posición de rodillas en el plano frontal, y la posiciones en el planosagital de cabeza, hombros, curvaturas de columna (cervical, dorsal y lumbar), pelvis y rodilla, no hay diferencias entre ambos métodos de valoración. Al comparar los tipos posturales obtenidos con ambos métodos, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ($1 \geq 0,05$).

DISCUSIÓN

La postura humana es la base de todas las acciones y movimientos del ser humano y afecta la salud musculoesquelética. Para procurar una buena postura,

se debe mantener las curvas naturales de la columna vertebral, la cabeza debe estar alineada y erguida sobre los hombros y estos, deben estar alineados con la cadera. Una inadecuada postura repercute en la motricidad y con el tiempo a la salud general del raquis, afectando así las actividades de la vida diaria.

Actualmente las alteraciones que presentan los adultos son frutos de las actitudes posturales mantenidas durante la edad de crecimiento. Según Molano Tobar (2004), la edad escolar es el momento donde inciden mayoritariamente las alteraciones posturales que impactan de forma negativa en la calidad de vida, tanto en la niñez como en la edad adulta.

En la evaluación de la postura, ambos métodos permiten arribar a los mismos resultados. PosturApp lo hace de una manera más sencilla. Sin embargo, el sistema aún no está automatizado, ya que aún se encuentra en fase de desarrollo, y aún requiere de supervisión para aprender a perfeccionar el sistema de identificación de asimetrías. En la medida que más se use la aplicación, irá evolucionando y perfeccionándose, ya que podrá ir detectando de manera automática cada vez más hallazgos. De esta manera será posible identificar leves asimetrías que el ojo humano no es tan sensible como para captar.

Aunque a la aplicación aún le falta mejorar ciertos aspectos, es una gran promesa que permitirá agilizar los tiempos de los profesionales kinesiólogos, constituyéndose como una gran alternativa de trabajo, debido a que el método tradicional requiere mayor tiempo de análisis. Por su parte, también permitirá realizar el seguimiento y controlar la evolución de los pacientes, ya que todos los registros estarán disponibles en el mismo lugar.

Desde la kinesiología, resulta interesante proponer políticas educativas que permitan implementar estrategias de reeducación postural para minimizar las consecuencias de la adopción de hábitos posturales incorrectos.

CONCLUSIÓN

A partir del análisis de los datos, es posible concluir que las alteraciones posturales más frecuentes identificadas por PosturApp, en jóvenes de ambos sexos, entre 17 y 20 años que asisten en un centro deportivo durante un mes del año 2021, fueron los tipos de postura posterior, seguida por la anterior. Sólo

el 5% de la población estudiada presenta una postura normal. El tipo de postura esté ligada al sexo

En el plano frontal la gran mayoría de los sujetos presenta hombros asimétricos, pero la columna está ubicada en la línea media. En cuanto a la posición de las rodillas, están en la misma proporción en varo valgo y normal.

En cuanto al plano sagital, la gran mayoría de los sujetos posee los hombros antepulsados. Las alteraciones de la columna en el plano sagital que se observan con mayor frecuencia en la población estudiada son hiperlordosis lumbar, y luego aumento de las curvaturas a nivel cervical y dorsal. La pelvis también está en anteversión en la gran mayoría. Finalmente, las rodillas están en posición de recurvatum en la mayoría de los casos.

Al momento de comparar los hallazgos registrados con la aplicación PosturApp, con respecto al método tradicional de evaluación postural, es posible concluir que ambos métodos permitieron llegar a los mismos resultados. La diferencia simplemente recae en que la aplicación consistió en un procedimiento más rápido y sencillo para evaluar la postura en los jóvenes.

Esta investigación, como tantas otras, revela cifras considerables sobre las alteraciones posturales que llevan los jóvenes y que debe ser detectada y tratada a tiempo. Posturapp promete ser un método de fácil implementación que permitiría agilizar los tiempos para realizar diagnóstico precoz en ámbitos escolares o deportivos, donde existe una importante cantidad de niños y jóvenes. La aplicación permitiría realizar evaluaciones instantáneamente de la postura, agilizando la toma de datos y abarcando a un mayor número de personas. Hechos que posibilitan la devolución del diagnóstico postural en el momento. De esta manera, podrían implementarse medidas rápidamente con el objetivo de prevenir que las desviaciones se acentúen en el tiempo y produzcan mayores consecuencias.

REFERENCIAS

- ANDRADE GONZÁLEZ, J. (2016). La postura humana y su reeducación. *Revista Cubana De Medicina Física Y Rehabilitación*, 8(2), 231-240. Recuperado de: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/8/82>
- ANDRADE, R., POTOSÍ, V., ESCOBAR, M., ZURITA, D. Y HUACA, G. (2016). La Postura Corporal y su Relación con Obesidad y Sobrepeso en Niños de 6 A 12 Años, Provincia de Imbabura. Vol 3(2):98 - 105. Recuperado de: <http://revistasoj.s.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/238>
- BUSQUET, L. (2007). Las Cadenas Musculares Tomo I - Tronco, cervical y miembro superior. Badalona, España: Editorial Paidotribo
- CASTRO, L., GÓMEZ, V., Y LANDÍVAR R. (2018). Prevalencia de alteraciones posturales de la columna vertebral, asociada al carente hábito deportivo, en jóvenes de 17 a 22 años de edad de abril- junio del 2017. *Revista Médica La Paz*, 24(2), 18-23. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000200004
- COSTA, I. Y MOREIRA, M. (2012). Alineación postural en niñas de 8 a 10 años de edad. Universidad Nacional de Buenos Aires. Miramar, Argentina
- COSTANZO, L. S. (2019). *Physiology*, 7th edition. Barcelona, España: Wolters Kluwer
- DAZA, L. J. (2007). Evaluación Clínica Funcional Del Movimiento Corporal Humano, 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana
- DORBESSAN, L. Y RODRÍGUEZ, C. (2004). La postura corporal en el deporte simétrico y asimétrico. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina
- HALL, J. E. (2016). Guyton y Hall. Tratado de fisiología medica 13ra ed. Barcelona, España: S.A. Elsevier España
- KENDALL S. (2007). Músculos; Pruebas, Funciones y Dolor Postural, 5ta edición. Madrid, España: Editorial MARBÁN
- LOYBER, I. (1987). Funciones motoras del sistema nervioso. Córdoba, Argentina: Editorial UNITEC S.R.L

- MENDOZA, G. A. (2019). La familia y la escuela en la postura corporal en el ámbito escolar. Universidad Pedagógica Nacional UPN 095. Cd. de México, México
- MÜLLER, A., CAPARÁ, M. Y MORALES L. (2018). Detección precoz de vicios posturales que determinan alteraciones osteomioarticulares en jóvenes. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas, Asunción
- PILAT, A. (2003). Terapias miofasciales: inducción miofascial. Madrid, España: Edigrafos, S. A.
- PINZÓN RÍOS, I. D. (2018). Sistema Fascial: Anatomía, biomecánica y su importancia en la fisioterapia. Revista Movimiento Científico issn-l:2011-7191, 12 (2), 1-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.12201>
- Rodríguez, J. M. (2007). Ergonomía básica. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos S.A
- SOUCHARD, E. (2010). Stretching global activo de la perfección muscular a los resultados deportivos 5ta Edición. Badalona, España: Editor Service, S.L
- SOUCHARD, E. (2010). Stretching global activo de la perfección muscular a los resultados deportivos II 4ta Edición. Badalona, España: Editor Service, S.L
- TUÑOQUE HUIDOBRO, R. A., ALVITES CABREJOS, J. L. (2018). Alteraciones posturales de la columna vertebral en los adolescentes que cursan el cuarto y quinto año del nivel secundario de la Institución Educativa Ofelia Velásquez, julio–noviembre, Tarapoto, 2016.

CONOCIMIENTO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE PRODUCTOS CON GLUTAMATO MONOSÓDICO Y SU RELACIÓN CON IMC Y CIRCUNFERENCIA DE CINTURA EN ADULTOS.

Ana Clara ZARRABEITIA BRUECHET*, Jessica Vanina GARRO BUSTOS,
Antonella de las Mercedes BIASI

RESUMEN

El Glutamato Monosodico (GMS) es un aditivo utilizado como potenciador de sabores, que estimula el apetito. El GMS Puede provocar incremento de peso y valores de IMC y CC, condicionando el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT.) Se desarrolla una preferencia por ultraprocesados con GMS, que inhiben a la leptina, provocando un incremento de lípidos plasmáticos e hipertrofia adipocitaria con alteración en parámetros de estrés oxidativo y metabólicos. También provoca neurotoxicidad. El objetivo fue determinar el grado de conocimiento y la frecuencia de consumo de alimentos industrializados que contienen GMS en adultos de 18 a 59 años de edad y su relación con IMC y circunferencia de cintura de la ciudad de San Luis.

Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal retrospectivo observacional. La muestra fué no probabilística, por "conveniencia", con un total de 205 de la ciudad Capital de San Luis. Se utilizó una encuesta autoadministrada previamente validada a través de una prueba piloto. Los datos antropométricos constaron de medidas de peso, talla y circunferencia de cintura, haciendo uso de una balanza de pie calibrada, un tallímetro y una cinta métrica extensible. El análisis de datos estadísticos fue a través de software estadístico: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). De 205 participantes, 18,04% representaron al sexo masculino y 81,96% femenino. 95,10% no posee conocimiento sobre el aditivo, 4,9% si posee. 61,46% tiene una baja frecuencia de consumo de productos con GMS (1-3 veces al mes/nunca), 25,85%, moderada (1-2 veces por semana), 12,68% alta (todos los días/+3 veces a la semana). En aquellos con frecuencia de consumo alta, 12,50% tenían bajo peso; 11% normopeso y 15% exceso de peso. Con frecuencia moderada, el 25% mostraba bajo peso; 14,70% normopeso y 41,30% exceso de peso. Con baja frecuencia, 62,50% tenía bajo peso, 74,30% normopeso y 43,80% exceso de peso. En el grupo con CC <80, 11,80% tenía alta frecuencia de consumo, 13,40% moderada y 74,80% baja. Del grupo con CC >80 cm, 14% tiene alta frecuencia de consumo, 43% moderada y 43% baja. Existe un grado de conocimiento escaso sobre GMS, pero en general, la frecuencia de consumo de ultraprocesados con éste aditivo es baja. Se advirtió una correlación significativa entre frecuencias de consumo mayores, con valores más elevados de IMC y CC.

Palabras clave: GMS – Conocimiento sobre GMS –Frecuencia de consumo de GMS – IMC – CC

* Anac.zb1993@gmail.com - Facultad Ciencias de la Salud - UNSL

Keywords: MSG- MSG additive knowledge- MSG consumption frequency- BMI-WC

INTRODUCCION

El glutamato monosódico (GMS) es un aditivo ampliamente utilizado en la industria alimenticia, responsable de potenciar el sabor de alimentos, tornándolos más sabrosos y palatables, favoreciendo de este modo, su consumo.

Se trata de una sal sódica proveniente del ácido glutámico, uno de los aminoácidos no esenciales, más abundantes de la naturaleza (encontrado en maíz, remolacha, caña de azúcar, etc.), que acciona la neurotransmisión excitatoria, es decir, que contenido en alimentos de frecuente consumo, provocaría una alteración en los umbrales de saciedad, reduciría la sensibilidad a ciertos sabores, pudiendo influir en el comportamiento alimentario, aumentando el apetito y las cantidades consumidas (Reyes-Reyes, 2021).

De acuerdo con varias investigaciones y la FAO/OMS (2017), a pesar de las descripciones de larga data acerca de efectos secundarios en resultados arrojados por evaluaciones toxicológicas, éste aditivo, se usa de manera masiva, ya que legalmente se encuentra autorizado su uso.

El Código Alimentario Argentino (2022) ha definido que la dosis de GMS estará bajo los parámetros de las buenas prácticas de fabricación (BPF) (Codex Alimentarius, 2022), lo que quiere decir que queda bajo la potestad de los fabricantes su uso y la cantidad añadida.

Por otra parte, la ANMAT, dispone que la cantidad de un aditivo autorizado, agregado a un producto alimentario, será siempre la mínima necesaria para lograr el efecto deseado, y mientras se respeten los valores plasmados en el CAA, no habría posibilidad de provocar reacciones adversas.

De este modo, salen al mercado alimentos atractivos y adictivos, abundantes en distintos tipos de aditivos, con un elevado aporte energético, ricos en ingredientes tales como grasas saturadas, trans, colesterol, sodio, azúcares, etc. donde al ingerirlos producen sensaciones gratificantes y palatables, por lo que

las personas inconscientemente, consumen más cantidades, fomentando así, ésta mencionada sobrealimentación.

Según los datos publicados por la ENNyS de 2019, el 41,1% de la población entre 5 y 17 años de edad, tiene exceso de peso, la prevalencia al exceso de peso en la población adulta es del 67,9%, y la lectura del etiquetado nutricional en personas mayores a 13 años es de 3 cada 10, y la mitad no lo comprende.

Entonces, los productos que contienen GMS, son capaces, según diversos estudios, de provocar una interferencia en el normal funcionamiento del tejido adiposo, inhibiendo la señal que desencadena la leptina (entre otros), por lo que se supone que tras un consumo elevado en el tiempo, se puede ver un incremento en IMC y CC, pudiendo desarrollarse un exceso de peso y otros trastornos de la conducta alimenticia.

MARCO TEORICO

El GMS proviene del ácido glutámico, un aminoácido sumamente abundante en una amplia gama de alimentos de forma natural.

Su característica de realzador de sabores hace que justamente algunos de ellos confieran a las preparaciones, sensaciones más intensas. A su vez, encontramos a éste aditivo formulado artificialmente, que la industria agrega a distintos productos, por lo que en las góndolas, los encontraremos con un extra agregado de la sustancia en cuestión. Con respecto a la importancia del glutamato monosódico, las implicancias a la salud más relevantes, son:

Aumento de Apetito y Conducción al Sobrepeso y Obesidad

Para introducirnos en el tema, es necesario referirnos brevemente a la leptina, que a grandes rasgos, disminuye el apetito y aumenta el metabolismo basal. Ésta, que es secretada principalmente por tejido adiposo, viaja a través del torrente sanguíneo, hacia el núcleo arcuato del hipotálamo, donde existen poblaciones neuronales con funciones orexígenas y anorexígenas. La leptina se unirá finalmente a unos receptos específicos denominado “LEPRb”, induciendo la síntesis y secreción de polipéptidos anorexígenos, responsables de inhibir el apetito. (Quintanar & Salinas, 2021)

Ahora bien, cuando bioquímicamente, se produce un incremento de lípidos plasmáticos e hiperplasia con alteración de parámetros de estrés oxidativo, termina por provocarse un desorden metabólico, que externamente suele apreciarse como hiperadiposidad central. Internamente, se desencadena un proceso inflamatorio con aumento de citoquinas, macrófagos, neutrófilos, agregación plaquetaria, etc.

Éstas sustancias proinflamatorias, comienzan a viajar por torrente sanguíneo, llegando a distintos tejidos y afectando su normal funcionamiento.

Por lo que se activa un mecanismo de defensa, en el que se secretan sustancias que ayudan a frenar las agresiones de las mismas, inhibiendo la transducción de señales, con lo cual, se provoca una desensibilización de los receptores, entre ellos, el de leptina (SOCS-3) (Lubis et al, 2008)

La relación ingesta glutamato y aumento de peso, puede explicarse debido a factores “co-variables” ambientales, como el sedentarismo o dieta... Los cuales se encuentran vinculados a las modificaciones nutricionales de la persona, que desarrolla una preferencia hacia alimentos ricos en GMS, alterando la cascada de señalización de la leptina a nivel hipotalámico, con la posterior influencia sobre la mencionada ganancia de peso. (Gipsis Suárez et al., 2021)

A su vez, existen factores que refuerzan la ingesta de GMS, puesto que estos productos, tienden a generar una conducta hedónica adictiva, tras sobreestimar distintas áreas cerebrales, que provocarán, entre otros, una hipersecreción de serotonina, que actúa disminuyendo niveles de ansiedad y reforzando así, un condicionamiento del organismo a sentir alivio y tranquilidad, cuando consume éstos alimentos, también se estimula al sistema mesolímbico que relaciona determinadas conductas con “recompensas”.

Neurotoxicidad inducida por GMS

Entre las múltiples funciones que GMS cumple en el organismo, encontramos la de neurotransmisión, facilitando y agilizando la comunicación entre células nerviosas a través de contactos, denominados sinapsis. El glutamato, se une a receptores específicos (canales de sodio y calcio, principalmente) sobre la membrana de neuronas postsinápticas. De éste modo, cuando se produce un

aumento de glutamato en el espacio interneuronal, se sobreestiman dichos receptores con la posterior y amplia gama de efectos en las neuronas.

Cuando se produce una acumulación de glutamato, comienza a gestarse eventualmente un daño irreversible del tejido neuronal debido a que las células nerviosas activan procesos neurodegenerativos. Este proceso se inicia con un ingreso desmesurado de calcio, el cual, dispara en la mitocondria, la síntesis de enzimas que dañan el interior de la célula, incluido el ADN (ej.: proteasas); La formación de radicales libres que promueven la peroxidación de los lípidos a nivel membrana y la ruptura de la mitocondria, que detiene la síntesis de ATP, ocasionando una pérdida drástica del suplemento energético de la célula.

Finalmente, la célula termina desintegrándose, liberando su contenido al espacio circundante y promoviendo una mayor respuesta inflamatoria. Esto trae como consecuencia, distintos problemas neurodegenerativos ej.: problemas de memoria, disminución en la capacidad de aprendizaje, alzhéimer, Parkinson, etc. En el resto del cuerpo se producirán asimismo repercusiones. Otro dato no menor, es que el glutamato tiene la capacidad de atravesar la barrera placentaria, llegando a células cerebrales fetales, pudiendo causar un mal desarrollo neurológico. (Beas Zárate, 2017, 25-30)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se buscó determinar el grado de conocimiento del consumidor promedio sobre glutamato monosódico, así como la frecuencia de consumo de productos ultraprocesados que contuvieran a dicho aditivo y además relacionar éstas dos variables con los parámetros antropométricos de IMC y Circunferencia de Cintura.

Se configuró por ende, un estudio correlacional y de corte transversal, con una muestra no probabilística, por conveniencia, conformada por 205 adultos de ambos sexos jóvenes y maduros que residen en la ciudad de San Luis durante los meses de abril y mayo del año 2023.

Los criterios de inclusión fueron: a) Adultos de sexo masculino y femenino que sean residentes permanentes de la ciudad de San Luis, que tengan entre 18 a 59 años de edad. b) Individuos que aceptaran participar libremente y firmaran un

documento de consentimiento informado. c) Personas que realizaran compras de productos alimenticios en comercios.

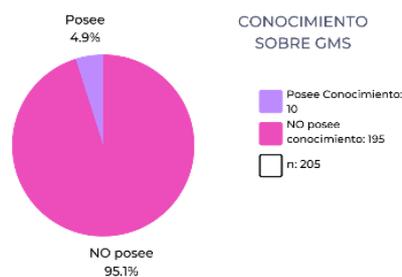
Para la recolección de información, se citó a los voluntarios, y administraron dos encuestas (previamente validadas a través de una prueba piloto que representó el 15% de la muestra) una de ellas contempló el conocimiento y otra la frecuencia. Posteriormente se les tomaron las medidas 1. toma de peso expresada en Kg utilizando una balanza de pie calibrada, 2. toma de circunferencia de cintura expresada en cm, con la utilización de una cinta métrica extensible y graduada en cm 3. toma de altura expresada en cm con la utilización de un tallímetro. de peso, talla y circunferencia de cintura, haciendo uso de una balanza de pie calibrada, un tallímetro y una cinta métrica extensible.

Los datos fueron ingresados a una planilla Excel e importados a la aplicación estadística SPSS Version26 para la realización de pruebas estadísticas. Finalmente los resultados fueron representados en gráficos y tablas.

RESULTADOS

De 205 participantes, el 82% estuvo comprendido por sexo femenino (n=168) y el 18% por masculino (n=37).

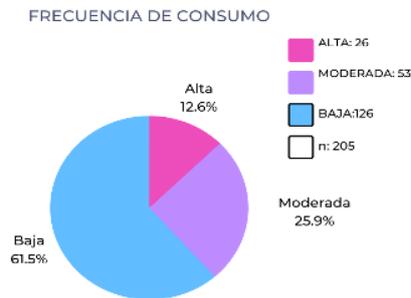
Con respecto a los resultados sobre conocimiento, el 4,9% (n=10) poseía conocimiento suficiente sobre lo que representa el aditivo GMS, pero el 95,1% (n=195), no.



Fuente: Elaboración propia

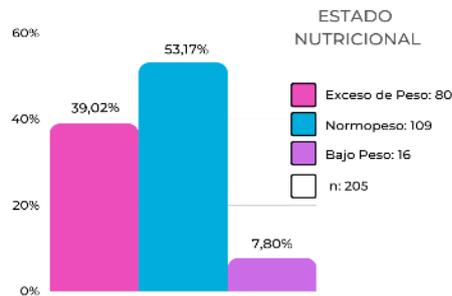
El 12,6% de la muestra estudiada (n=26), tenía una alta frecuencia de consumo en productos ultraprocesados ricos en GMS (Todos los días/+3 veces a la semana), el 25,9% (n=53) tenían una frecuencia de consumo moderada (1-2

veces por semana) y finalmente, el 61,5% (n=126) tenían una baja frecuencia de consumo de esta clase de productos (1-3 veces al mes/nunca).



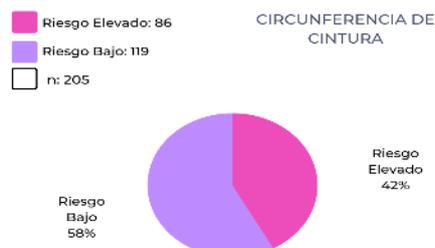
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al IMC de los participantes, el 39,02% (n=80), se encontraban excedidos de peso; el 53,17% (n=109) resultaron normopeso y el 7,80% (n=16) tenían bajo peso.



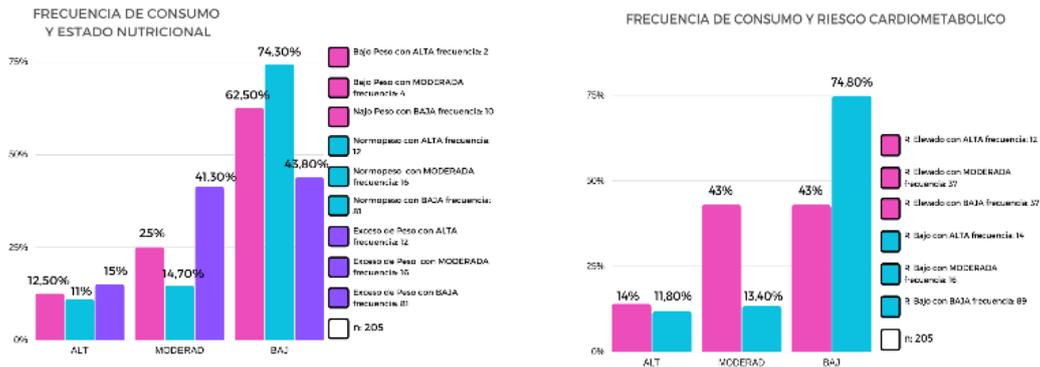
Fuente: Elaboración propia

A partir de la toma de circunferencia de cintura, el 42% (n=86) presentaba, una circunferencia mayor a 80cm, lo que significa riesgo elevado de presentar eventos cardiometabólicos. El 58% restante (n=119), presentaba riesgo bajo.



Fuente: Elaboración propia

Al momento de llevar a cabo el análisis de frecuencia de las variables estudiadas, mediante el test estadístico Chi-Cuadrado (χ^2), con un valor $p < 0,0,5$ y nivel de confianza del 95%, pudo establecerse una relación estadísticamente significativa, entre frecuencias más elevadas de consumo de ultraprocesados que contuvieran GMS, con resultados mayores para IMC y CC.



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

En nuestra muestra se evidenció un grado prácticamente nulo de conocimiento acerca del aditivo glutamato monosódico, ya sea sobre lo que representa, sus efectos a corto o largo plazo o reconocimiento del mismo en diversos productos, entre otros. A su vez, se advirtió, a partir de lo expresado por la opinión de la mayoría de los individuos, que el tema abordado no resulta relevante.

También pudo observarse que casi la totalidad de la muestra no tiene el hábito de leer el listado de ingredientes, ni lo tiene en cuenta para realizar una selección más saludable de alimentos. Ésta falta de interés, resultó generalizada, independientemente de la información obtenida.

Asimismo, no fue posible observar una disminución en la frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados en aquellos sujetos que obtuvieron mejores puntuaciones con respecto al nivel de conocimiento, ni una relación significativa entre el nivel de información, con los parámetros de IMC o CC, pero pudo verse reflejado que, sin importar el nivel de conocimiento, la mayoría de las personas, a partir de las encuestas y valoración antropométrica, evidenciaron tener un peso

acorde a su altura, un bajo riesgo de sufrir eventos cardiometabólicos y se estimó que tienen una baja ingesta de alimentos ultraprocesados independientemente de su sexo o edad.

No se observó una relación estadísticamente significativa, pero, ello no significa que las mismas sean inexistentes. Por otra parte, a la hora de relacionar estos parámetros antropométricos con la información brindada en la entrevista referida a la frecuencia de consumo, pudo notarse la existencia de una relación significativa entre las personas que obtuvieron resultados más elevados de IMC o CC con mayores cantidades consumidas de éstos productos, a diferencia de aquellos individuos que arrojaron valores más bajos o normales de las mediciones utilizadas, esto se traduce en que un mayor consumo de ultraprocesados favorece el desarrollo de sobrepeso, y en consecuencia, otras complicaciones agregadas.

REFERENCIA

- 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 - Informe Definitivo. (2018). Banco de Recursos. Retrieved January 20, 2023, from https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factoresriesgo_2019_informe-definitivo.pdf.
- BEAS ZÁRATE, C. (2017, septiembre). El glutamato: de nutriente cerebral a neurotóxico. Revista biomédica de occidente del instituto mexicano del seguro social, 25-30. Blandini, F., & Greenamyre, J.T. (1998). Prospects of glutamate antagonists in the therapy of Parkinsons's disease. Fundamentals of Clinical Pharmacology.
- Código Alimentario Argentino. CODIGO ALIMENTARIO ARGENTINO. Retrieved May 27, 2023, from https://alimentosargentinos.magyp.gob.ar/contenido/marco/CAA/Capitulo_18.htm.
- ENNyS 2. (2019, septiembre). RESUMEN EJECUTIVO SEPTIEMBRE | 2019. Biblioteca Cesni. Retrieved July 22, 2023, from https://cesni-biblioteca.org/wpcontent/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-20191.pdf.

- GIPSIS SUÁREZ, R., CAPOTE GAITIÁN, C., ACOSTA SÁNCHEZ, T., FERNÁNDEZ ROMERO, T., & CLAPÉS HERNÁNDEZ, S. (2021). Indicadores metabólicos y de estrés oxidativo en ratas con obesidad inducida con glutamato monosódico. Redalyc. Retrieved March 11, 2023, from <https://www.redalyc.org/journal/1804/180468227009/html/>.
- LOPEZ, P. (2014, mayo). Conocimiento que tienen sobre el resaltador del sabor glutamato monosódico, los alumnos de cuarto año de la Lic. en nutrición de UCU. "CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE EL RESALTADOR DEL SABOR GLUTAMATO MONOSÓDICO, LOS ALUMNOS DE CUARTO AÑO DE LA LIC. EN NUTRIC. Retrieved May 3, 2023, from <http://repositorio.ucu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/522/524/Tesina%20L%C3%B3pez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- LUBIS, A.R., WIDIA, F., SOEGONDO, S., SETIAWATI, A. The role of SOCS-3 protein in leptin resistance and obesity. Acta Med Indones. 2008 Apr;40(2):89-95. PMID: 18560028. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18560028/>.
- OMS. (2021, junio 2). Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. Retrieved enero 8, 2023, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- QUINTANAR, J. L., & SALINAS, E. (2022, abril 13). Papel dual de la leptina en la obesidad. Lux Médica, 17. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4863044007/html/>.
- REYES REYES, F. G. (2021). Umami y Glutamato, aspectos químicos, biológicos y tecnológicos. Blucher Open Access.
- UMAMI INFORMATION CENTER. (2019, 9 3). Umami Information Center. Retrieved January 22, 2023, from <https://www.umamiinfo.com>.
- UNICEF/FIC. (2023, Abril). Situación alimentaria de niños, niñas y adolescentes en Argentina. UNICEF. Retrieved July 20, 2023, from [https://www.unicef.org/argentina/media/17631/file/Estudio%20"Situaci%C3%B3n%20alimentaria%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Argentina".pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/17631/file/Estudio%20)

APROPIACIÓN LEXICA NOMINAL, PROCEDIMIENTOS DE NOMINALIZACION EN SUJETOS SORDOS

María Eugenia BOYE*

RESUMEN

Los primeros años de un niño son de fundamental importancia para la adquisición y desarrollo con éxito de la lengua primera que será la herramienta de base flexible, funcional e interpersonal para el progreso de sus funciones cognitivas. Respecto de la audición, en todo niño normoyente juega un papel preponderante y decisivo para la apropiación de la lengua. En el caso de la presencia de un déficit auditivo, se instala una alteración en el proceso de adquisición y desarrollo de la lengua fónica de los niños sordos. En este sentido, dicho proceso presenta características específicas, producto del hecho que la dificultad auditiva afecta directamente la posibilidad del niño sordo de acceder, de manera natural y espontánea a los sonidos de la lengua. Dado que el aprendizaje lexical es uno de los aspectos relevantes en la construcción lingüística a edades tempranas en esta investigación se pretende identificar y explicar los factores que intervienen en la apropiación léxica nominal e indagar la calidad del reservorio léxico con que cuenta el niño hipoacúsico protetizado.

Para el estudio de la identificación de las características de apropiación e incidencia léxica nominal se procedió metodológicamente desde una lógica cualitativa, descriptiva y exploratoria, a partir de categorías emergentes en el trabajo de campo que surgieron del proceso de codificación de los datos. Se plantea la necesidad de conocer e indagar dimensiones básicas para poder potenciarlas y buscar una alternativa de trabajo que contribuya, en lo posible a las dificultades observadas en la adquisición y desarrollo principalmente léxico (y en consecuencia morfosintáctico), base indispensable para el diseño de instrumentos de intervención y diagnóstico transferibles a la terapia y educación en las áreas del lenguaje y en la sordera para mejorar su calidad de vida y propender al mejor desarrollo posible.

Palabras clave: léxico nominal – reservorio léxico - sordera

Key words: nominal lexicon – lexical reservoir - deafness

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de un niño son de fundamental importancia para la adquisición y desarrollo con éxito de la lengua primera que será la herramienta de base flexible, funcional e interpersonal para el progreso de sus funciones cognitivas.

Respecto de la audición, en todo niño normoyente juega un papel preponderante y decisivo para la apropiación de la lengua. En el caso de la presencia de un

* Docente Investigador Facultad Ciencias de la Salud y Facultad Ciencias Humanas. UNSL

déficit auditivo, que no es compensado y atendido a tiempo, se instala una alteración en el proceso de adquisición y desarrollo de la lengua fónica de los niños sordos. En este sentido, dicho proceso presenta características específicas, producto del hecho que la dificultad auditiva afecta directamente la posibilidad del niño sordo de acceder, de manera natural y espontánea a los sonidos de la lengua (Marchesi 1987, 1995; Torres Monreal 1995; Silvestre 1998).

Se ha comprobado que el niño sordo que recibe una educación exclusivamente oral muestra en este proceso de construcción, características lingüísticas y comunicativas particulares cuyo rasgo más característico es la variabilidad en la calidad y cantidad de las habilidades lingüísticas en lengua oral.

La competencia léxica, entendida como la capacidad de reconocer una palabra como perteneciente a la propia lengua, de saber lo que una palabra significa y diferenciar entre una palabra correcta o incorrecta, es parte primordial del conocimiento lingüístico y su dominio efectivo. Es el conocimiento de la estructura y funcionamiento del sistema léxico, sujeto a consideraciones pragmáticas pertinentes, que puede ser eficazmente utilizado en diferentes contextos discursivos.

En efecto, el desarrollo de esta competencia léxica tendrá repercusión significativa, no solo en los procesos de comprensión y producción lingüística, sino también porque constituye la herramienta cognitiva necesaria para penetrar en las diferentes áreas del conocimiento (Giammatteo 2009).

Lo único que un sujeto puede incorporar una vez adquirido la competencia lingüística, en términos de gramática, es el léxico. De esta manera, la palabra constituye la unidad semántica básica desde la cual se construye el discurso.

Asimismo existen también teorías cognitivas que plantean el tema del reservorio léxico en el niño como un estado mental apto para esa incorporación léxica que va más allá del período óptimo. Esta incorporación léxica se va transformando en un reservorio que según L. Rosenblatt (1994) es fundamental, es una de las relaciones más importantes entre lectura y competencia lingüística.

Dado que el aprendizaje lexical es uno de los aspectos relevantes en la construcción lingüística a edades tempranas en esta investigación se pretende

identificar y explicar los factores que intervienen en la apropiación léxica nominal e indagar la calidad del reservorio léxico con que cuenta el niño hipoacúsico protetizado.

La capacidad de adquirir y desarrollar una lengua oral es uno de los aspectos más sobresalientes del ser humano y se relaciona con la comunicación y la interacción social, la expresión emocional, el conocimiento de la realidad, la conducta voluntaria y el pensamiento racional (Ortega, Quesada 2004).

De estas consideraciones se deduce directamente el valor determinante que la adquisición lingüística tiene para el niño sordo.

En consecuencia, resulta significativo para la Fonoaudiología clínica, toda investigación que aborde la temática del lenguaje. Se plantea la necesidad de conocer e indagar dimensiones básicas para poder potenciarlas y buscar una alternativa de trabajo que contribuya, en lo posible, las dificultades observadas en la adquisición y desarrollo principalmente léxico (y en consecuencia morfosintáctico), base indispensable para el diseño de instrumentos de intervención y diagnóstico transferibles a la terapia y educación en las áreas del lenguaje y en la sordera para mejorar su calidad de vida y propender al mejor desarrollo posible.

OBJETIVO

Observar y analizar estrategias y problemática que presentan los niños sordos protetizados para apropiarse del léxico nominal.

METODOLOGÍA

En este trabajo se empleó un diseño metodológico de tipo exploratorio-descriptivo. Se intentó realizar un análisis de diferentes elicitaciones producidas en la apropiación léxica nominal.

La muestra estuvo constituida por 10 sujetos ($n=10$) de edad cronológica de 5 a 7 años usuarios de lengua oral, diagnosticados con hipoacusia prelocutiva neurosensorial con auxiliares auditivos en ambos oídos. La severidad de la pérdida auditiva se valoró de acuerdo a los umbrales objetivos de los PEATC.

Los aspectos a analizar son *Calidad del reservorio léxico de tipo nominal*, cuya modalidad es determinada como

Reservorio léxico no deprimido - Reservorio léxico deprimido

El Reservorio léxico no deprimido es entendido como la habilidad para enunciar y/o evocar las distintas posibilidades de nombrar un concepto/objeto/persona y el reservorio léxico deprimido a la imposibilidad de apelar a habilidades que permitan enunciar y/o evocar concepto/objeto/persona.

Se define *léxico enunciado (+)* cuando el niño realiza nominalizaciones (sustantivos y adjetivos) directas, indirectas u ostensivas y *léxico no enunciado (-)* significa que el sujeto no **apela a habilidades que permitan enunciar y/o evocar concepto/objeto/persona.**

A nivel de lo enunciado por parte del niño sordo protetizado se proponen las siguientes categorías analíticas:

- *Nominalizaciones con referente directo*: son aquellas que el sujeto dice o enuncia directamente (**concepto/objeto/persona**).
- *Nominalizaciones con referente indirecto*: aquellas que, a partir de un referente alternativo, dice o enuncia (**concepto/objeto/persona**).
- *Nominalizaciones ostensivas*: aquellas en donde se emplea el deíctico: señala o indica el referente de la palabra.

Lo no enunciado por parte del niño sordo protetizado se verifica en:

- *nominalizaciones no enunciadas* por el sujeto y nominalizaciones no indicadas con marcas extraverbales (gestos o señalizaciones).

Las unidades de análisis en este trabajo la conformaron emisiones de la lengua hablada, es decir enunciados lingüísticos que cada niño/a de la muestra ofreció a las preguntas de contenido sobre el cuento y la subsiguiente renarración del mismo ya que representan un elemento motivante de elicitación lingüística.

Los datos fueron recolectados a través de la *técnica de la observación participante*. Se utilizó como *estrategia la narración* de 5 (cinco) cuentos breves de Graciela Montes y la subsiguiente renarración de la historia respondiendo a preguntas abiertas algunas literales y otras inferenciales como también

preguntas cerradas formuladas para obtener respuestas confirmatorias o desestimativas.

El análisis del léxico, consistió en realizar la transcripción íntegra y textual de todos los registros lingüísticos, paralingüísticos, y contextual de los datos indicando pausas y/o silencios para señalar todos los indicadores y para una mejor manipulación de los datos.

Realizado el vaciado de las transcripciones se organizaron los datos y se procedió a la selección de las diferentes nominalizaciones (sustantivos – adjetivos) producidas por cada niño en cada encuentro y luego para tener una descripción más completa se codificaron los datos en dos niveles: en el primero se codificaron las unidades en categorías y en un segundo nivel se compararon las categorías entre sí para buscar posibles vinculaciones a través de fenómenos que se identificaron como significativos de los datos lingüísticos registrados.

Se garantizó que hubiera un seguimiento de las consignas en cada una de todas las tareas realizadas y de las respuestas.

Si bien muchas respuestas fueron /sí/, /no/, negando o asintiendo con la cabeza, o con vocalizaciones ante la presencia de distintos objetos, hubo adecuación del mensaje y de las respuestas dadas por los sujetos al contexto del habla que actuaron como indicadores del nivel de conocimiento de las palabras.

Cada sujeto cuenta con un registro equivalente a 208 ítemes léxicos de los cuales 148 corresponden a la categoría nominal del sustantivo (S) y 60 a la de adjetivos (A).

ANÁLISIS DE NOMINALIZACIONES

Una información importante extraída son los distintos tipos de nominalizaciones (directas, indirectas y/u ostensivas) pudiéndose éstas combinar unas con otras. Para incitar directamente las nominalizaciones ya sean directas, indirectas u ostensivas se ofrecieron como elemento motivante de producción diferentes pistas o preguntas (directas o indirectas) o enunciados inconclusos estratégicos. Las nominalizaciones directas son las que aparecen en mayor frecuencia. Asimismo en las nominalizaciones ostensivas emplean el deíctico /ahí/ - /este/ - /esa/ y sus variantes ligado a la imagen del cuento, mucho señalamiento, gestos

indicativos, mímicas (fruncir el ceño por enojado, malo; etc.), pudiéndose ver reflejado un número significativo de nominalizaciones ostensivas como acto plenamente comunicativo.

Asimismo, cuando hacen mayormente señalamiento, claramente comunicativos, podría interpretarse que han adquirido el concepto como tal pero aun no pueden codificarlo y producirlo lingüísticamente. Cognitivamente saben lo que quieren decir, pero no disponen de la palabra.

Como todo hablante, entienden más de lo que pueden decir, en tal sentido con el predominio del señalamiento, actividad no verbal, se pudo valorar principalmente la comprensión.

De este modo, la definición o marcación ostensiva en los sujetos sordos cumpliría una función específica en la adquisición y la comunicación lingüística. Cabe sugerir a partir de la marcación ostensiva, la posible existencia de un léxico pasivo mediante el cual el sujeto entiende más de lo que puede decir, posee mucho más vocabulario en disponibilidad del que realmente emplean en sus producciones orales. Han adquirido el concepto como tal pero aun no pueden codificar o producir lingüísticamente en lengua oral.

NOMINALIZACIONES			
Sujeto	N. Directas	N. Indirectas	N. Ostensivas
S1	113	13	47
S2	96	9	31
S3	86	12	35
S4	104	10	19
S5	98	9	29
S6	91	10	24
S7	93	12	27
S8	103	13	30
S9	80	11	37
S10	90	6	31

Gráfica: Nominalizaciones directas, indirectas y ostensivas.

A partir de esta instancia los procesos emergentes y analizados giraron en torno a los *Procedimientos de tipo semánticos* como la *sinonimia* (hiperónimos-hipónimos).

<i>PROCEDIMIENTOS DE NOMINALIZACION</i>			
<i>Procesos Semánticos</i>			
S	Hiperónimos – Hipónimos	Sinónimos	Cuasisinónimos
S1	<i>/agua/ mar /agua/ charcos /comidita/ torta /mamá/ mujer</i>	<i>/muchas/ millones /silla/ banquito /sillón/ trono /grande/ inmenso /lindo/ hermoso /susto/ miedo /patio/ terraza</i>	<i>/no lo vemos/ invisibles /del árbol/ troncos /de mamá/ cartera /agua grandes/ olas /cuello largo / jirafa</i>
S2	<i>/agua/ mar /agua/ lago /árboles/ bosque /piso/ vereda /flores/ plantas</i>	<i>/patio/ jardín /gallina/ gallo /enojado/ gruñidos /grande/ enorme /cogote/ cuello</i>	
S3		<i>/casas/ edificios /sillón/ trono</i>	<i>/grandote/ gigante</i>
S4	<i>/agua / charcos /agua/ lago /maderitas/ troncos</i>	<i>/ventanas/ balcones /bici/ bicicletas /plantitas/ macetas /lindo/ hermoso /patio/ terraza</i>	<i>/toman leche/ merienda</i>
S5	<i>/agua/ mar /agua/ lago /agua/ patos</i>	<i>/piso/ vereda /flor/ maceta /nenes/ marineros /casas/ edificios /patio/ terraza</i>	<i>/toman leche/ merienda /el malo/ gigante /grandote/ gigante</i>
S6	<i>/agua/ lago /agua/ mar</i>	<i>/grande/ inmenso</i>	<i>/patitas/ pies</i>
S7	<i>/mar/ playa</i>	<i>/grande/ inmenso /sillón/ trono /sierra/ montaña /masita/ torta /piso/ vereda</i>	<i>/agua de lluvia/ charco</i>
S8	<i>/agua/ lago /piso/ baldosa /fuego/ estufa /hojitas/ plantas</i>	<i>/las torres/ edificios /patio/ terrazas /viajaron/ viaje</i>	<i>/cocinan/ cocineros</i>
S9	<i>/agua/ lago /maderitas/ troncos</i>	<i>/silla/ sillón /plantitas/ macetas /sillita/ banquito /gallo/ gallinas</i>	<i>/de un árbol/ hojas</i>
S10	<i>/árbol/ tronco</i>	<i>/sillón/ trono /lindo/ hermoso</i>	<i>/té/ leche /señoras cosiendo/ costureras</i>

RESULTADOS

Uno de los primeros signos observables fue que el conocimiento del significado o uso de algunos *ítemes léxicos nominales* estarían por debajo de lo esperable para su edad cronológica. Hay lentitud del desarrollo léxico y no hay una utilización competente de ese léxico general además de una clara imposibilidad de apelar a habilidades que permitan enunciar y/o evocar concepto/objeto/persona lo que determinaría que cuentan con un reservorio léxico deprimido.

El niño sordo interpreta el léxico cuyo acceso se encuentra acotado por la información que le provee el entorno o que le llega del entorno, observándose principalmente un vocabulario de uso frecuente, usual o familiar, y no así vocabulario específico de las distintas situaciones personales que fueron vivenciando.

No obstante, se plantean atenuantes que dan cuenta del conocimiento posible de niños sordos protetizados al evidenciarse que son capaces de llevar a cabo procedimientos semánticos de cierta complejidad, indicadores que el proceso de adquisición y desarrollo será más prolongado en el tiempo.

Para las nominalizaciones cuesta menos proporcionalmente la incorporación conceptual de palabras que refieren principalmente a entidades, ya sean animadas como no animadas (sustantivos) y es visiblemente baja la frecuencia con que aparece en el diálogo la categoría nominal del adjetivo.

RELACIONES DE INCLUSION										
CATEGORIAS	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Animales (60%)	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-
Ropa (30%)	S	-	-	-	-	-	-	S	-	+
Comida (10%)	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colores (80%)	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Medios de transportes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Relaciones de inclusión

Hay un predominio claro de sustantivos referidos a áreas de animales, comida, personas, objetos. Los adjetivos valorativos (lindo/feo-bueno/malo) adjetivos descriptivos (grande/chico – largo/corto – azul – amarillo) son los más frecuentes, pero en su mayoría, no son capaces de usarlos en un contexto funcional y espontáneo.

Los diferentes ítemes léxicos que necesitaron la explicación y/o aclaración de la significación durante la narración y renarración de los cuentos, no pudieron ser incorporados a su repertorio. Sólo incorporan vocabulario de uso frecuente, usual o familiar, pero ningún vocabulario específico de las distintas situaciones personales que fueron vivenciando. Genera mucha dificultad el uso de palabras referidas a conceptos que indican situaciones abstractas como por ejemplo /*idea*/ -/*invierno*/ - /*viaje*/ - /*rabia*/.

En consecuencia, a estas deficiencias léxicas se puede interrelacionar inadecuación en el procesamiento y generación de la estructura sintáctica, en la capacidad de combinar y organizar ese poco desarrollo léxico para producir frases y poder usarlas en contextos nuevos, dado que el significado del léxico determina la forma en la organización sintáctica

Asimismo, se identificaron enunciados que evidencian otro tipo de problemas de carácter léxico-semántico, ya no vinculado con cuestiones de selección, sino más bien de conocimiento de significado propiamente dicho.

Esto significaría que el reservorio léxico deprimido influye en la capacidad de memoria y debilita la construcción o almacenamiento de un diccionario mental.

En relación a los *procedimientos de tipo semánticos* estarían en concordancia con lo propuesto por Ortega de Hocevar (2004) ya que podrían deberse a que son capaces de captar ciertos aspectos de los rasgos semánticos que forman la significación de la palabra. En este mismo contexto, esta situación se vincula estrechamente con los aspectos pragmáticos de la lengua. El niño en una interacción comunicacional al no poseer suficiente vocabulario para lograr dicha comunicación apelan a este fenómeno.

A pesar de la precariedad de determinadas habilidades lingüísticas van cumpliendo ciertos hitos previstos en la adquisición de la lengua y propios de la creatividad lingüística como principio básico involucrado en todo proceso de apropiación de la lengua.

CONCLUSIONES

En el marco de la comunicación y educación enfatizamos la indagación del proceso de adquisición de la lengua ya que se considera que su estudio es un prerequisite ineludible para el diseño de terapias del lenguaje y de políticas lingüísticas y educativas.

El análisis de los principales hallazgos muestran elementos suficientes para indicar que existe en estos niños un nivel “bajo” de expresión lingüística de la lengua fónica conforme a su edad cronológica y edad auditiva y la apropiación léxica aparecería como uno de los puntos más débiles de la lengua oral de los sordos.

Estos resultados demuestran que los niveles de categorización estarían en proceso de adquisición y cumplen ciertos hitos involucrados en todo proceso de apropiación de la lengua, independientemente que la producción y la comprensión de palabras en categorías semánticas específicas es restringida y limitada y el nivel de desarrollo conceptual alcanzado, es un nivel categorial común a la que pertenece el objeto. Las relaciones de inclusión, para las categorías observadas son mínimas evidenciando que aún falta fortalecer la red de relaciones semánticas para dichas categorías. Asimismo esta conducta podría interpretarse como indicador de la capacidad de los sujetos de la muestra para categorizar y representar la realidad.

Resulta indudable la dificultad presentada a nivel nominal cuya evidencia se verifica en la alteración de la capacidad nominativa, aun cuando haya facilitación visual de los referentes mediante imágenes. Otra alteración se ubica a nivel de la lentitud en la apropiación léxica nominal y, consecuentemente, en la adquisición de la variedad de ítemes léxicos que permiten la designación y evocación de concepto/objeto/persona.

A pesar de la posesión de un reservorio léxico deprimido, manifiestan la disponibilidad de enriquecer su vocabulario para ser empleado en las producciones orales. Esta disparidad entre el número de palabras que los sujetos sordos entienden (léxico pasivo) y las que utilizan (léxico activo), confirman la asimetría entre comprensión y producción, es decir, comprenden mucho más de lo que producen. Asimismo, utilizan estrategias como atajos semánticos (hiperónimos-hipónimos, etc.) para compensar el escaso caudal nominativo que les impide designar concepto/objeto/persona.

Todo lo antes dicho podría posibilitar el diseño y la puesta en marcha de un programa coherente de acción y construir líneas de trabajo tendientes al mejoramiento de las herramientas utilizadas en el tratamiento de la lengua oral de los niños sordos e instar al constante debate sobre los enfoques reeducativos del desempeño lingüístico.

REFERENCIAS

Aizpún Ana María; Bullon Martha, Dudok Mónica, Kibrik Leonor, Maggio María Victoria, Maiocchi Alicia, Vazquez Fernández Patricia. *Enfoque neurolingüístico en los trastornos del lenguaje infantil. Semiología, evaluación y terapéutica aplicada*. Buenos Aires: Akadia, 2013. 300pp. ISBN 978-987-570-211-0

Alisedo Graciela. "El aprendizaje en alumnos sordos" en *El aprendizaje en alumnos con necesidades educativas especiales (orientaciones para la elaboración de adecuaciones curriculares)*. Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría de Programación Educativa. Dirección General de Investigación y Desarrollo Educativo. Programa de Transformación Curricular. Buenos Aires 2000.

Dubois María Eugenia. *Textos en contexto. Sobre lectura, escritura ... y algo más*. Buenos Aires: Lectura y Vida, 2006. ISBN1514-5832

Escandell Vidal María Victoria. *Apuntes de semántica léxica*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid: UNED, 2008. ISBN: 978-84-362-5501-0

Furmanski Hilda. *Implantes cocleares en niños. (Re) habilitación auditiva y terapia auditiva verbal*. Barcelona: MASSON S.A.; 2005. ISBN 978-849-326-824-4

Giammatteo Mabel, Albano Hilda. *¿Cómo se clasifican las palabras?* Buenos Aires: Biblos, 2009. ISBN 978-950-786-754-5

Giammatteo Mabel, Albano Hilda. "Las clases de palabras en español: un enfoque pragmático y discursivo". Actas XV Congreso Internacional de la Asociación de

Lingüística y Filología de América Latina. Uruguay, 2008. ISBN: 978-9974-8002-6-7. CD-rom

Gómez de Erice María Victoria (Comp.) *El niño y el cuento. Un estudio de narrativas en niños de escolaridad común y especial.* Mendoza: Editorial Facultad de Educación Elemental y Especial, 2008. ISBN 987-98201-1-8

López García Ángel, Gallardo Paúls Beatriz (Ed.) *Conocimiento y Lenguaje.* Universitat de València, 2005. ISBN 84-370-

Marchesi Alvaro. *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos.* Madrid: Alianza Editorial; 1987. ISBN 84-206-6517-7

Ortega de Hocevar Susana; Quesada de Giudici Marta. *Desarrollo del lenguaje verbal.* Editorial Facultad de Educación Elemental y Especial. 2004

Reguera Alejandra. *Metodología de la investigación.* Argentina: Brujas., 2008. ISBN 978-987-591-117-8

Sampieri Roberto H., Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill; 2010. ISBN 978-607-15-0291-9

Silvestre Nuria, Cambra Cristina, Laborda Cristina, Mies Angeles, Ramspott Ana, Rosich Núria, Serrano Carrasumada, Valero Jesús. *Sordera. Comunicación y aprendizaje.* Barcelona: MASSON S.A.; 1998. ISBN 84-458-0607-6

Torres Monreal Santiago; Rodríguez Santos Miguel; Hernández Rafael Santan; González Cuenca Antonia. *Deficiencias auditivas. Aspectos psicoevolutivos y educativos.* Madrid: Ediciones Aljibe, 1995. ISBN 84-87767-45-1

CONSUMO DE ALIMENTOS FUENTE DE ZINC Y SU ACCESO ECONÓMICO Y FÍSICO EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS DURANTE EL AÑO 2022

Victoria Melissa ANDRÉ*, Antonella de las Mercedes BIASI,
Jessica Vanina GARRO BUSTOS

RESUMEN

El adulto mayor suele ser un grupo etario nutricionalmente vulnerable, debido a los cambios propios del envejecimiento y a una ingesta inadecuada, siendo un grupo de riesgo para la deficiencia de nutrientes como el zinc, por lo cual indagar en su consumo es importante por las numerosas funciones del mismo.

En América Latina más del 50% de la población se encuentra en riesgo de sufrir deficiencias de Zn, afectando, en mayor medida, las zonas rurales que las zonas urbanas, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Dentro de los grupos poblacionales más propensos a padecer tal déficit, se encuentran los adultos mayores (AM), debido a los factores propios del envejecimiento, sumado a una ingestión inadecuada de alimentos fuente de Zn (Cediel et al., 2015).

Dicha deficiencia puede causar disminución de la inmunocompetencia, pérdida del gusto, como así también, el retraso en la cicatrización de heridas y ciertas limitaciones en cuanto a la función neurológica y psicológica (Restrepo, 2016).

Objetivo: Evaluar el consumo de alimentos fuente de zinc y su respectivo acceso físico y económico en adultos que participan en el Programa de Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Humanas y Psicología (UNSL), de la ciudad de San Luis, durante el año 2022.

Material y método: Descriptivo, prospectivo, transversal y cuantitativo, el muestreo fue aleatorio simple en adultos mayores que pertenecían al Programa de Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología y Ciencias Humanas de la UNSL, en la ciudad de San Luis, durante el año 2022. Se utilizó un cuestionario Ad-Hoc anónimo y una frecuencia alimentaria, el cual fue validado y sometido a prueba piloto para obtener la confiabilidad.

El 64% de los encuestados posee un consumo inadecuado de zinc. El 92,5% de los AM tienen acceso físico a los alimentos fuente de zinc y el 85,2% puede acceder económicamente a al menos 1 (un) alimento fuente de zinc. El 82% de los encuestados refirieron poder consumir huevo todos los días, seguido de los lácteos (70%) y por último, la carne (61%).

Podemos concluir que el consumo de alimentos fuente de zinc es deficiente, lo cual no estaría relacionado a cuestiones de acceso, ya que como vimos, casi el total de la población dispone de acceso físico y económico, sino que podría tratarse de una cuestión de hábitos y costumbres de los AM.

Palabras clave: adulto mayor, deficiencia de zinc, consumo de zinc, acceso físico y económico.

* victoriaandre19@gmail.com Facultad Ciencias de la Salud - UNSL

Keywords: older adults, zinc deficiency, zinc consumption, physical and economic access.

INTRODUCCIÓN

En América Latina más del 50% de la población se encuentra en riesgo de sufrir deficiencias de Zn, siendo un problema que afecta, en mayor medida, las zonas rurales que las zonas urbanas, tanto en países desarrollados como en desarrollo (Cediel et al., 2015). Dentro de los grupos poblacionales más propensos a padecer tal déficit, se encuentran los AM, debido a que, sumado a los factores propios del envejecimiento, poseen una ingesta inadecuada de alimentos fuente de Zn, lo que los condiciona a sufrir estados de deficiencias con respecto al mineral (Ramos et al., 2007).

El AM suele ser un grupo etario, por lo general, excluido y abandonado, el cual no recibe demasiada atención y se los aparta de la sociedad. En pos de esta situación, y considerando al AM como un grupo de riesgo en cuanto a la deficiencia de Zn, se escogió trabajar con aquellos adultos que participan en el Programa de Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Humanas y Psicología de la UNSL, en busca de analizar su alimentación, en relación al consumo de alimentos fuente de Zn, y el acceso económico y físico a los mismos, con la finalidad de revalorizar dicho grupo etario e insertarlo en la comunidad, haciéndolos sentir parte y a la vez promoviendo su envejecimiento activo.

En lo que respecta al acceso físico y económico, sabemos que los alimentos fuente de Zn no son de fácil acceso, debido a su elevado y creciente costo y al hecho de que, muchas veces, hay escasa disponibilidad de los mismos en los mercados, supermercados y demás locales físicos. A raíz de esto, y sumado al grave problema que tiene la Argentina en relación a la pobreza y a la desigualdad en la distribución del ingreso, es que se dificulta el consumo de estos alimentos.

MARCO TEÓRICO

El zinc en el medio ambiente y en la biología

El Zn se encuentra en el medio ambiente como un elemento metálico blanco azulado de transición, con número atómico 30 y es el 23^o elemento más abundante en la Tierra. Se caracteriza por ser un elemento ampliamente distribuido en la naturaleza y constituye cerca del 0.02% de la corteza terrestre. Desde el punto de vista biológico, forma parte de más de 300 metaloproteínas y de más de 2.000 factores de transcripción. Su participación en el metabolismo abarca una amplia variedad de reacciones, tanto de síntesis como de degradación de casi todas las biomoléculas. Es uno de los oligoelementos intracelulares más abundantes del cuerpo humano, participando en la mayoría de las funciones metabólicas, fisiológicas, de crecimiento y desarrollo, como también en la utilización adecuada de los macronutrientes y los mecanismos de inmunidad, entre otros. Cumple funciones catalíticas, estructurales y de regulación, siendo fundamental para la síntesis de biomoléculas como el ADN y las proteínas, así como para la degradación de las mismas (Castillo et al., 2018).

A pesar de ser uno de los oligoelementos más abundantes en el cuerpo humano, el Zn no puede almacenarse en cantidades significativas y, por lo tanto, requiere una ingesta regular o un suplemento para mantener sus niveles dentro de lo normal.

El zinc en el cuerpo humano

La absorción del Zn de la dieta va a depender del estado nutricional de la persona, de su interacción con otros componentes de la alimentación (inhibidores y facilitadores) y, por último, de la integridad misma del intestino. A su vez, el proceso de absorción puede verse comprometido por enfermedades del tracto digestivo, como, por ejemplo, síndromes de malabsorción, enfermedad inflamatoria del intestino, etc. (Ryu Y Aydemir, 2020).

El principal factor dietético que influye en la absorción del Zn es el ácido fítico o fitato, presente en muchos alimentos de origen vegetal, especialmente en los cereales y las legumbres. Este importante “anti nutriente” puede unirse al Zn en la luz intestinal y formar complejos insolubles que no pueden ser digeridos ni absorbidos debido a que los seres humanos carecen de la enzima fitasa intestinal

(King et al., 2016).

Deficiencia de zinc

Dentro de los grupos más propensos a sufrir dicha deficiencia, se encuentran los AM o ancianos. El envejecimiento es un proceso caracterizado por una disminución en el funcionamiento de órganos y sistemas debido a cambios anatómicos y funcionales propios de la edad. Las modificaciones en el aparato digestivo traen como consecuencia una disminución en la capacidad de absorción de micronutrientes. Adicionalmente a esto, los AM tienen un consumo deficiente de este nutriente, lo que hace que sean considerados como un grupo de riesgo para sufrir algún tipo de deficiencia de Zn. Esta carencia puede atribuirse a varias causas que ocurren de forma aislada o combinada, estas incluyen, una ingesta inadecuada, necesidades elevadas, síndromes de malabsorción, aumento de las pérdidas y una utilización deficiente, sumada a la presencia de enfermedades agudas o crónicas y al consumo de medicamentos, que reducen la absorción del Zn. La ingesta inadecuada de Zn absorbible en la dieta es probablemente la causa principal de la deficiencia del mismo en la mayoría de las situaciones. Esto puede ser el resultado de una combinación de una baja ingesta dietética total, una fuerte dependencia de alimentos con un bajo contenido de Zn y/o con formas de Zn poco absorbibles (Maxfield et al., 2021).

En la actualidad, las manifestaciones clínicas de la deficiencia de Zn en los adultos mayores incluyen anorexia, hipogeusia (pérdida del gusto), retraso en la cicatrización de heridas y úlceras y trastornos en la respuesta inmune. Todo esto, compromete el estado nutricional del individuo, ocasionando estados de desnutrición, cuadros infecciosos y complicaciones de las enfermedades crónicas que padecen, es decir, inciden directamente sobre su morbimortalidad (Romero y Gómez, 2020). Alteraciones en la inmunidad intestinal causadas por la deficiencia de Zn generan un aumento en el riesgo de padecer diarreas de origen infeccioso y de mayores complicaciones en enfermedades intestinales inflamatorias como la enfermedad celíaca y la enfermedad de Crohn. Se conoce, además, que a nivel intestinal la deficiencia de Zn altera la adsorción de agua y electrolitos lo cual constituye un mecanismo adicional en la producción de

diarrea (Restrepo et al., 2016).

Zinc y actualidad

Aproximadamente entre un tercio y la mitad de la población mundial se encuentra viviendo en países identificados por tener una baja ingesta dietética de Zn absorbible, siendo las personas de bajos niveles socioeconómicos las más afectadas. Este tipo de déficit se observa en todo el mundo, pero es más común en los países en desarrollo. En América Latina más del 50% de la población se encuentra en alto riesgo de deficiencia de Zn, a raíz de que se notificaron altas tasas de una inadecuada ingesta dietética del mismo, en donde las prevalencias son mayores en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Es por ello que, la carencia de este micronutriente es considerada un grave problema de salud pública que afecta en mayor proporción a los países de América Latina (Sacoto et al., 2020).

Acceso económico y físico en la vejez

El acceso hace referencia a la capacidad que tienen las personas para poder adquirir alimentos variados y en cantidades suficientes que les permitan desarrollar plenamente su vida. Podemos considerar dos formas de acceso, el **acceso físico**, en el que se incluyen medios como: el comercio, el trueque, la producción propia de alimentos, la recolección de alimentos silvestres, redes de apoyo comunitarias como donaciones u obsequios de alimentos y, el **acceso económico**, el cual depende de las condiciones del mercado y los precios de los alimentos, como así también del poder adquisitivo del individuo, lo cual está estrechamente relacionado con las oportunidades de empleo y de subsistencia con las que cuenta cada persona. La capacidad de las personas mayores de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez.

En el caso de los AM y en lo que concierne a alimentación, es importante que puedan acceder a una cantidad suficiente de alimentos que les permita cubrir las necesidades energéticas y los requerimientos de macro y micronutrientes correspondientes a esta edad, y que además sea adecuada a sus gustos,

hábitos, creencias y costumbres. Todo esto le permite al AM gozar de una alimentación segura y nutricionalmente adecuada, y en términos generales tener una buena calidad de vida.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio “Consumo de alimentos fuente de zinc y su acceso físico y económico, en adultos mayores pertenecientes al Programa de Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Humanas y Psicología (UNSL), de la ciudad de San Luis, durante el año 2022”.

La muestra final se conformó con un N=100 mediante un método aleatorio simple en adultos de 60 a 90 años que cumplían con los requisitos de inclusión y asistieron al Programa de Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Humanas y Psicología de la UNSL.

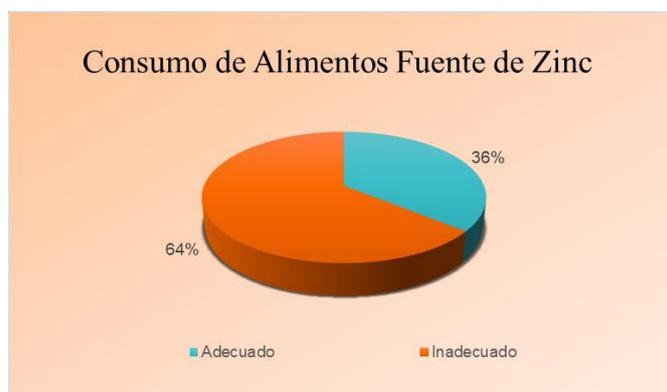


Figura 1 - Consumo de Zinc

Nota: Consumo adecuado ≥ 8 mg/día en mujeres y ≥ 11 mg/día en hombres.

Para dar respuesta al objetivo general de este trabajo, en función de la frecuencia y cantidad de consumo de los alimentos analizados, se cuantificaron las porciones diarias de cada uno de ellos. De dicho análisis, se obtuvo una estimación de los miligramos de zinc aportados por cada alimento y los miligramos totales del micronutriente aportados por la alimentación. El gráfico N°1 representa como fue el **consumo de zinc en la población**; se observa que un gran y alarmante porcentaje (64%) posee un consumo por debajo de las IDR, encontrándose en riesgo de déficit.

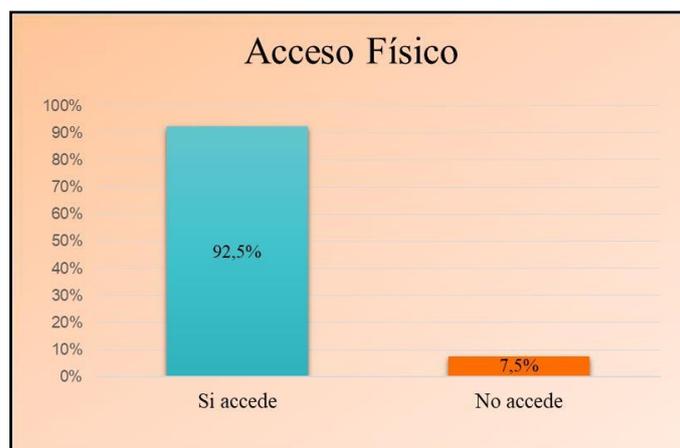


Figura 2 Porcentaje de la población que accede físicamente a los alimentos fuente de ZINC

Se consideró que el individuo accede físicamente a los alimentos fuente de zinc si:

- Encuentra variedad de precios, marcas y disponibilidad de alimentos a la hora de ir a comprar.
- Tiene supermercados, almacenes, kioscos, etc., en las cercanías del hogar.

En relación a los criterios mencionados anteriormente, podemos decir que el 92,5% de los AM encuestados tienen acceso físico a los alimentos fuente de zinc.



Figura 3 Consumo diario de alimentos fuente de zinc

El gráfico N°3 da respuesta a la posibilidad de los AM evaluados de, según el total de sus ingresos, poder consumir huevo, lácteos y carnes todos los días, a

fines de formar una opinión sobre el acceso económico de la población. Como podemos ver, el mayor consumo diario lo tiene el huevo con un 82% de los encuestados que refirieron que el total de sus ingresos le permite consumirlo diariamente, seguido de los lácteos, donde un 70% refirió poder consumirlos todos los días y por último, un 61% refirió poder consumir carne todos los días.

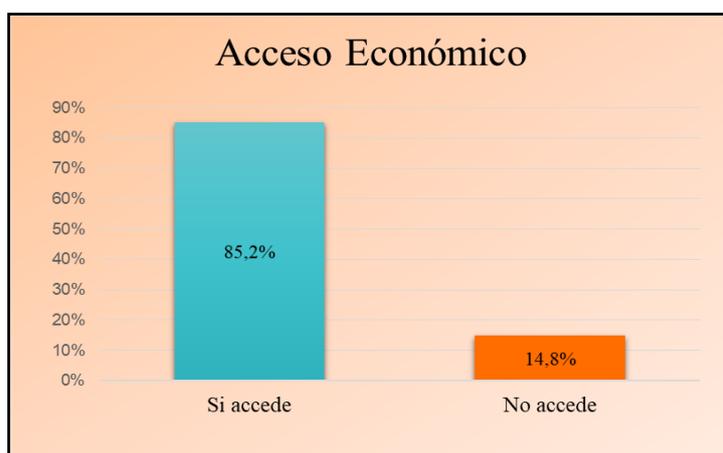


Figura 4 Porcentaje de la población que accede económicamente a los alimentos fuente de zinc.

Se consideró que el individuo accede económicamente a los alimentos fuente de zinc si:

- Percibe algún tipo de ingreso económico.
- Si la sumatoria de los ingresos económicos alcanza o supera el Salario Mínimo, Vital y Móvil.
- Si posee acceso de manera diaria a al menos 1 alimento fuente de zinc (carnes, lácteos o huevo).

Teniendo en cuenta los criterios mencionados anteriormente, podemos decir que el 85,2% de la población accede económicamente a al menos 1 (un) alimento fuente de zinc.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio de investigación, los resultados anteriormente discutidos permiten concluir que:

La carne de vaca y de pollo tuvieron un consumo muy por encima de la carne de cerdo y el pescado, lo cual puede deberse a dos motivos, el primero es que, como

sabemos, el pescado tiene un valor mucho más elevado que el resto de las carnes y segundo al tratarse de una provincia mediterránea la oferta de productos de mar/río no es tan diversa como en otros sectores del país, y en el caso del cerdo, la falta de consumo del mismo puede deberse a una cuestión de gustos, costumbres, religión e incluso costos vs productos avícolas.

El 64% posee un consumo por debajo de las IDR para la edad y el sexo, podemos inferir que esto se debe a que, si bien hay un porcentaje importante de la población que consume carnes, huevo y lácteos, las cantidades, en su mayoría, no superan una porción diaria en casi todos los alimentos, lo cual no es suficiente para cubrir los requerimientos. Este consumo deficiente predomina en el sexo masculino, y el mismo puede ser consecuencia de que en los hombres se vio un menor consumo de leche, queso y yogurt.

El 92,5% de los adultos mayores evaluados posee acceso físico a los alimentos fuente de zinc, lo cual es consistente en base a que la población encuestada habita zonas urbanas con diversas posibilidades de acceso físico.

El 85,2% de la población accede económicamente a al menos 1 (un) alimento fuente de zinc.

Con respecto al acceso económico, el total de los encuestados percibe un ingreso monetario, y de ese total el 70% dijo que la suma de sus ingresos alcanzan y/o superan el Salario Mínimo, Vital y Móvil, el cual hasta el día de la recolección de datos era de \$45.450, monto que, según ANSES, cubre la CBAy CBT. Y el 61% dijo que sus ingresos provienen de la jubilación. Ahora bien, en términos de acceso económico específico a los alimentos fuente de zinc, los que mayor posibilidad tienen de ser consumidos diariamente son el huevo (82%), seguido de los lácteos (70%) y por último la carne (69%). Esto puede deberse a que el huevo es un alimento mucho más económico que los lácteos y la carne, por ello hay un porcentaje mayor de la población que refirió poder consumirlo de manera diaria.

En cuanto al acceso físico, podemos concluir que, el 93% de los AM siempre o casi siempre encuentra variedad de precios, marcas y disponibilidad de alimentos cuando va a comprar, el 78% dispone de supermercados, almacenes, y demás locales físicos cerca de su hogar, el 92% compra sus alimentos, el 47%

dispone de movilidad propia para realizar sus compras y el 31% lo hace caminando.

REFERENCIA

- RAMOS, H. R. I. ATALAH, S., E. URTEAGA R, C. CASTAÑEDA L, R. OROZCO L, M. AVILA, L. & MARTÍNEZ, H. (2007). Efecto del consumo de un complemento alimentario en la concentración plasmática de cinc en adultos mayores residentes en Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, Vol 135(8), 1015-1024. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n8/art09.pdf>
- RESTREPO, C. C., CORONELL, M. DEL C, ARROLLO, J., MARTÍNEZ, G., SÁNCHEZ MAJANA, L. & SARMIENTO-RUBIANO, L.A. (2016). La deficiencia de zinc: un problema global que afecta la salud y el desarrollo cognitivo. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 66(3), 165-175. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222016000300002
- CEDIEL, G., OLIVARES, M., BRITO, A., CORI, H., & LÓPEZ DE ROMAÑA, D. (2015). Zinc Deficiency in Latin America and the Caribbean. *Food and Nutrition Bulletin*, Vol 36, S129–S138. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0379572115585781>
- RAMOS H, R. I. ATALAH S, E. URTEAGA R, C. CASTAÑEDA L, R. OROZCO L, M. AVILA, L. & MARTÍNEZ, H. (2007). Efecto del consumo de un complemento alimentario en la concentración plasmática de cinc en adultos mayores residentes en Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, Vol 135(8), 1015-1024. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n8/art09.pdf>
- RYU, M.-S., & AYDEMIR, T. B. (2020). Zinc. *Present Knowledge in Nutrition*, Vol 1, 393–408. <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66162-1.00023-8>
- TAFUR CASTILLO, J., GUERRA RAMÍREZ, M., CARBONELL, A. (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Revista*

Latinoamericana de Hipertensión, Vol 13 (5), pp. 360
- 366.

<http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2519/Factores%20que%20afectan%20el%20estado%20nutricional%20del%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MAXFIELD L., SHUKLA S., CRANE J.S. (2021). Zinc Deficiency. National Library of Medicine. In: StatPearls. Treasure Island (FL)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493231/>

ROSAS-ROMERO, R.; COVARRUBIAS-GÓMEZ, A. (2020). El papel del zinc en la salud humana *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 58, núm. 4, 2020, 477-485.
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457768632015/457768632015.pdf>

ROMERO SACOTO, L. A., GONZÁLES LEÓN, F. M., ABAD MARTÍNEZ, N. I., RAMÍREZ CORONEL, A. A., GUAMÁN GAÑAY, M. I. (2021). El Zinc en el tratamiento de la talla baja. *Universidad y Sociedad*, 12(2), 341-349.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n2/2218-3620-rus-12-02-341.pdf>