

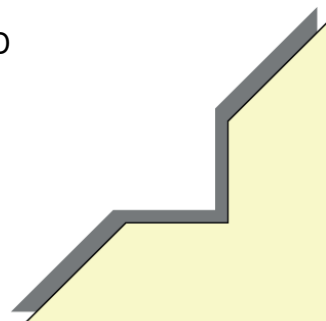
REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA



Año 5 Volumen 1 Número 6
Marzo 2015
ISSN 2250 - 5628

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA
Año 5 Volumen 1 Número 6
Marzo de 2015



INDICE

ATENEO DOCENCIA-SERVICIO SOBRE PROCESOS DE CUIDADO ENFERMERO (PCE) - FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA (FE) - EXPERIENCIA 2010-2012.....	3
FÓRMULAS INFANTILES: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL ETIQUETADO Y DE LA COMPOSICIÓN NUTRICIONAL	6
LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO	16
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES EN AMÉRICA LATINA	24
WHATSAPP COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO Y COMUNICACIÓN EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA (FE-2015)	31
LA INULINA COMO INGREDIENTE FUNCIONAL	34

ATENEO DOCENCIA-SERVICIO SOBRE PROCESOS DE CUIDADO ENFERMERO (PCE) - FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA (FE) - EXPERIENCIA 2010-2012

TEACHING AND SERVICE OF PROCESS OF NURSING CARE (PCE) - FUNDAMENTALS OF NURSING (FE) - EXPERIENCE 2010-2012

Lic. Mónica Gil-F de Padilla*; Lic. Susana Romero**; Lic. Nélide Condori***, Lic. Mirian Mogro****

Licenciada en Enfermería. Diplomada en Educación Médica*; Licenciada en Enfermería** ; Licenciada en Enfermería***; Licenciada en Enfermería****

INTRODUCCIÓN

En esta publicación se presenta un breve relato de las experiencias vividas en la preparación e implementación del Ateneo Principiante Docencia-Servicio llevado a cabo durante los años 2010, 2011 y 2012 los cuales se desarrollaron al cierre de las pasantías de la Asignatura Fundamentos de Enfermería (FE) en la Unidad de Internación de Geriatría Anexo Hospital Señor del Milagro de la ciudad de Salta Capital. República Argentina.

Propósito General: Que los estudiantes expongan y defiendan reflexiva y críticamente el Procesos de Cuidado de Enfermería (PCE) aplicado a su paciente, en acuerdo a los principios éticos y de comunicación, con la finalidad de que el mismo sirva de trabajo integrador docencia-servicio

Ateneo: Se define como tal a la presentación y defensa de un PCE por el Grupo Estudiantil de Base (GEB) en un plenario. Se llama GEB, al grupo de tres estudiantes que tienen asignado un grupo de pacientes a quienes aplicar el cuidado enfermero, incluyendo el PCE.

DESARROLLO DEL TEMA

Durante el periodo de pasantías de los años 2010 (n=76; 12 alumnos por grupo), 2011 (n=88; 15 alumnos por grupo) y 2012 (n=117; 18 alumnos por grupo), desarrollaron sus prácticas en el Programa de Geriatría del Hospital Señor del Milagro, dos comisiones estudiantiles (cada año) de la Asignatura FE de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, U.N.Sa., bajo la supervisión de dos docente, atendiendo cada docente, una comisión y con el constante apoyo de la Cátedra y del equipo enfermero de las unidades de internación del mencionado nosocomio.



Desde el inicio de la pasantía los estudiantes tuvieron como propósitos:

- Ofrecer cuidados enfermeros básicos a los pacientes en la unidad de internación de Geriatría del Hospital Señor del Milagro, con la aplicación del PAE/PCE, empleando la Teoría de Virginia Henderson para la Valoración y el lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC.
- El Ateneo integrador: Defensa de un caso clínico frente a sus pares estudiantiles, equipo enfermero y docentes a fin de desarrollar habilidades en la justificación de su juicio clínico, crítico y toma de decisión.

Para el logro de estos propósitos ambas comisiones estudiantiles, fueron divididas en cuatro (4) GEB, bajo la supervisión docente, cada GEB fue responsable del cuidado enfermero básico-integral, de un grupo de pacientes, con la elaboración de los PCE. Los docentes a cargo orientaron a cada uno en la valoración, priorización de problemas y elaboración de los planes de cuidados con el empleo de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Cabe destacar que la unidad de Geriatría cuenta con una sala de varones y otra de mujeres. Cuando los alumnos concluían sus horas en este servicio pasaban a otra unidad de internación en otro hospital y rotaban por inyectable (parte del servicio de la guardia), en horas de la tarde. Teniendo un total de 120 horas de pasantía. Entonces Geriatría, tuvo dos grupos de estudiantes, cada uno subdividido en dos comisiones y 4 GEB, dos en sala de mujeres y dos en sala de varones.

A la mitad (5to día) de la pasantía por geriatría de cada grupo, se llevó a cabo la rotación interna de sala con el consiguiente cambio de pacientes e intercambio de los PCE en forma verbal y escrita. De esta manera, además de la evaluación docente, se llevó a cabo la evaluación de los PCE, por los pares estudiantiles.

La semana previa al ateneo, durante tres días consecutivos, con el acompañamiento docente, los cuatro GEB en pasantía, se reunió al final de la jornada en las instalaciones de geriatría, por una hora con su GEB homólogo del primer grupo, a fin de conocerse entre sí, elegir el caso a presentar, organizarse e iniciar la preparación del ateneo.

Los GEB unificados, se reunieron, analizaron y prepararon la presentación y defensa de los casos clínicos seleccionados. Los casos fueron seleccionados por su pertinencia al programa de la asignatura.

La defensa se llevó a cabo el último día de la pasantía de cada año, a través de la presentación de un PowerPoint y el intercambio de opiniones con los pares, enfermeros y docentes.

Previa al abordaje de los casos, se realizó una breve reseña de:

- La Teoría de Virginia Henderson (GEB 1),
- El lenguaje:



- NANDA para los diagnósticos enfermeros (GEB 2),
- NOC o propósitos a alcanzar (GEB 3),
- NIC o Intervenciones enfermeras con sus acciones (GEB 4).

Durante la presentación de los casos, los estudiantes justificaron la elección de los diagnósticos, los propósitos (NOC) y las Intervenciones enfermeras (NIC) y dieron a conocer la evaluación que llevaron a cabo y la razones que tuvieron para la toma de sus decisiones.

Se dejó un documento con el material producido en las pasantías de FE, como un aporte para el equipo enfermero del Programa de Geriátrica y el Programa de Enfermería.

Los estudiantes involucrados expresaron que su aprendizaje y satisfacción personal fue muy alta, que fueron movilizados a profundizar sus conocimientos y adquirir nuevo en la preparación del Ateneo. Los estudiantes asistentes, de otras unidades de internación, de la misma cátedra expresaron que les resultó valiosa/aclaratoria la experiencia.

Los enfermeros involucrados manifestaron su satisfacción por la retroalimentación, confirmándolo con el uso del documento presentado en años anterior como material de consulta, la exigencia de continuar con el ateneo y mediante una nota de agradecimiento.

El ateneo 2011 movilizó a la Jefa del Programa de Enfermería a que solicitara a las otras dos Escuelas formadoras (Cruz Roja Filial Salta y Ramón Carrillo) la implementación de un ateneo al final de sus pasantías. Las mencionadas instituciones formadoras de enfermería, lo llevaron a cabo con resultados altamente satisfactorios para los enfermeros, estudiantes y docentes.

El año 2012, participaron en el ateneo, como invitados, estudiantes y docentes de la Escuela Ramón Carrillo, quienes expresaron en forma verbal y escrita su satisfacción por el evento.

CONCLUSION

Los pacientes fueron cuidados con creciente esmero y valoraron positivamente la atención recibida.

El ateneo integrador docencia-servicio alcanzó su propósito y lo excedió al provocar por un lado la movilización de los estudiantes a adquirir/profundizar en sus saberes, alcanzado satisfacción personal por la defensa de sus juicios. Y, por otro lado, la metodología fue adoptada por las demás entidades formadoras de enfermería de Salta Capital.

El documento generado se convirtió en material de consulta para el equipo enfermero de la unidad de Geriátrica como bibliografía para la elaboración y presentación de sus planes de cuidados.

FÓRMULAS INFANTILES: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL ETIQUETADO Y DE LA COMPOSICIÓN NUTRICIONAL

INFANT FORMULAS: LEVEL OF LABELING COMPLIANCE AND NUTRITIONAL COMPOSITION

María J., Morón Jiménez*; Silvia, Quipildor**; Catalina, Onaga***; Elena, Vargas Ferra****

Ing. Agrónoma Magister Scientifical en Ciencia y Tecnología de los Alimentos*, Lic. en Nutrición Magister en Salud Pública**, Lic. en Nutrición Magister en Salud Pública***, Lic. en Nutrición****

Email: evargasferra@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVO

Realizar el relevamiento de fórmulas infantiles líquidas de continuación y crecimiento destinadas a niños sanos, disponibles en el mercado local de la ciudad de Salta y analizar su etiquetado y composición nutricional según la normativa alimentaria nacional e internacional.

MATERIAL Y METODO

Se relevaron formulas infantiles líquidas de continuación y de crecimiento comercializadas en supermercados y farmacias de la ciudad de Salta.

Se estudió el etiquetado: información obligatoria general y particular, rotulado nutricional, composición de macronutrientes y otros componentes, alegaciones nutricionales y propiedades saludables; en base a la legislación nacional (CAA), internacional (Codex Alimentarius y Comunidad Económica Europea) y bibliografía relacionada.

Resultados: Se identificaron un total de 10 fórmulas lácteas líquidas, 6 de continuación y 4 de crecimiento. Todas presentan la información general obligatoria, algunos requisitos particulares no son consignados. Expresan la composición por 100 ml y/o 100 kcal o por porción. Tienen adicionados AGP-CL, prebióticos, taurina, colina, selenio, inositol, El 80% posee alegaciones de propiedades saludables.

Conclusión: la industria no aplica criterios unánimes respecto al etiquetado, debido a que en algunos aspectos la normativa nacional no es específica, sumado al vacío legal que existe para las fórmulas de crecimiento en la legislación internacional.

Palabras claves: Fórmulas infantiles, Rotulado nutricional, Nutrición.

Keywords: Infant formulas, Nutritional labeling, Nutrition.

INTRODUCCIÓN

La alimentación durante la infancia reviste gran importancia por las consecuencias negativas que las deficiencias nutricionales pueden tener sobre el crecimiento y desarrollo infantil a corto y largo plazo. La leche materna es el alimento ideal para el lactante, sin embargo en algunos casos la lactancia materna no es posible y se requiere para su alimentación de fórmulas preparadas que sustituyen de forma total o parcial la leche materna, cuya composición es la base de las recomendaciones para la formulación de estos productos (1, 2).

Son diversos los organismos internacionales que trabajan sobre recomendaciones y normativas para la elaboración de las fórmulas lácteas, como el Comité de Nutrición de la Academia de Pediatría (AAP), el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN), el Comité Científico de Alimentación de la Comisión Europea (CE) y en Argentina el Código Alimentario Argentino (CAA), todos ellos toman como referencia consideraciones previas realizadas por el Codex Alimentarius (2, 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1980 propusieron el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna con el fin de promocionar la lactancia materna y regular la comercialización de las fórmulas para lactantes, que luego en 1981 fue adoptado como norma mundial (4).

La designación de estos productos fue variando a lo largo del tiempo, en la actualidad la terminología aceptada es la de fórmula infantil, dentro de estas se distinguen las fórmulas de inicio destinadas a lactantes hasta los 4 a 6 meses, fórmulas de continuación se emplean a partir de esa edad y hasta los 12 meses y fórmulas de crecimiento o junior para niños a partir del primer año de vida como paso intermedio entre la fórmula de continuación y la leche de vaca. Se presentan en forma líquida y en polvo y se las identifica con el numeral 1 (f. inicio), 2 (f. continuación) y 3 (f. crecimiento) (2, 5).

La mayoría de las fórmulas infantiles se elaboran a partir de la leche de vaca o de sus componentes, el contenido de lactosa, proteínas, minerales y vitaminas se reajustan para asemejarse a la leche materna. Los preparados de continuación pueden reemplazar o complementar la lactancia materna luego de las fórmulas de inicio y constituyen la porción líquida de la dieta en el proceso de introducción de alimentos diferentes a la leche a partir de los 6 meses de edad, están formuladas de acuerdo a las características biológicas de un lactante más maduro orgánica y funcionalmente en su aparato digestivo y renal. Están reglamentadas por el Codex Alimentarius y la CE, no así las fórmulas de crecimiento para las que no se han establecido directivas de composición o etiquetado, por lo que sus fabricantes se rigen por las recomendaciones de los preparados de continuación (5, 6, 7).

Grandes avances se han producido en el área de la nutrición infantil, esto se refleja en la variedad de fórmulas con nuevos ingredientes y propiedades nutricionales. La regulación del rotulado permite brindar información objetiva y científicamente probada garantizando que los productos comercializados sean idóneos, de uso adecuado y no perjudiquen la promoción de la lactancia materna según los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna (4, 6, 7).

El objetivo del presente trabajo fue realizar un relevamiento de fórmulas infantiles líquidas de continuación y crecimiento, destinadas a niños sanos de 6 meses a 3 años de edad, disponibles en el mercado local de la ciudad de Salta y analizar su etiquetado y composición nutricional según la normativa alimentaria nacional e internacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó el relevamiento de formulas infantiles líquidas de Continuación (Fórmula 2) para lactantes de 6 a 12 meses y de Crecimiento (Fórmula 3) para niños mayores de 1 año, comercializadas en supermercados y farmacias de la ciudad de Salta. Se seleccionaron al azar 13 comercios, teniendo en cuenta su ubicación geográfica: 4 supermercados diferentes de zona centro (50% del total) y 1 por área (norte, sur, este y oeste) y 5 farmacias ubicadas en el macro y microcentro. El período de relevamiento abarco el segundo semestre del año 2014.

Se evaluó el etiquetado de los productos: información obligatoria de carácter general y particular, rotulado nutricional, composición de macronutrientes y otros componentes considerados de importancia para el desarrollo del niño, uso de alegaciones nutricionales y propiedades saludables, en base a la legislación nacional (Código Alimentario Argentino), internacional (Codex Alimentarius y Comunidad Económica Europea) y bibliografía relacionada.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 10 fórmulas lácteas líquidas para niños sanos, sometidas a tratamiento térmico UAT (ultra alta temperatura), envasadas en tetrabrik con un contenido neto de 200 y 250 ml; 6 eran Fórmulas de Continuación (Fórmula 2) para lactantes de 6 a 12 meses y 4 correspondían a Fórmulas de Crecimiento para niños mayores de 1 año (Fórmula 3).

La denominación de venta de los productos (Cuadro 1) se ubica en la parte inferior del frente de los envases en letra pequeña en relación al nombre de fantasía, muy cerca de éste de buen tamaño y realce se encuentra el numeral (2 o 3) correspondiente a la fórmula.

Presentan lista de ingredientes con sus nombres específicos en orden decreciente de proporciones, aditivos (lecitina, mono y diglicéridos, palmitato de ascorbilo, tocoferoles) y hacia el final se ubican los minerales y las vitaminas añadidas.

Informan contenido neto, identificación de origen (Industria Argentina), nombre (razón social) y dirección del fabricante, registros de producto y de establecimiento, lote, fecha de duración (día, mes y año).

Las etiquetas de los productos no presentan imágenes de lactantes o mujeres, tampoco textos que idealizan su uso, no utilizan términos no permitidos como “humanizado”, “maternizado” o “adaptado”. Todas declaran “libre de gluten”.

Algunas poseen otra información (Cuadro 1) que a manera de declaraciones e instrucciones consideradas adicionales obligatorias para estos productos, complementan a las de carácter general, como indicaciones para el uso apropiado: “no agregar agua”, “no hervir, ni congelar”, “agítese antes de usar”, “no consumir si el envase está dañado” e instrucciones para la preparación y manipulación de acuerdo a las buenas prácticas de higiene, como así también la necesidad de desechar los sobrantes de fórmula luego de una toma y la necesidad de consultar al médico.

La información nutricional se presenta estructurada en forma de cuadro responde al Modelo Vertical A según la legislación nacional (8). Todos los preparados informan su composición media por 100 ml de producto, de ellos el 80% además también lo hace por 100 kcal y el 50% por porción de alimento (125 ml en las Fórmulas 2 y 250 ml en las Fórmula 3), dos de éstas muestras hacen mención al pie de la tabla de los porcentajes de Valor Diario (%VD) con base a una dieta de 2000 kcal.

En el Cuadro 2 se observa el contenido de energía, macronutrientes e ingredientes que los aportan y otros componentes declarados en las etiquetas.

Las fórmulas no presentan alegaciones nutricionales, pero sí de propiedades saludables, las que se encuentran en el 80% de las etiquetas y hacen referencia a la función fisiológica de nutrientes como: Ac. araquidónico (ARA), Ac. docosahexaenoico (DHA), prebióticos, colina, calcio, hierro, vitamina C y cinc.

DISCUSIÓN

El Código Alimentario Argentino hace la distinción entre lactantes (niños hasta 12 meses) y niños de primera infancia (1 a 2 años) pero no establece con claridad la denominación de los alimentos (para estos grupos) que reemplazarán a la leche materna, no los tipifica como de continuación o crecimiento. Así se puede observar (Cuadro 1) que una de las Fórmulas 2 utiliza igual denominación que las Fórmulas 3 “Leche modificada”, definida por la legislación Argentina como la leche que por tratamientos especiales o por adición o sustitución de diferentes principios alimenticios transforma sus propiedades físicas. Es por ello que la identificación con el numeral 2 o 3 adquiere importancia; es el que va a permitir al consumidor sin riesgo de confusión diferenciar una fórmula de otra (4).

La totalidad de los productos contienen exclusivamente proteínas derivadas de la leche y sólo 3 de ellos lo declaran en el rótulo tal como lo regula el Codex Alimentarius, cabe considerar que estas fórmulas están destinadas a niños sanos y las que poseen proteínas hidrolizadas o proteínas de soja se indican para estados patológicos (6).

El Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna destaca que todo material informativo impreso destinado a lactantes y niños pequeños debe realzar la importancia de la lactancia materna, una de las Fórmulas 2 y todas las Fórmulas 3 no lo hacen. Desde el punto de vista higiénico sanitario son de vital importancia las instrucciones sobre el correcto uso, preparación, conservación y desecho de sobrantes; estas se encuentran en el 90% de los productos, están redactadas en forma clara, precisa y advierten del peligro que implica el no cumplimiento de las mismas, tienen buen realce dentro del etiquetado al igual que la indicación de consultar a un profesional de la salud, quien tiene una función esencial en cuanto a poder evaluar la necesidad, el momento y el tipo de fórmula adecuada para el lactante (4).

En el lactante la incorporación de los preparados de continuación coincide con el inicio de la alimentación complementaria, estos productos y los de crecimiento forman parte de una alimentación diversificada por lo que deben informar en el rotulado sobre la necesidad de que además de la fórmula, los niños deben recibir alimentos complementarios; ninguna de las muestras cumple con este requisito (6).

Los aditivos que declaran algunos productos son emulsionantes y antioxidantes permitidos. En las etiquetas se mencionan sin indicar función y solo en dos de ellas figura nombre y número INS (Sistema Internacional de Numeración) (4, 6, 7)

Respecto a la información nutricional se observa una unificación en cuanto a la expresión del valor energético (kcal y su equivalente en kJ), no así en los nutrientes ya que algunos los expresan por 100 ml, por 100 kcal, por porción de alimento o sus combinaciones. Posiblemente esto depende de la normativa que adopta el fabricante para su producto (Codex: por 100 ml y opcional por 100 kcal; CE: por 100 ml; CAA por porción y opcional por 100 ml) (6, 7, 8).

Los contenidos de energía, hidratos de carbono, proteínas y grasas, responden a lo reglamentado por el Codex y la CE, como así también las fuentes que proveen estos nutrientes. Se observa que la mayoría de las fórmulas tienen como ingrediente suero lácteo que incrementa la proporción de lactoalbúmina por sobre la caseína, mejorando la composición de aminoácidos y disminuyendo el factor de intolerancia, esta adaptación no es una exigencia para las fórmulas de continuación (si lo es para las de inicio). La inclusión de sacarosa como fuente de hidratos de carbono no es recomendada por la ESPGAN por su papel en la patogénesis de las caries dentales. Las fórmulas no contienen grasas hidrogenadas, aceites de sésamo y algodón, los que no están permitidos por el Codex y la CE (6, 7, 10).

La proporción de ácidos grasos linoleico y α linolénico, importantes precursores de ácidos grasos de cadena larga (AGP-LC), forma parte de la información nutricional de la mayoría de las etiquetas. Los ácidos grasos trans (componentes endógenos de la grasa de la leche) por su efecto negativo para la salud no deben superar el 3% de las grasas totales; el 50% de las muestras declaran no contener cantidades significativas, una fórmula de continuación declara 0 (cero) y dos de crecimiento poseen más del 4%. La incorporación de ARA y DHA (AGP-LC) es optativa; el 40% de las fórmulas los contienen, la ESPGAN sostiene que es innecesario su agregado ya que el lactante puede formarlos en cantidades adecuadas a partir de sus precursores (6, 7, 10).

El 70% de las muestras contienen prebióticos: fructooligosacáridos (FOS), galactooligosacáridos (GOS) o ambos; la CE los tiene regulados, no obstante la ESPGAN sostiene que no se puede generalizar la recomendación de suplementar las fórmulas infantiles (5, 7).

La taurina (aminoácido que mejora la absorción de las grasas e interviene en la maduración del sistema nervioso central) y el inositol (previene el desarrollo de las retinopatías) se encuentran en el 50 y 40 % de los preparados, respectivamente; la colina (precursor de la síntesis de fosfolípidos) y el selenio (de función antioxidante) en el 60%; todos se encuentran reglamentados (5, 6, 7, 8).

El 80% de las etiquetas de las fórmulas infantiles poseen alegaciones de propiedades saludables, hacen referencia a la función fisiológica que cumplen algunos componentes alimentarios como: omega 3, omega 6, DHA, ARA, hierro, colina, inmunofortis®, vitamina C,

calcio, prebióticos y cinc. En tres productos se utilizan frases genéricas como “crecimiento y desarrollo” y “cuidado integral”; sólo una etiqueta en su declaración vincula nutrientes con una patología “con hierro y Vitamina C que ayudan a prevenir la anemia”; alegaciones que no están permitidas para ningún tipo alimento porque pueden dar lugar a confusión. Pero específicamente según el Codex Alimentarius las declaraciones nutricionales y saludables, no están permitidas para alimentos de bebés o para niños pequeños, salvo que estén contemplados en la legislación nacional; y nuestro país no cuenta con una regulación específica. En cambio la CE si posee directivas sobre las alegaciones en preparados para lactantes y preparados de continuación. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) es la que analiza las solicitudes de declaraciones presentadas por las empresas, realiza una revisión sistemática de las pruebas científicas presentadas que abalan la relación propuesta entre el alimento o el componente alimentario y el efecto sobre la salud; hasta ahora sólo ha autorizado declaraciones saludables para DHA, ALA, LA, calcio, vitamina D, fósforo, yodo, hierro y proteínas (4, 7, 11, 12)

CONCLUSIÓN

- Las fórmulas infantiles analizadas cumplen con los requisitos generales obligatorios del rotulado, no así con algunos adicionales específicos para este tipo de alimentos.
- Las etiquetas de las fórmulas de crecimiento no promueven la lactancia materna.
- El numeral 2 y 3 en el rótulo es lo que claramente permite identificar las fórmulas de continuación, de las fórmulas de crecimiento.
- No obstante su carácter facultativo, el 80% de las fórmulas poseen declaraciones de propiedades saludables.
- Se observa en la normativa nacional e internacional algunos vacíos legales y la falta de criterios unánimes respecto al etiquetado de las fórmulas infantiles.
- La uniformidad y claridad de las reglamentaciones específicas contribuiría a un mejor análisis y control de estos alimentos, considerando la vulnerabilidad del grupo al que están dirigidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Moreno Villares, J.M.; Galiano Segovia, M.J. Recientes avances en fórmulas infantiles. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 1:37-49. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-527-pdf/552.pdf>
2. Cilleruelo, M.L.; Calco, C. Fórmulas adaptadas para lactantes y modificaciones actuales de éstas. An Pediatr Contin. 2004;2::325-338. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/formulas-adaptadas-lactantes-modificaciones-actuales/articulo/80000088/>
3. Vanessa Hernández, N.D. Fórmulas infantiles. Revista Gastrohup 2011; 13 (2) Sup1:31-36. Disponible en: <http://revgastrohup.univalle.edu.co/a11v13n2s1/a11v13n2s1art5.pdf>.
4. Código Alimentario Argentino. Capítulo XVII: Alimentos de régimen o dietéticos. Disponible en : http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/CAPITULO_XVII
5. Ferrer Lorente, B.; Dalmau Serra, J. Fórmulas de continuación y fórmulas de crecimiento. Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 471-475. Disponible en: https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/Nutrici%C3%B3n-B_Ferrer.pdf
6. Codex Alimentarius. STAN 72-1981. Norma para preparados para lactantes y preparados para usos medicinales especiales destinados a los lactantes. Disponible en: <http://www.codexalimentarius.org/normas-oficiales/lista-de-las-normas/es/>
7. Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva 2006/141/CE. Relativa a los preparados para lactantes y preparados de continuación Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2006/401/L00001-00033.pdf>
8. Código Alimentario Argentino. Capítulo V: Normas para la rotulación y publicidad de los alimentos. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/Capitulo_V

9. Martín Martínez, B. Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales. *An Pediatr, Monogr.* 2005;3(1):43-53. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org>
10. Ribas Malagrida, S., García Gabarra, A. Fórmulas para lactantes sanos: principales novedades de la Directiva 2006/141/CE sobre preparados para lactantes y preparados de continuación. *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65(8): 391-403. Disponible en: [https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/65%20\(8\)_Septiembre%202007](https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/65%20(8)_Septiembre%202007)
11. Codex Alimentarius. CAC/GL 23-1997. Directrices para el uso de declaraciones nutricionales y saludables. Disponible en: <http://www.codexalimentarius.org/normas-oficiales/lista-de-las-normas/es/>
12. Baladía E., Basulto J., Manera M. Declaraciones nutricionales y de propiedades saludables aplicables a los productos de alimentación infantil en España y en la Unión Europea. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2013; 15: 351-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/-v15n60/revision1.pdf>

CUADRO 1: Declaraciones e instrucciones en etiquetas de Fórmulas líquidas de Continuación y Crecimiento

Fórmula Infantil (*)	Tipo de fórmula y grupo etario	Origen de la proteína que contiene	Superioridad de la leche materna	Uso, preparación, manipulación higiénica	Conservación del producto una vez abierto	Desechar sobrantes luego de la toma	Consultar al médico	Incorporar alimentos complementarios
CONTINUACIÓN 2								
A- Fórmula de continuación UAT con hierro para lactantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ND
B- Fórmula de continuación UAT para lactantes	✓	ND	✓	✓	✓	✓	✓	ND
C- Fórmula de continuación UAT con hierro y prebióticos para lactantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ND
D- Fórmula láctea de continuación UAT, con Hierro para lactantes a partir de los seis meses	✓	ND	ND	✓	✓	✓	✓	ND
E- Fórmula láctea de continuación UAT para lactantes a partir de los 6 meses. Fortificada con hierro y zinc	✓	ND	✓	✓	✓	✓	✓	ND
F- Leche modificada para lactantes y niños entre 6 y 12 meses, UAT, homogeneizada	✓	ND	✓	✓	✓	✓	✓	ND

CRECIMIENTO 3								
G- Leche UAT modificada para niños	✓	✓	ND	✓	✓	✓	ND	ND
H- Leche modificada UAT para niños	✓	ND	ND	✓	✓	✓	✓	ND
I- Leche modificada UAT para niños después de la primera infancia	✓	ND	ND	✓	✓	✓	✓	ND
J- Leche UAT modificada para niños de 1 a 3 años	✓	ND	ND	ND	✓	ND	✓	ND

(*) Se consigna para cada Fórmula Infantil el Nombre o Designación del Producto
 ND: No Declara

CUADRO 2: Composición e ingredientes informados en las etiquetas de Fórmulas líquidas de Continuación y Crecimiento, por 100 ml (100 kcal)

Fórmula Infantil	Valor Energético (kcal)	Hidratos de Carbono (g)	Proteínas (g)	Grasas Totales (g)	Grasas Poliinsaturadas (g)	Grasas trans (g)	LC-PUFA (mg)	Otros
CONTINUACIÓN								
A	70	7,6 (11) Maltodextrina, sacarosa	2,2 (3,1) Leche fluida entera seleccionada	3,4 (4,9) Crema de leche, aceite refinado de girasol, aceite de canola	0,6 (0,9)	0,11 (0,16)	-	Taurina, Inositol, Colina, Selenio
B	69	7,3 (11) Maltodextrina, sacarosa	2,2 (3,1) Leche fluida	3,4 (5) Aceite de canola, aceite de girasol	0,6 (0,9)	(*)	ARA DHA	Taurina, Inositol, Colina, Selenio, FOS
C	69	7,3 (11) Maltodextrina, sacarosa	2,2 (3,1) Leche fluida entera seleccionada	3,4 (5) Aceite refinado de girasol, aceite refinado de canola	0,6 (0,9)	0,11 (0,16)	-	Taurina, Inositol, Colina, Selenio, FOS
D	68	7,9 (12) Lactosa, maltodextrina, jarabe de glucosa	2 (3) Leche parcialmente descremada, suero lácteo	3,1 (4,6) Aceites de: canola, coco, girasol alto oleico, girasol, palma. Aceite de pescado	0,6(0,9)	(*)	ARA DHA	Colina, Inositol, FOS, GOS
	68	7,9 (12) Maltodextrina, lactosa	2 (3) Leche parcialmente descremada, proteína de suero	3,1 (4,6) Aceites de: girasol alto oleico, girasol, canola, palma, coco	ND	0 (0)	-	Carnitina, inositol, Colina, Selenio,

F	68	6,3 Azúcar	2,2 Leche	3,7 Aceites de: girasol alto oleico, coco, soja	0,7	(*)	-	Selenio, FOS
CRECIMIENTO								
G	69	7,7 (11) Sacarosa, maltodextrina	2,8 (4,1) Leche fluida entera seleccionada	3 (4,4) Aceite refinado de canola, proteínas de suero	0,3 (0,44)	0,14 (0,21)	-	-
H	67	7,2 (10) Sacarosa, maltodextrina	2,8 (4,1) Leche fluida, concentrado proteico	3 (4,5) Aceite de canola	0,28 (0,42)	0,14 (0,21)	DHA	FOS
I	68	8 (12) Maltodextrina, lactosa, jarabe de glucosa	2 (3) Leche parcialmente descremada, suero lácteo	3,1 (4,6) Aceites de: canola, coco, girasol alto oleico, girasol, palma. Aceite de pescado	ND	(*)	DHA EPA	Colina, FOS, GOS
J	68	7,3 Azúcar	2,8 Leche	3,0 Aceite de soja	1,6	(*)	-	Taurina, Selenio, FOS

ND: No declara

(*): No aporta cantidades significativas

LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO

HUMANIZATION OF NURSING CARE

Rodríguez Rosa E; Ramos Liliana I; Alarcón Aparicio Angélica; Gil Fernández E Mónica;
Condorí Nélica E; López Patricia J; Quispe A Gustavo; y Ríos Estela M.

Docentes de la carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de
Investigación.

Universidad Nacional de Salta. Av. Bolivia 5150. Salta, Capital. Argentina

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza en el marco del Proyecto de Investigación N° 2113 CIUNSa “La humanización del cuidado enfermero”. El objetivo es indagar sobre el cuidado que brindan los enfermeros en dos hospitales de la ciudad Salta. El acto de cuidar es una práctica humana, que tiene entre sus propósitos construir una relación de ayuda, crecimiento y desarrollo recíproco. La práctica del cuidado se realiza con personas, emocionalmente sensibles, que piensan, sienten, que se relacionan con otros, tienen esperanza, necesitan de apoyo, tienen voluntad, toman decisiones propias y quieren ser aceptadas, porque son personas biológicas, espirituales y pensantes.

Los enfermeros actúan en un entorno enfocado en lo científico, y técnico, prevalece el modelo de atención curativo y biológico, que se aleja del cuidado enfermero enfocado en lo humano y holístico, que es la tendencia prevaleciente en la enfermería moderna. La realidad hospitalaria se presenta con servicios sobredimensionados, con alta demanda de personas que requieren atención de salud, con escaso recurso profesional y baja remuneración, lo que hace que el enfermero deba tener dos o más trabajos.

De acuerdo a lo expresado se realiza una aproximación para visualizar, si se tiene en cuenta lo humano, el valor que le asignamos, los componentes intervinientes, y si el cuidado humanizado se proyecta en la práctica cotidiana.

MARCO CONCEPTUAL

Según el trabajo de Watson citado por Poblete Troncoso¹ (p 501), el cuidado “...es para la enfermera una razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente”. En esta concepción la enfermera no es solo académica y científica sino un agente moral y humanístico. Watson considera que el proceso de cuidado está formado por diez elementos, que deben estar presentes en la relación persona cuidada –cuidador enfermero, los mismos promueven un cuidado efectivo, ayudan a satisfacer las necesidades humanas, y el desarrollo de aptitudes.

En relación al término cuidado, Feito Grande² (p 37), refiere que “...procede del latín “cogitatus”, (pensamiento), se define como “solicitud y atención para hacer bien alguna cosa”. En la práctica consiste en ayudar a un ser humano, que posee un mundo interior, y un entorno constituido por su familia y amigos.

Hacspiek, citado por Moreno Vega et al³ (p 208), expresa “...el cuidado de enfermería es un cuidado de la vida humana”, implica conocimiento de cada enfermo, sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones, entendiendo que es una persona única, y auténtica.

Para Lenninger, citada por Medina JL.⁴ (p 35), "... el cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería". El cuidado implica un aprender; es la persona quien nos enseña a ser mejores enfermeros, y a la vez enseñamos a cuidar de sí misma.

Cuando una persona recibe demostraciones de sincero interés en su problema de salud, siente un verdadero entorno de apoyo, y tiene una mejor respuesta a su necesidad, colabora e interviene en su cuidado.

Colliere MF. Citada por Poblete Troncoso⁵ (p 502), considera que enfermería desarrolla las actividades que dependen de ella, las que dependen de la decisión médica y las compartidas con el equipo de salud, sostiene que las primeras han quedado ocultas. Por lo planteado es importante para enfermería reconceptualizar el significado de cuidado, el cual debería ser un deber filosófico, ontológico y moral.

Según Mayeroff, citado por Durante⁵ (p 42), es definido como "...ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica un desarrollo". La persona en su cuidado debe ser considerada un sujeto ético, cuyo principio de beneficencia consiste en la obligación por parte de los profesionales de la salud de hacer el bien y, el principio de autonomía en la capacidad del sujeto de cuidado de decidir sobre los temas que hacen a su salud, para lo cual comparte información imprescindible, voluntaria y libremente con su consentimiento.

El cuidado enfermero es una práctica compleja, donde se valora el proceso y no solamente los resultados, el mismo se sustenta en el espíritu crítico, porque se sitúa en un ambiente único e irrepetible, que requiere del consenso de los actores involucrados.

METODOLOGÍA

Es un diseño descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo; se analiza los aspectos significativos de la realidad investigada; desde las percepciones de los enfermeros sobre el cuidado que brindan a los pacientes y sobre la mirada del enfermero hacia su colega en el cuidado brindado.

La muestra estuvo conformada por 228 enfermeros de dos instituciones de salud pública, de la provincia de Salta.

Las variables estudiadas fueron las socio-demográficas y ocho elementos considerados por Watson, en la teoría del cuidado humano:

1. Valores Humanísticos
2. Fe y esperanza
3. Cultivo de la sensibilidad
4. Relación de Ayuda y confianza:
5. Promoción y aceptación de la expresión
6. Utilización sistemática del método de resolución de Problemas
7. Promoción de la enseñanza
8. Provisión de un entorno de apoyo, protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual

El instrumento utilizado fue un cuestionario con 60 preguntas cerradas, dividido en tres apartados:

El primero hace referencia a los datos socio-demográficos. El segundo comprende 19 preguntas, con seis alternativas de repuesta, muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo, muy en desacuerdo, no contesta.

El tercer apartado abarca 28 preguntas, con cuatro alternativas de repuesta, siempre, a veces, nunca y no contesta.

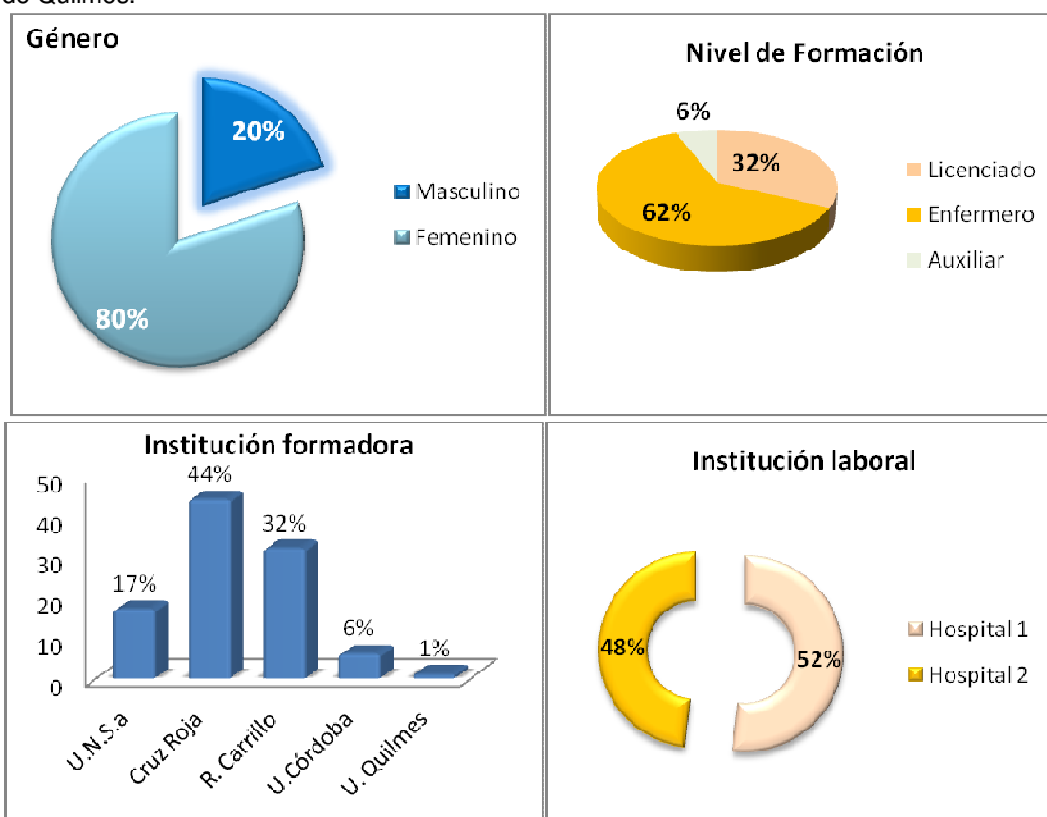
Los resultados fueron analizados en el programa Excel y presentados en porcentajes, tablas y gráficos.

Características de la población

La muestra estuvo constituida por (n:228), mujeres el 80% (n:183) y varones 20% (n:45); el promedio de edad fue de 41 años y la antigüedad laboral de 14 años. En relación al nivel de formación, el 62% (n:142) son enfermeros y el 32% (n:73) licenciados en enfermería y 6% (n:13) auxiliares.

El 52 % (n:118) se desempeñan en el hospital A¹ y el 48 % (n: 110) en hospital B² En relación al régimen laboral, el 73% (n:165) se encuentran en planta permanente; el 15% (n:34) es personal temporario, y el 12% (n:27) en carácter de contratado, monotributista o concurrente.

En cuanto a las instituciones formadoras, surge que el 44%, son egresados de Cruz Roja Argentina - Filial Salta; 32% del Instituto Ramón Carrillo y 17% de la Universidad Nacional de Salta, y el 7% restante, lo constituyen graduados de las Universidades Nacional de Córdoba, de Quilmes.



El cuidado enfermero paciente

La atención de enfermería está sustentada en el cuidado, el enfermero en su desempeño diario da respuestas a las necesidades del sujeto de cuidado, conocer cómo percibe el cuidado que proporciona el enfermero, es fundamental para indagar si el mismo incorpora elementos intervinientes del cuidado humanizado.

¹ Hospital A-Hospital San Bernardo. Complejidad IV-Salta Capital. Argentina.

² Hospital B-Hospital Público Materno Infantil. Complejidad IV-Salta Capital. Argentina.

Tabla I: Elementos del Cuidado Enfermero -Paciente

Elementos del cuidado humanizado	Muy De acuerdo	%	De Acuerdo	%	Indiferente	%	Des acuerdo	%	Muy en Desacuerdo	%	N/C	%	TOTAL	%
Valores humanísticos	465	51	364	40	40	4	17	2	2	0	24	3	912	100
Fe y esperanza	243	53	159	35	30	7	8	2	0	0	16	4	456	100
Cultivo de la sensibilidad	222	49	171	38	37	8	11	2	1	0	14	3	456	100
Promoción y aceptación de la expresión	152	33	205	45	54	12	8	2	1	0	36	8	456	100
Utilización sistemática del método de resolución del problema	225	33	268	39	41	6	81	12	24	4	45	7	684	100
Promoción de la enseñanza	374	55	251	37	28	4	11	2	1	0	19	3	684	100
Provisión de un entorno de apoyo	293	44	296	44	46	7	11	2	2	1	18	3	666	100

En cuanto a los resultados obtenidos, los enfermeros están Muy de acuerdo, en la **promoción de la enseñanza** con el 55%, en **fe y esperanza** el 53% y **valores humanísticos** el 51%. Y en menores porcentajes el 49% en **cultivo de la sensibilidad** y el 44% en **provisión de un entorno de apoyo**.

En lo referente a la alternativa de respuesta de acuerdo, los enfermeros respondieron en **promoción y aceptación de la expresión** el 45%; en **valores humanísticos** el 40 % y **utilización sistemática del método de resolución de problemas** el 39%. Y con valores similares en la alternativa muy de acuerdo y de acuerdo, en **provisión de un entorno de apoyo** con el 44%.

Del análisis, se puede deducir que la enfermería en su quehacer diario, en tres elementos, con un promedio el 53 % en la alternativa de respuesta muy de acuerdo, los enfermeros evalúan que los colegas al brindar los cuidados enfermeros a la persona sujeto de cuidado, consideran la **promoción de la enseñanza** porque fortalecen las experiencias de cuidado, permiten adaptarse a diversas situaciones y sostienen que la capacitación continua mejora la calidad de la atención. Reconocen que la **fe y la esperanza**, permite abordar las necesidades espirituales de los sujetos. Plantean la importancia de los **valores humanísticos**, como el respeto hacia el otro, ofrecer un cuidado basado en la equidad y priorizar el principio de beneficencia.

En promedio el 46 % en la alternativa muy de acuerdo, en **cultivo de la sensibilidad**, ayudan a la recuperación del paciente, por lo tanto piensan que es básica la comunicación entre ellos y la persona cuidada, con respecto a la **provisión de entorno de apoyo** se respeta la dignidad de la persona, la contención emocional y se promueve la armonía del cuerpo, alma y espíritu.

El 42,5 % en promedio afirman que en la **promoción y aceptación de la expresión** la comunicación genera sentimientos positivos y que no se sentirían sorprendidos los enfermeros al plantear sus pacientes cualquier tema y en **Valores humanísticos** manifiestan los enfermeros que la atención brindada hacen sentir al paciente como un ser único e individual.

En relación a la alternativa de acuerdo, el 39 % en la **utilización sistemática del método de resolución de problemas**, confían en sus habilidades para efectuar un cuidado integral en base a la valoración de necesidades, y sostienen que el cuidado permite a la persona cuidada aprender su autocuidado.

En las alternativas de respuesta, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo y no contesta, con el 29% los enfermeros responden sobre la **utilización sistemática del método de resolución de problemas**, por lo que se debería profundizar en este aspecto.

El Cuidado Enfermero -Enfermero

La labor de enfermería se desenvuelve en un ambiente de interrelación, esto permite al compartir todos los días con los colegas enfermeros, considerar como interpreta la práctica de cuidado que ofrecen.

Tabla II: Elementos del cuidado enfermero –enfermero

Elementos del cuidado humanizado	Siempre %	A veces %	Nunca %	NC %	TOTAL %
Valores humanísticos	52	41	2	5	100
Fe y esperanza	29	43	14	13	100
Cultivo de la sensibilidad	32	44	14	10	100
Relación de ayuda y confianza	55	37	3	5	100
Utilización sistemática del método de resolución del problema	46	42	4	8	100
Promoción de la enseñanza	34	38	10	18	100
Promoción y aceptación de la expresión	45	39	7	9	100
Provisión de un entorno de apoyo	46	44	4	6	100

En referencia a los resultados, en la alternativa de respuesta siempre los porcentajes más elevados se hallan en **relación de ayuda y confianza** el 55% y en **valores humanísticos** con el 52 %. En menor porcentaje, la **utilización sistemática del método de resolución de problema** y **provisión de un entorno de apoyo** el 46%. En cuanto a los porcentajes más bajos en **fe y esperanza** el 29% y **cultivo de la sensibilidad** con el 32%.

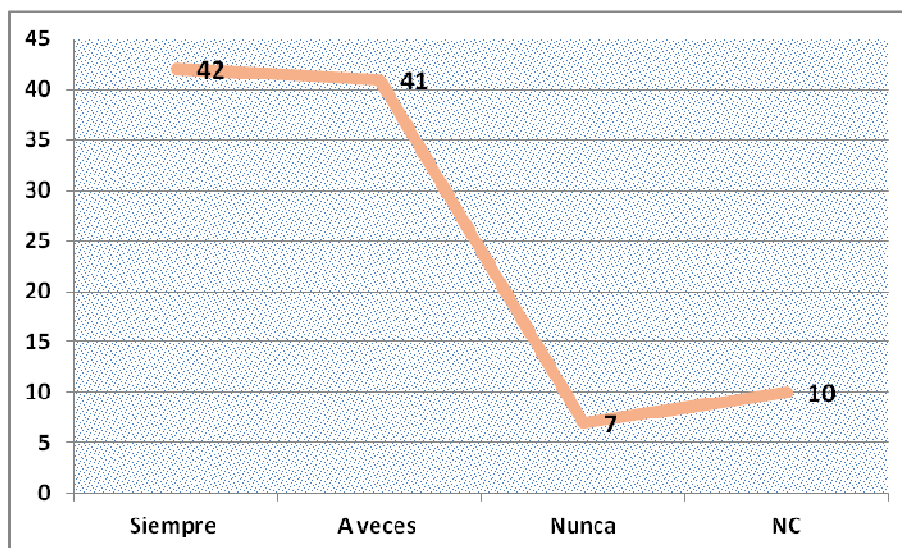
Con respecto a la alternativa de respuesta a veces, los enfermeros estiman que el **cultivo de la sensibilidad** y **provisión de un entorno de apoyo** el 44%. Y con el porcentaje más bajo **relación de ayuda y confianza** 37%.

En cuanto a la alternativa de repuesta nunca en iguales porcentajes se ubican **en fe y esperanza** y **cultivo de la sensibilidad** con el 14% y con porcentaje más bajo los **valores humanísticos** el 2%. En la alternativa no contesta, en **promoción de la enseñanza** el 18%.

Con respecto al cuidado los enfermeros interpretan que las prácticas de cuidado de sus colegas en dos elementos, con un promedio del 53% en la alternativa de respuesta siempre, en **relación de ayuda y confianza**, perciben que al darle una palmada o apretón de manos, ayudan a confortar a los pacientes, actúan con el sujeto de cuidado de forma sincera y auténtica y en **valores humanísticos**, respetan las decisiones del paciente considerando su autonomía y derechos.

En la alternativa de respuesta a veces, con el 44%, en **cultivo de la sensibilidad**, los enfermeros no tienen dificultades para dejar de lado sus creencias y prejuicios, para escuchar y aceptar al paciente y en **provisión de un entorno de apoyo**, cumplen con el consentimiento informado ante los cuidados o procedimientos de la persona cuidada.

Gráfico: N°1 Porcentaje en alternativas de respuestas



En cuanto a los 8 elementos que fueron consultados en el cuidado enfermero –enfermero se puede observar que las alternativas siempre y a veces mantienen un porcentaje similar entre el 42 a 41 % , y entre las alternativas nunca y no contesta 7 a 10%.

Comparando los picos máximos y mínimos da un diferencial, que marca una pendiente positiva, por lo que podemos pensar que el cuidado humano está siendo asumido gradualmente en el campo de la enfermería.

CONCLUSIÓN

Los resultados, permiten visualizar desde la mirada de los enfermeros sobre la atención de enfermería sustentada en el cuidado, que los enfermeros brindan en su quehacer diario a los pacientes.

Se observa en la percepción de los enfermeros sobre los cuidados que brindan, en tres elementos en las respuestas muy de acuerdo superan el 50% y en las otros elementos las respuestas están por debajo del 50% en las alternativas muy de acuerdo y de acuerdo.

En lo referente a como interpretan la práctica de cuidado que ofrecen los colegas se observa que en relación de ayuda y confianza y valores humanísticos superan el 50%

Si bien el cuidado en el aspecto humano en su mayoría no supera el 50%, se puede pensar en una tendencia positiva, hacia el cuidado humano y holístico. Se puede deducir que estando presente la antigua concepción del cuidado en la práctica de la enfermería, la nueva tendencia es aceptada, comprendida y asimilada en forma gradual, como un proceso necesario de cambio, en la búsqueda de la humanización del cuidado.

AGRADECIMIENTO: Dedicado a nuestra querida Marta Ramos, por los aportes realizados a la profesión, siendo un ejemplo para todas nosotras. ¡Gracias!

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Watson J. Caring science as sacred science. Nursing: the philosophy and science of caring citado por Poblete Troncoso M y Valenzuela Suazo S. Cuidado Humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Revista Acta Paúl enfermería 2007, 20(4) 409-503.
2. Feito Grande, L. Ética profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Promoción Popular Cristiana. Madrid. 2000. 256 págs. ISBN: 84-288-1657-3.
3. Hacspiek, citado por Moreno Vega et al. En Grupo de cuidado. El arte y la ciencia del cuidado. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Bogotá. Unibiblos, 2002.
4. Leininger M. citada por Medina J. L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Editorial Laertes 1999.
5. Collire MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. citado por Poblete Troncoso M y Valenzuela Suazo S. Cuidado Humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Revista Acta Paúl enfermería 2007, 20(4) 409-503.
6. Mayeroff, M. el arte de servir Ao Próximo Para Servir A Si Mesmo. Citado por Durante. S. J. El acto de cuidar. Genealogía epistemológica del ser enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Castrillón C.M. La dimensión práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.
- 2- Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 2011:797 .Año 1995
- 3- Fracapani de Cuitiño, Marta: Bioética. Sus instituciones de salud , Lumen, Buenos Aires, 1999
- 4- Rumbold ética en enfermería. Magraw Hill interamericana. Editores S.A. 3º edición 2000
- 5- Leal Quevedo. Haciendo una medicina más humana. Año 1997

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES EN AMÉRICA LATINA

EATING DISORDER IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN LATIN AMERICA

Gasparini, Sandra Raquel*

*Máster Internacional en Nutrición y Dietética, con especialidad en trastornos de la conducta alimentaria. Especialista en Docencia Universitaria. Jefe de Trabajos Prácticos de Alimentos y Alimentación Normal

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes en la actualidad se encuentran inmersos en una sociedad colmada de exigencias y sumergida en un mundo en donde los múltiples cambios sociales y las presiones que ejerce el medio sobre la imagen corporal, lleva a los jóvenes a tener una preocupación excesiva por su cuerpo en la búsqueda desesperada para lograr la delgadez y poder alcanzar el éxito y la aprobación social. Esto ha provocado la implementación de conductas de riesgo con la aparición de graves anomalías y como consecuencia, el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

DESARROLLO DEL TEMA

Los TCA están relacionados a alto niveles de deseabilidad social, la necesidad de aprobación social y el temor a ser rechazado. Muy pocos programas desarrollados en escuelas y universidades se han focalizado en estos temas. Los cambios relacionados con imagen corporal constituyen una temática de fuerte impacto en los adolescentes, y las preocupaciones exageradas vinculadas con la silueta y el peso, conducen, con alta frecuencia, a comportamientos poco sanos (Casullo⁸, 2006)

Según Moreno Gonzales y Ortíz Viveros⁹ (2009), los TCA, constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más temprana, persistiendo hasta la edad adulta.

ARGENTINA

La anorexia nerviosa y la bulimia, son dos patologías que crecieron notablemente en Argentina sobre todo en la época de verano, entre los niños en edad escolar y los varones, aunque el grupo más vulnerable sigue siendo el de las mujeres adolescentes.

En el año 2008, se promulga la Ley 26.396, en la que se declara de interés nacional, la prevención y control de los trastornos de la conducta alimentaria. Uno de los derechos fundamentales de las personas es el derecho a la salud. A través de esta Ley, podemos observar que el Estado participa activamente, generando una política que mediante acciones de promoción y prevención de la salud, contribuye al cuidado de los pacientes que padezcan alguna patología generada por trastorno en la conducta alimentaria. Es fundamental la participación del Estado en la definición y sostenimiento de las propuestas necesarias para garantizar la salud de la población.

Datos obtenidos de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia de Argentina (ALUBA), indican que 1 de cada 10 adolescentes mujeres de entre 14 y 18 años sufre algún tipo de trastornos alimentarios. Entre el 2000 y 2010, crecieron de maneras alarmantes las patologías alimentarias entre los adolescentes varones, que pasaron del 2% al 10%. Cerca de las vacaciones, la preocupación por la figura, hace que muchas personas se vuelquen en forma intensiva al gimnasio a las dietas “milagrosas”. (Aluba⁴, 2014)

En la provincia de Salta, un equipo de profesionales de un hospital local Hospital San Bernardo, realizó una investigación sobre datos obtenidos de un programa implementado para la detección y tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria y encontró en las estadísticas de los últimos 10 años que de 190 personas atendidas, un 37% presentaban anorexia, un 15% bulimia y el resto, otras patologías relacionadas a la obesidad y sobrepeso. El 96% de los afectados eran mujeres, el 60% no superaban los 25 años de edad y el nivel socioeconómico en la mayoría era de medio a bajo con las siguientes características: madres golpeadas, madres solteras, abandonadas, mujeres desarraigadas de su lugar de origen. (Carullo⁷, 2003)

En otro estudio realizado por la Universidad Nacional del Noroeste sobre conductas alimentarias de riesgo, aplicado a 1175 estudiantes de 12 a 18 años, de escuelas secundarias públicas, a los que se realizó una encuesta, “Eating Attitudes Test” (EAT 26) se determinó que al menos el 62 % de las mujeres mostró conductas alimentarias alteradas, de las cuales el 31% presentaron conductas de alto riesgo, mientras que solamente fue un 11 % en los varones. Con respecto a la relación entre scores de EAT y nivel socioeconómico, los datos confirmaron la relación inversa entre scores promedio de EAT y nivel socioeconómico. Esto marca la tendencia creciente que existe sobre, que, cada vez es mayor el número de adolescentes de clases bajas con conductas alimentarias de riesgo. (Aguirre, Damus, Rodríguez Cuimbra², 2000).

Una investigación efectuada a 454 estudiantes, de 13 a 18 años, de escuelas medias de Buenos Aires (Argentina) que propuso comparar hábitos, conductas, actitudes alimentarias y grado de satisfacción con la imagen corporal, se determinó que tanto las mujeres como los varones deseaban pesar menos. En relación a la imagen corporal, se pudo establecer que las mujeres ansiaban verse bastante más delgadas de lo que se percibían, no ocurriendo lo mismo en los varones. Se halló una proporción mayor de mujeres en comparación con los varones, que realizaron dietas para bajar de peso, provocándose vómitos por lo menos una vez al mes o más. (Rutzstein, Murawski, Scappatura¹³, 2010)

En un estudio realizado en 1158 adolescentes que asistían a escuelas medias en Capital Federal y el Gran Buenos Aires, mostró que este problema no sólo alcanzaba a las mujeres sino también a los hombres de esta edad, en concreto, al 1,6% de ellos. Por otra parte, casi la totalidad de las voluntarias encuestadas quería verse más flaca. La encargada de liderar el sondeo, realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y con un subsidio de UBACyT fue la doctora Guillermina Rutzstein, quien junto con su equipo adaptó instrumentos del exterior, los tradujo y le incorporó términos adoptados al contexto sociocultural de los adolescentes de nuestro país. La experta compartió que cerca del 70% de los participantes presentaba un peso normal, pero sólo el 54% consideraba que tenía un peso adecuado. Por otra parte, si bien sólo el 20% de los jóvenes relevados presentaba sobrepeso y obesidad, el 30% se consideraba gordo. “Estas cifras demuestran que existe una distorsión de la imagen corporal entre los adolescentes”. (Abud¹ 2014)

BRASIL

En los últimos 15 años los TCA se convirtieron en áreas de estudio de grupos académicos relacionado con las universidades federales y privadas de Brasil. No existen programas de salud financiados por el gobierno brasileño que contemplen a los TCA, a excepción de la obesidad, son tipificados como patologías no consideradas como problemas de salud pública. No existen datos poblacionales en Brasil sobre la prevalencia e incidencia de TCA ni registros fidedignos de número de pacientes que reciben estos diagnósticos en la red pública federal. Brasil como una sociedad contemporánea, vive actualmente bajo el ideal de belleza. Este patrón se impone en mujeres, en quienes la apariencia física representa una importante medida de la valía personal. En este país, tanto la prensa oral como la escrita, brindan espacios de divulgación sobre diferentes dietas “milagrosas” para adelgazar. Las academias de gimnasia, ofrecen innumerables opciones de ejercicios y revelan la alta inversión tecnológica para el desarrollo del ejercicio físico. (Nunes¹⁰, 2006).

Estudios realizados por Nunes et al., 2003 en el sur de Brasil en los que obtuvieron datos sobre prevalencia de comportamientos alimentarios y prácticas inadecuadas de control de peso en mujeres de 12 a 29 años. Los resultados del estudio mostraron una prevalencia del 11 % de comportamientos alimentarios anormales. Los métodos compensatorios de control de peso utilizados fueron: uso de laxante y consumo de anorexígenos. Un 32 % presenta un IMC de sobrepeso/obesidad. Del 38% que se consideraban obesas, el 65% presentaban un IMC normal, lo que refuerza el ideal preconizado por la cultura. (Nunes¹⁰, 2006).

Una investigación efectuada sobre anorexia nerviosa y su relación con la distorsión de la imagen corporal en 187 estudiantes secundarios entre 15 y 19 años, de la localidad de Maringá, Estado de Paraná determinó que un 66% de los estudiantes del sexo femenino presentaban distorsión de la imagen corporal y solamente un 16% de los varones. Del total de la muestra, el 10% de los varones y el 32% de las mujeres, presentaron sintomatología anoréxica. Los resultados además demostraron una elevada incidencia de anorexia nerviosa en relación a la distorsión de la imagen corporal en el sexo femenino. (Souza-Kaneshima, França, Freitas Kneube¹⁴, 2006)

COLOMBIA

La prevalencia e incidencia de los TCA en la población general en Colombia, es conocida solo de manera parcial. Existen datos solamente en jóvenes escolares y universitarios de las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali. Algunos programas para el tratamiento de los TCA, surgieron en el marco de hospitales universitarios de las facultades de medicina como la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de Antioquía. Otros corresponden a programas y centros privados que funcionan de manera ambulatoria. A pesar de los avances, Colombia no cuenta con unidades de internación exclusiva para pacientes con TCA, las mismas se realizan en hospitales psiquiátricos.

Una investigación realizada en Medellín para conocer la prevalencia del comportamiento alimentario en 2770 estudiantes de bachillerato, determinó que un 0,28% presentaron prevalencia en anorexia nerviosa y 3,25% en bulimia nerviosa. Presentaron además, cierto grado de angustia con fuerte deseo de bajar de peso, no encontrándose diferencia por estrato social. (Ángel, Martínez y Gómez⁵, 2008)

Otra investigación desarrollada por Moreno, Ramírez y Yépez (2001), determinó el riesgo para TCA en una muestra de 972 mujeres escolarizadas de la ciudad de Medellín. En este estudio se reporta que un 77% de las estudiantes manifiestan “terror ante la idea de ganar peso”; un 41% presentan atracones; un 33% siente culpa después de comer y un 8% se induce vómito. (Rodríguez Guarín, Gempeler Rueda¹², 2006)

De los estudios citados se deduce que la situación epidemiológica de los TCA en la población Colombiana parece ser similar a la de los otros países en cuanto a la frecuencia de aparición, grupo de edad más vulnerables y factores de riesgo socioculturales.

CHILE

Los trastornos del comportamiento alimentario en Chile han experimentado un incremento progresivo en las últimas dos décadas, al igual que el resto de los países que estamos estudiando. No se encuentran datos estadísticos muy claros, pero el incremento se evidenció a raíz del aumento de las consultas tanto a nivel de salud pública como privada.

En Chile existen distintos equipos especializados para satisfacer la demanda creciente de atención de los trastornos de la conducta alimentaria, tanto en el sistema público como privado, incorporándose además acciones de prevención y diagnóstico precoz en adolescentes. El modelo de tratamiento aplicado, se basa en las recomendaciones internacionales, adaptadas a las características de cada equipo de trabajo y a las experiencias de esos equipos. Es de interés de los investigadores, participar en estudios que involucren países de distintos orígenes culturales, a fin de contribuir en la generación de conocimientos que permitan tratar de manera más eficaz a sus pacientes. (Aguirre Calvo³ et al. 2006).

El grupo de trabajo que probablemente tenga más experiencia en el área de los trastornos de la conducta alimentaria en Chile es la Unidad del Departamento de pediatría y Psiquiatría de la Universidad de la Pontificia Universidad Católica en conjunto con el grupo de terapia del Instituto Chileno de Terapia Familiar. El tratamiento de las patologías lo construyen en función a tres pilares fundamentales: nutricional (control de ingesta, registro de vómitos y las situaciones que lo facilitan), psiquiátrico (control de comorbilidad y factores de riesgo en cada etapa del tratamiento) y terapéutico (tanto individuales como familiares. Control del estrés ambiental-relacional y su impacto en el sí mismo y su desarrollo). El equipo enfatiza el hecho en que un TCA es una patología que requiere intervenciones inmediatas, tanto somáticas como relacional y psíquicas, así como una terapia familiar capaz de reorganizar la estructura, la narrativa y la experiencia vital. (Aguirre Calvo³, et al. 2006).

En una encuesta realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (2003), a jóvenes de 12 a 18 años, se determinó que los mismos se identifican con un ideal de individuo sano y delgado, influenciados por los medios de comunicación masivos no solo para promocionar nuevos productos que influyen en la estética corporal, sino además muestran a la delgadez vinculada a determinados modelos de vida. A raíz de esta situación, se han puesto en marcha diversos equipos abocados a la investigación y tratamiento de los TCA para compartir experiencias y diseñar planes estratégicos para avanzar en el conocimiento de estas patologías en Chile. (Aguirre Calvo³, et al. 2006).

En un estudio realizado a 123 estudiantes del sexo femenino, de la carrera de Nutrición y Dietética en Chile, cuya edad promedio de la muestra osciló entre los 18 a 23 años, con la finalidad de determinar los trastornos de la conducta alimentaria, se comprobó que el 87% de las jóvenes presentaban un estado nutricional normal, de las cuales un 14% presentaban riesgo de padecer algún TCA. Las alumnas además mostraron una puntuación creciente para la

“motivación por la delgadez”, pero con respecto a la insatisfacción corporal, se mantuvieron en el rango medio. Si bien, en el estudio no se presentó un porcentaje significativo en relación a la epidemiología nacional, se espera que el 100% de las estudiantes de nutrición deban tener patrones normales de la conducta alimentaria para un desarrollo ético de la profesión. Por lo tanto, se hace imprescindible pesquisar conductas riesgosas desde el comienzo de la carrera, lo que permitiría realizar una detección temprana y una adecuada prevención secundaria. (Behar R., Alviña M., Medinelli A., Tapia P⁶, 2007)

VENEZUELA

En Venezuela se repite la problemática planteada en otras latitudes, pues a falta de una clara especificación diagnóstica de lo que se presenta en la realidad de los TCA, muchos de ellos son incluidos en la categoría de “trastornos alimentarios no especificados” por no cumplir con todos los criterios establecidos en el DSM-IV, o bien como de naturaleza “subclínica”. Este inconveniente lleva a reflexionar sobre los criterios que deben tomarse en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico de anorexia o bulimia.

Venezuela presenta muy pocos estudios epidemiológicos sobre los TCA. Las estadísticas oficiales más recientes, provenientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social del año 2001, toman como base CIE-10. (Vivas, Luigli¹⁵, 2006)

En un estudio realizado en 421 adolescentes estudiantes del Estado de Mérida en Venezuela, para determinar la frecuencia y relación que existe entre las conductas alimentarias de riesgo y la Imagen Corporal autopercebida, se determinó que un 57% de la muestra autopercibía su imagen de manera normal, mientras que el 31% como delgados. Se encontró además, una asociación estadísticamente significativa entre el género y el tipo de percepción de imagen corporal. El género femenino presentó una mayor tendencia al uso de determinados métodos con el objetivo de reducir el peso, como ser consumo de medicamentos para perder el apetito, uso de laxantes y vómitos. Del mismo modo presentaron una mayor tendencia a la reducción y control de calorías. (Prado, Arteaga, López¹¹, 2009)

De lo expuesto, se evidencia que los trastornos de comportamiento alimentario han sido descritos principalmente en la población adolescente y adulta joven. Fueron considerados por mucho tiempo como enfermedades de los países occidentales industrializados, más prevalentes en las mujeres y de raza blanca.

En las últimas décadas han aparecido cada vez más reportes sobre el aumento en la prevalencia de ellos en población cada vez más joven en países en vía de desarrollo.

Si el Estado no opta por la prevención, habrá indefectiblemente un colapso, producto de que ningún sistema de salud público puede costear una masiva demanda de tratamientos no preventivos destinados a dar solución trastornos alimentarios. En definitiva, no estamos ante un simple problema médico, es un problema social que afecta tanto a las sociedades desarrolladas como a las que no los son.

CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son patologías de alta prevalencia e incidencia en la América Latina, no habiéndose implementado estudios epidemiológicos descriptivos transversales y analíticos muestrales que revelen la magnitud del daño y los determinantes causales. Por otra parte, no se desarrollaron Estudios Ecológicos Analíticos que permitan realizar las comparaciones entre los diferentes países.

Aparecen fundamentalmente en mujeres jóvenes y más raramente en hombres.

Los adolescentes con bajo nivel de satisfacción corporal, eligen conductas de riesgo desordenadas para controlar el peso.

De los países estudiados, solamente Argentina cuenta con una Ley 26.396, en la que se declara de interés nacional, la prevención y control de los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, no se realizan notificaciones ni estudios de intervención epidemiológico en grupos vulnerables.

Los subregistros o la falta de datos estadísticos sobre las patologías, pueden deberse a que los TAC están asociados a trastornos y tratamientos de orden psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abud C., Casi el 10% de las adolescentes sufre trastornos alimentarios. 2014. Consultado el 30 de noviembre de 2015. Disponible en : <https://drive.google.com/drive/folders/0B8xbapH3L9TYfjA5QWftV1FrY2hrNW0xU1VDMnh0a21VRDAzchdnN2hLYkxTb1doLXNYdVU>
2. Aguirre AM, Damus R, Rodríguez Cuimbra S. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes secundarios del Nordeste Argentino. 2000 Consultado el 4 de enero de 2014. Disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2000/3_medicas/m_pdf/m041.pdf
3. Aguirre Calvo ML., López Cárcamo C., Behar Astudillo R., Cordella Masini P., Urrutia Francotte L. Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile. 2006. En: Mancilla Díaz JM y Gómez Pérez- Mitré G. Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica. 1ª ed. México. Manual Moderno; 2006. p 57 – 87
4. ALUBA: Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia. Argentina. Disponible en: <http://www.aluba.org.ar/aluba/fr-aluba.html>
5. Ángel LA., Martínez LM., Gómez MT. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. Investigación original. Consultada el 13 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v56n3/v56n3a02.pdf>
6. Behar R., Alviña M., Medinelli A., Tapia P. trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. Rev. Chil Nutr Vol. 34, Nº 4, Diciembre 2007.
7. Carullo RP. Perfil de los pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia que concurren al Hospital público San Bernardo de gestión descentralizada. Trabajo de Investigación. 2003
8. Casullo MM. Comportamientos alimentarios en adolescentes y jóvenes argentinos: factores de riesgo. En: Mancilla Díaz JM y Gómez Pérez- Mitré G. Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica. 1ª ed. México. Manual Moderno; 2006. p 1- 24
9. Moreno Gonzales, M.A.; Ortíz Viveros, G. R., Trastornos Alimentarios y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Terapia Psicológica, Vol. 27, Num. 2, diciembre 2009. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Chile. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art04.pdf> consultado el 02 de diciembre de 2013
10. Nunes Ph D. Trastornos alimentarios en Brasil: un país de contraste. En Mancillas Díaz JM, Gómez Pérez –Mitre G. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. 1ª ed. México. Manual Moderno; 2006. p. 25-42
11. Prado, J.; Arteaga, F.; López, P., Trastornos de la Alimentación y su relación con la Imagen Corporal Autopercebida por Adolescentes del Municipio Libertador del Estado de Mérida – Venezuela., Revista Electrónica Actividad Física y Ciencias , 2009; consultada 28 de noviembre de 2013; Vol.1, Nº1. disponible en: http://www.actividadfisicayciencias.com/articulos/2009/vol1_numero1/Articulo5.pdf
12. Rodríguez Guarín M., Gempeler Rueda J. Los trastornos del comportamiento alimentario en Colombia. En: Mancilla Díaz JM y Gómez Pérez- Mitré G. Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica. 1ª ed. México. Manual Moderno; 2006. p 43- 55

13. Rutztei G, Murawski B, Elizathe L. y Scappatura ML. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Mexican Journal of Eating Disorders. 2010 Consultada el 8 de enero de 2014. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/6/15>
14. Souza-Kaneshima AM, França AA, Freitas Kneube D, Nobuyoshi Kaneshima E. Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2006. Consultada 6 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3072/307226619003.pdf>
15. Vivas E.,Luigli Z. Trastornos del comportamiento alimentario en Venezuela: Panorama actual. En: Mancilla Díaz JM y Gómez Pérez- Mitré G. Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica. 1ª ed.México.Manual Moderno; 2006. p173- 201.

WHATSAPP COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO Y COMUNICACIÓN EN FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA (FE-2015)

WHATSAPP A TOOL CARE AND COMMUNICATION FUNDAMENTALS OF NURSING (FE-2015)

Lic. Mónica Gil-Fernández de Padilla*

Licenciada en Enfermería. Diplomada en Educación Médica*

En el año 2015, el WhatsApp se estableció como aplicación de mensajería telefónica instantánea, de relativo bajo costo y muy popular a nivel mundial y en particular entre la población joven, siendo la limitación el no disponer de un celular inteligente o un ordenador con acceso a internet.



En el mes de agosto 2015, la aplicación superó los 800 millones de usuarios activos en todo el mundo, creciendo 33% en menos de un año. A finales del 2015 se espera que alcanzará los 1.000 millones de usuarios activos, una séptima parte de la población mundial. (Jan Koum, Agosto 2015)

Este recurso está disponible en teléfonos inteligentes, para enviar y recibir mensajes mediante Internet, complementando servicios de correo electrónico, mensajería instantánea, servicio de mensajes cortos o sistema de mensajería multimedia. Se utiliza la mensajería en modo texto, los usuarios de la libreta de contacto pueden crear grupos y enviarse mutuamente, imágenes, vídeos y grabaciones de audio. La versión web ya es accesible para los navegadores de Google Chrome y Firefox.

Como la comunicación es un tema del programa de la asignatura Fundamentos de Enfermería (en adelante FE) y en el pasado resultó lenta y ardua la comunicación entre el binomio docente-estudiante, se tomó la decisión de utilizar el WhatsApp para agilizarla y aprovecharla como medio de cuidado, contención, orientación y consulta para los estudiantes de FE-2015.

Hago referencia al cuidado porque al abrir para los alumnos, una vía/espacio de comunicación (en un marco de respeto y confianza) y atender sus necesidades de expresarse como persona/estudiante, manifestando libremente inquietudes, temores, dudas, carestías (de diversa índole), etc., se posibilita su desarrollo integral. Un espacio donde los docente y los estudiantes tienen voz, pueden expresarse y aportar ideas, sugerencias, recursos, materiales, soluciones, etc.; estimulado así el cuidado del uno por el otro. Y, experimentar el ser cuidado, le permite desarrollar/internalizar el cuidado como un aprendizaje vivencial de cómo cuidar al otro; entendiendo al "otro", hoy como sus compañeros y docentes y mañana, los futuros sujetos de cuidado, familias y comunidad..

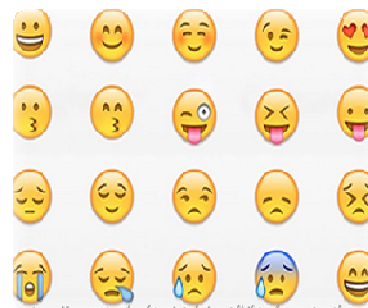
Pero ¿qué es whatsapp? Es un juego de palabras basado de la expresión inglesa «What's up?», cuyo significado se asemeja a '¿qué hay?', '¿qué pasa?', o '¿cómo te va?' y la palabra en inglés «App / Application»

FE-2015 tuvo ciento cuarenta y seis estudiantes inscriptos para el cursado de la Asignatura la cual se encuentra en el 2° año de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la

Salud de la Universidad Nacional de Salta. El 97% expresó ser soltero, 1% casado, 1% en pareja y 1% no responde; el 91% no tiene hijos; El 54% tienen como residencia la zona Norte de la ciudad, 23% zona Oeste, 19% zona Sur y 4% en el Este.

La población estudiantil de FE-2015 se enmarca dentro de lo que se llama adulto joven, la cual para algunos autores, va desde 20-40 años; y para otros de 18 a 35 años. Una de las características de este grupo etario es acoger con agrado lo nuevo y en particular lo que se refiere a la tecnología.

En la primera semana del cuatrimestre, se creó un grupo de WhatsApp que incluía 10 docentes del equipo y se invitó a participar a los alumnos que pudieran y quisieran. La respuesta y participación estudiantil fue entusiasta y masiva, generando la necesidad de un segundo grupo, por la limitación de 100 teléfonos por grupo de WhatsApp. 120 (82,19%) alumnos ingresaron a los grupos y 26 (17,81%) no lo hicieron, por no disponer del móvil u ordenador con acceso a Internet. En cada grupo se encontraban los diez docentes.



Fue necesaria la creación de límites a la efusiva participación de los estudiantes. Como límite, se estimuló el respeto y consideración al descanso de los participantes. La docente no respondió las inquietudes entre las 23 y 07 hs. Los propios estudiantes solicitaron estos límites y pidieron/exigieron a sus compañeros el respetarlos.

Uno de los compromisos que debieron asumir los alumnos participantes, fue la de compartir las comunicaciones docentes con los estudiantes que no disponen del dispositivo. Con el correr del cuatrimestre, algunos alumnos optaron por no participar y salieron del grupo. En cuanto a los docentes, la intervención fue lenta, reticente y finalmente el Profesor Adjunto atendió a los dos grupos.

La comunicación docente-estudiantes y viceversa, fue fluida y generó la creación de otro grupo de WhatsApp solo para los estudiantes de FE. La interacción y el conocerse unos a otros creció, constituyéndose en un cambio notable, en relación con los grupos de FE de los últimos años cuando se tornaron numerosos y solo se conocían los alumnos que compartían una misma unidad de internación hospitalaria.

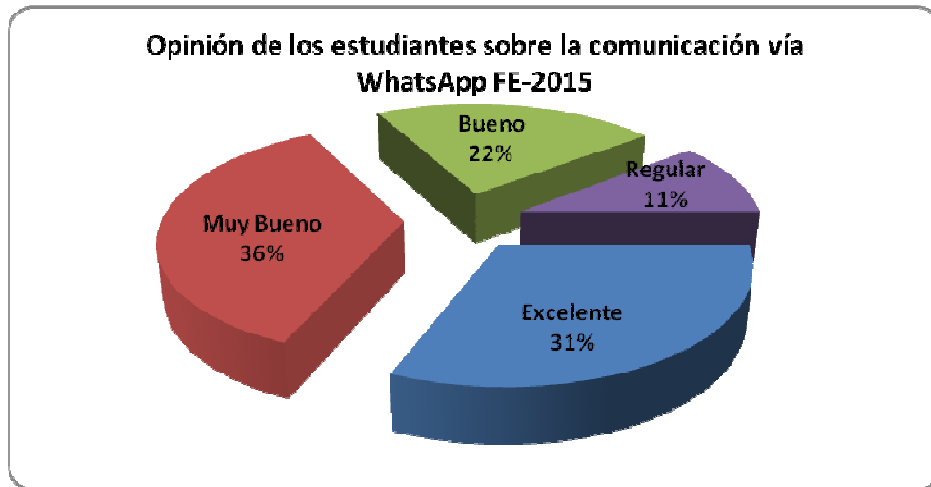
Las intervenciones, en un principio fueron de manera tímida, pero rápidamente se potenciaron y fortalecieron; compartiendo información, recursos, dudas, consultas, inquietudes, emociones, necesidades, cuestionamientos, razonamientos, discusiones con fundamentación y argumentación, etc.

El período cúlmine de la interacción se produjo, el fin de semana previo al ingreso a las unidades de internación hospitalaria. Cabe destacar que es, en esta asignatura, cuando el estudiante ingresa por primera vez al hospital e inicia sus vivencias de enfermería en el cuidado directo de las personas. Esta vivencia provoca gran ansiedad e incertidumbre en los estudiantes. Por vez primera, ha sido posible acompañarlos/cuidarlos/contenerlos hasta el encuentro con su docente de práctica dentro del nosocomio. A partir de ese momento, la ansiedad disminuyó exponencialmente, dando lugar al crecimiento en la autoconfianza y el compartir de sus nuevas experiencias.

Otro momento destacado de ansiedad fue la rotación entre los hospitales. En este punto la interacción fue intensa entre los estudiantes, manifestando el cuidado de los unos por los otros.

Así mismo la cercanía de los parciales y el Ateneo de Principiantes fueron tiempos de gran participación.

Al finalizar el cursado la asignatura fue evaluada por los estudiantes a través de una encuesta en el aula virtual Moodle; participó el 76% (n=72) de los 95 alumnos que la regularizaron/promocionaron. El 74% fueron mujeres y el 26% varones. El 29% tenía de 18 a 20 años, el 53% entre 21 y 25, el 11% de 26 a 30, 4% entre 31 a 35 y 3% más de 35 años; con una media de 23 años. El 72% es de Salta, 22% de Jujuy, 2% respectivamente de Formosa y Córdoba, 1% de Bolivia y 1% no contestó.



En el gráfico observamos la opinión de los estudiantes respecto de la comunicación vía WhatsApp. Como el 7% de los 72 alumnos manifestaron que no tenían WhatsApp, la muestra quedó con n=67. Se aprecia que la opinión es positiva: 31% la considera excelente, 36% muy buena, 22% buena y 11% regular. Estos resultados coinciden con lo que se experimentó durante el cuatrimestre. También quedan reflejados los estudiantes, para quienes este recurso no fue positivo y eligieron retirarse del mismo, aludiendo a la falta de respeto de sus compañeros por los límites establecidos. Los docentes optaron por la no participación o se retiraron por el mismo motivo que los estudiantes. Cabe destacar que la mayoría de los docentes son de dedicación parcial y trabajan en el hospital.

El propósito de emplear el WhatsApp para, cuidar, contener, orientar, comunicar y como medio de consulta para los estudiantes de FE-2015, fue ampliamente alcanzado, resultado satisfactorio para el binomio docente-estudiante. Dicho esto, es preciso señalar la necesidad de que más docentes participen en la dinámica para enriquecerla y potenciarla.



LA INULINA COMO INGREDIENTE FUNCIONAL

INULINAS A FUNCTIONAL INGREDIENT

Lotufo Haddad, Agustina Marcela*; Villalva, Fernando**; Margalef, María Isabel***; Goldner, María Cristina**** y Cravero Bruneri, Andrea Paula*****

Licenciada en Nutrición. Becaria CIUNSa. Licenciado en Nutrición. Becario Doctoral CONICET**. Licenciada en Nutrición***. Doctora de la Universidad de Buenos Aires en Tecnología de Alimentos****. Magister en Nutrición y Dietética. Universidad Nacional de Salta*****.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el creciente interés de los consumidores por una alimentación saludable ha dado lugar a la aparición en el mercado de una nueva gama de alimentos y productos que, además de nutrir, aportan un beneficio para la salud. Tales alimentos denominados “funcionales”, se diseñan con ingredientes capaces de producir efectos saludables, cuya elaboración no solo contempla su calidad nutricional, sensorial y tecnológica, sino que proveen componentes bioactivos que contribuyen al bienestar del consumidor y/o a reducir el riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)¹.

Entre estos componentes se encuentran los prebióticos, definidos por Gibson y Roberfroid (1995) como *“ingredientes no digeribles que afectan beneficiosamente al huésped estimulando de manera selectiva el crecimiento y/o actividad de un número limitado de bacterias en el colon, mejorando la salud del consumidor”*². El Código Alimentario Argentino (CAA) en su artículo 1390 los define como *“ingredientes alimentarios o partes de él (no digerible) que poseen un efecto benéfico para el organismo receptor, estimulando el crecimiento selectivo y/o actividad de una o de un número limitado de bacterias en el colon y que confieren beneficios para su salud”*³.

La inulina es uno de los prebióticos más estudiados⁴ hasta el momento. Es un carbohidrato de almacenamiento presente en más de 36.000 especies vegetales y en alimentos naturales tales como cebolla, ajo, alcachofa (alcaucil), espárragos, plátanos, cereales, yacón, entre otros. Algunos contienen concentraciones particularmente altas de inulina y por lo tanto, se utilizan como fuentes naturales para la obtención de este polisacárido, entre ellas la achicoria (*Chichorium intybus*) con concentraciones de 20%⁵. Este prebiótico es utilizado en la elaboración de alimentos funcionales debido a sus beneficios para la salud y a sus propiedades tecnológicas^{6,7}, aceptado como ingrediente GRAS (generalmente reconocido como seguro) por la FDA desde 1992, lo cual indica que puede usarse sin restricciones en formulaciones alimenticias⁵.

El consumo diario recomendado de inulina en Estados Unidos, es de 1 a 4 g/día mientras que en Europa se sugiere un consumo de 3 a 11 g/día⁸.

DESARROLLO DEL TEMA

La inulina fue aislada por primera vez en 1804 por el científico alemán Rose, a partir de la especie *Inula helenium* y en 1818 Thomson, científico británico, le dio su nombre actual⁵.

El CAA, en su artículo 1385, define a la Inulina como el “*fructano natural constituido por unidades de fructosil con uniones β -2,1 terminado en una unidad de glucosa*”⁸. Se ha propuesto catalogar a los fructanos como “fibra funcional”, en base a una nueva clasificación de la fibra dietética que considera el efecto fisiológico en el individuo⁵.

La longitud de la cadena es generalmente de 2 a 60 unidades³ y su aporte calórico es de 1,5 kcal/g⁶.

Beneficios para la salud

Pueden citarse los siguientes:

- **Efecto prebiótico:** estimula el crecimiento de la microbiota intestinal benéfica⁹. Atraviesa el estómago y el duodeno sin sufrir cambios llegando al intestino grueso casi sin ser digerida, donde estaría disponible para ser metabolizada por algunos de los microorganismos intestinales como las bifidobacterias (efecto bifidogénico)⁸ y los lactobacilos que promueven su colonización y desarrollo¹⁰.
- **Regulación del tránsito intestinal:** por su capacidad de formar geles que retienen una gran cantidad de agua lo que aumenta el volumen intestinal favoreciendo el peristaltismo¹².
- **Reducción del riesgo de padecer determinadas enfermedades:** entre ellas cáncer de colon e infecciones intestinales, ya que al estimular el crecimiento de las bifidobacterias, las que impiden el desarrollo de otros microorganismos potencialmente patógenos¹³.
- **Mejora la absorción de calcio:** muy importante por favorecer la salud del hueso, fortaleciendo la masa ósea y retardando la aparición de osteoporosis¹⁴.
- **Otros beneficios:** su administración disminuye los niveles séricos de colesterol en pacientes con hipercolesterolemia⁹, también reduce la respuesta glucémica en individuos sanos¹⁵.

La inulina como ingrediente de productos alimenticios

La inulina y sus derivados ofrecen múltiples usos como ingredientes en la formulación de productos destinados a la alimentación gracias a sus ventajas nutricionales, funcionales y sus propiedades tecnológicas⁶.

Su obtención industrial se realiza mayoritariamente a partir de las raíces de la achicoria mediante un proceso de extracción con agua caliente seguido de una etapa de purificación y otra de cristalización¹⁶. Se presenta como un polvo blanco, sin olor, con sabor ligeramente dulce (10% respecto de la sacarosa) y sin efecto residual^{5,7}. La inulina se comercializa con un grado de polimerización específico: de cadena larga (>20 unidades), que proporciona viscosidad y puede utilizarse como espesante o sustituto de grasa, o de cadena corta (< 10 unidades), que tiene capacidad edulcorante por lo que se ha utilizado como sustituto parcial de la sacarosa⁶.

En la Tabla N° 1 se pueden observar las propiedades funcionales de la inulina como así también las cantidades recomendadas a utilizar en la formulación de diferentes productos alimenticios.

Cabe señalar que en la Universidad Nacional de Salta se ha utilizado inulina para la formulación de distintos productos como por ejemplo en mermeladas dietéticas, como ingrediente que mejora las características sensoriales, principalmente la consistencia, obteniéndose confituras similares a las convencionales. Es importante destacar también que las mermeladas obtenidas resultaron de bajo contenido en azúcares simples y calorías, con un buen aporte de fibra¹⁸. Además, se han elaborado helados con la incorporación de inulina, entre ellos uno dietético sabor durazno, reducido en calorías, grasas y azúcares con características simbióticas, con la adición de inulina y Bifidobacterium Lactis Bb-12, de textura cremosa, sin cristales de hielo, color, sabor y aroma a durazno¹⁹.

Otros productos formulados con la incorporación de inulina en dicha Universidad fueron:

- Pastas frescas dietéticas simples y rellenas con el agregado de inulina enriquecida con oligofruktosa (Synergy 1), que resultaron de buena calidad sensorial y aceptabilidad, obteniéndose productos dietéticos de alto contenido en fibra alimentaria (17,3g en fideos tallarines y 20,0g en raviolos)²⁰.
- Un yogur descremado de consistencia batida, incorporando a la inulina como sustituto de grasa, dando como resultado un producto fuente de fibra, de bajo valor lipídico y de buena aceptabilidad y características sensoriales apropiadas en lo que respecta a color, aroma, textura y sabor²¹.
- Un helado dietético de arándanos con características prebióticas, reducido en calorías, valor glucídico y lipídico, de buenas características nutricionales y sensoriales²².
- Además, se elaboró un helado dietético sabor chocolate con la incorporación de inulina (10%), que resultó de adecuadas características nutricionales²³.

Otras aplicaciones

La inulina y sus derivados también se emplean en la industria química-farmacéutica como excipiente, aditivo, agente tecnológico o coadyudante; en alimentación animal o como constituyente de material bioactivo de envolturas para alimentos (biofilms)⁷.

CONCLUSIONES

La inulina tiene efecto prebiótico avalado con evidencia científica demostrada por numerosos estudios^{5,6,11}. El mismo hace referencia a la capacidad selectiva de estimular el crecimiento de bifidobacterias y lactobacillus, reforzar el sistema inmunológico, incrementar la biodisponibilidad de minerales e intervenir en el metabolismo de lípidos. Su incorporación como ingrediente prebiótico en diferentes productos destinados al consumo humano permite distinguirlos como alimentos funcionales con reconocidos beneficios para la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lutz, M. (2009). Alimentos funcionales en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. En: "Aspectos nutricionales y saludables de productos de panificación" Lutz M y León AE, eds. Sello Universidad Valparaíso, p 39-51.

2. Gibson, G. R. y M. B. Roberfroid (1995) "Dietary modulation of the human colonic microbiote: introducing the concept of prebiotics" en *The Journal of Nutrition* [En línea] N° 125, Junio 1995, MRC Dunn Clinical Nutrition Centre, Cambridge, United Kingdom, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7782892> (Consultado el 25 de agosto del 2015).
3. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (2015). Código Alimentario Argentino. Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud. Poder Ejecutivo Nacional. Modificación por Resolución Conjunta 229/2011 y 731/2011. Capítulo XVII. [En línea] Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/CAPITULO_XVII.pdf (Consultado el 22 de agosto del 2015).
4. Cardarelli, H., Buriti, F., Castro, I. y Saad, S. (2007) "Inulin and oligofructose improve sensory quality and increase the probiotic viable count in potentially symbiotic petit-suisse cheese" en Elsevier.
5. Madrigal, L. y E. Sangronis, (2007). "La inulina y derivados como ingredientes claves en alimentos funcionales" en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* [En línea]. N° 4, vol. 57, año 2007. Venezuela, disponible en: http://www.alanrevista.org/ediciones/2007-4/la_inulina_derivados_ingredientes_claves_alimentos_funcionales.asp (Consultado el 23 de agosto del 2015).
6. Borda, M. (2011) "Formulación de una base para aderezo de ensaladas con características de alimento funcional" TESIS de Maestría en Tecnología de Alimentos. Buenos Aires, Argentina. [En línea] Disponible en: posgrado.frba.utn.edu.ar/investigacion/tesis/MTA-2011-Borda.pdf (Consultado el 27 de agosto de 2015).
7. Frank, A. (2002) "Technological functionality of inulin and oligofructose" en *British Journal of Nutrition*, 87, Suppl. 2 [En línea] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12088531 (Consultado el 21 de agosto de 2015).
8. Niness, K. R. (1999) "Inulin and oligofructose: What are they?" en *Journal of Nutrition* [En línea] Disponible en: <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/129/7/1402S> (Consultado el 23 de agosto del 2015).
9. Olagnero, G.; Abad, A.; Bendersky, S.; Genevois, C.; Granzella, L. y Montonati, M. (2007) "Alimentos funcionales: fibra, prebióticos, probióticos y simbióticos" en *Diaeta*, Vol. 25 (121): pág. 20-33. Buenos Aires.
10. Roberfroid, M. B. (2007) "Inulin-Type Fructans: Functional Food Ingredients" en *Journal of Nutrition* [En línea]. N° 137. Noviembre, 2007. Université Catholique de Louvain, Bélgica, disponible en: <http://jn.nutrition.org/content/137/11/2493S.abstract> (Consultado el 21 de agosto del 2015).
11. Langlands, S. J. (2004) "Prebiotic carbohydrates modify the mucosa associated microflora of the human large bowel" en *An International Journal of Gastroenterology and Hepatology*, [En línea] Vol. 53. N° 11. 9 de abril del 2004. Reino Unido, disponible en: <http://gut.bmj.com/content/53/11/1610.abstract> (Consultado el 20 de agosto del 2015).

12. Kaur, N. Y A. Gupta, (2002) "Applications of inulin and oligofructose in health and nutrition" en Journal of Bioscience [En línea] Vol. 27. Nº 7. Diciembre, 2002, pp. 703-714. Indian Academy of Sciences. Disponible en: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/dec2002/703.pdf> (Consultado el 21 de agosto del 2015).
13. Gibson, G. y Delzenne, N. (2008) "Inulin and Oligofructose" en Nutricion Today. [En línea] 43(2): 54–59. Disponible en: www.farm.ucl.ac.be/Full-texts/Gibson-2008-1.pdf (Consultado el 18 de agosto de 2015).
14. Corzo, N., Alonso, J. L., Azpiroz, F., Calvo, M.A. , Cirici, M. , Leis, R. , Lombó, F., Mateos-Aparicio, I., Plou, F.J., Ruas-Madiedo, P., Rúperez, P., Redondo-Cuenca, A., Sanz, M.L. y Clemente, M. (2015) Prebióticos; concepto, propiedades y efectos beneficiosos en Nutrición Hospitalaria. Vol 31, Suplem. 1 [En línea] Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/113154/4/Prebi%C3%B3ticos%20concepto.pdf> (Consultado el 20 de diciembre del 2015).
15. Russo, F. et al (2010) "Metabolic effects of a diet with inulin-enriched pasta in healthy young volunteers" en Mendeley [En línea]. Nº 7, Vol. 16, Italia, disponible en: <http://www.mendeley.com/research/metabolic-effects-of-a-diet-with-inulinenriched-pasta-in-healthy-young-volunteers/> (Consultado el 15 de agosto del 2015).
16. Villegas Pascual, B. (2008). "Efecto de la adición de inulina en las características físicas y sensoriales de batidos lácteos" Tesis Doctoral. Universidad Politecnica de Valencia, INSTITUTO DE AGROQUÍMICA Y TECNOLOGÍA DE ALIMENTOS. [En línea]. Disponible en: http://digital.csic.es/bitstream/10261/6215/1/BVillegas_Tesis.pdf (Consultado el 28 de agosto de 2015).
17. Molina Montes, M. y Martín Islán, A. (2007) "La fibra dietética procesada como alimento funcional" en Offarm Vol 26 Núm. 1 Enero 2007.
18. Lotufo Haddad, A., Margalef, M. I. y Goldner, M.C. (2014) Aceptabilidad-preferencia de mermeladas dietéticas a base de chayote (*Sechium edule*). CASLAN, Ciudad de Catamarca.
19. Villalva, F., Cravero B., A. P. y Ramón, A. (2014) Formulación de un helado dietético con características simbióticas. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.
20. Lotufo, A., Mamaní, A.R., Cravero Bruneri, A.P. y Gonzalez, L. (2012) Elaboración y evaluación sensorial de pastas frescas dietéticas con adición de fibra prebiótica. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.
21. Goncalvez de Oliveira, E., Paz, N., Budde, E., Cravero, A. y Ramón, A. (2012) "Utilización de inulina en la formulación de yogur descremado de leche de cabra" en Diaeta. Vol.30 Nº140. [En línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372012000300004 (Consultado el 20 de diciembre de 2015).
22. Barrionuevo, M.R., Carrasco, J.M.N., Cravero, A.P. y Ramón, A.N. (2011) "Formulación de un helado dietético sabor arándano con características prebióticas" en Diaeta. Vol.29 Nº 134. [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v29n134/v29n134a04.pdf>.

23. Cravero B., A.P.; Millán, M.P.; Paz, N.; Quipildor, S.; De La Vega, S. y Ramón, A N. (2015) "Elaboración y preferencia de un helado dietético sabor chocolate con características prebióticas". Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigaciones Universidad Nacional de Salta. República Argentina.

Tabla N° 1: Propiedades funcionales y cantidades recomendadas de inulina y sus derivados a utilizar en la formulación de diferentes productos alimentarios

Aplicaciones	Propiedades funcionales	Cantidad recomendada a utilizar (g/100g/cc) ⁸
Productos lácteos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo y palatabilidad. • Capacidad de formar gel⁵. • Mejora la aceptabilidad ya que le imparte una mayor cremosidad^{6,5}. • Acción emulsificante⁵. • Sustituto de azúcares y grasas⁵. • Sinergismo con edulcorantes⁵. 	2-10
Postres congelados	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita su procesamiento. • Sensación cremosa en la boca⁵. • Excelentes propiedades de fusión⁵. • Estabilidad ante la congelación⁶. • Sustituto de azúcares y grasas⁵. • Sinergismo con edulcorantes⁵. 	2-10
Productos untables, helados, salsas	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad de emulsión⁵. • Agente espesante, ya que retiene el agua y estabiliza geles⁶. • Mejora textura⁶. • Sustituto de grasas⁵. 	2-10
Productos horneados	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la actividad acuosa. • Sustituto de azúcares⁵. • Acelera la formación de la corteza del pan y la reacción de Maillard¹⁷. • Reduce tiempos de cocción¹⁷. 	2-15
Preparación con frutas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo y palatabilidad. • Capacidad de formar gel⁵. • Estabilidad de emulsión⁵. • Sustitutos de azúcares y grasas⁵. • Sinergismo con edulcorantes⁵. 	2-10
Aderezos de ensaladas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo y palatabilidad. • Sustituto de grasas⁵. 	2-10
Productos cárnicos	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuye a la textura. • Sustituto de grasas^{5,6}. 	2-10
Chocolate	<ul style="list-style-type: none"> • Sustituto de azúcares⁵. • Humectante⁶. 	5-30

Fuente: adaptado de Frank, 2002⁶.

REGLAMENTO DE PUBLICACION

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa tiene como objetivo publicar trabajos originales relacionados con las ciencias de la salud, actividades de extensión y de investigación realizadas por profesionales del área de incumbencia de la Facultad.

Comprenderá las siguientes secciones:

Artículos de investigación originales: incluyen trabajos de investigación que contemplen los siguientes apartados: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía. Deberán ser inéditos y tendrán una extensión máxima de 10 páginas.
Relatos de experiencias, ensayos, artículos de revisión y actualización: tendrán una extensión máxima de 5 páginas. Deberán contener introducción, desarrollo del tema y conclusiones.
Tesis de grado y de post-grado con recomendación de publicación por parte del Tribunal Evaluador: se publicará una síntesis que no exceda las 5 páginas.
Novedades: información de reuniones científicas, del Centro de Estudiantes y otras que se consideren de interés.
Actualización institucional: información proporcionada por las distintas dependencias académicas y administrativas de la Facultad referidas a las actividades de gestión, de extensión, docencia y capacitación PAU.

Formato de presentación de artículos originales

Los manuscritos deberán presentarse en soporte electrónico, en tamaño A4, en una sola cara, en letra Arial 10, a espacio 1,5 y numeradas simultáneamente. Deberá enviarse vía e-mail a revistafsalud@gmail.com en archivo en Word versión 97-2003

Se requerirá el siguiente orden:

<i>Página de título y autores:</i> en la primera página figurará el título del artículo en castellano y en inglés, los nombres y apellidos de los autores, sus grados académicos. Además debe indicarse el responsable de la correspondencia, así como su dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico.
<i>Resumen:</i> debe tener una extensión máxima de 200 palabras y estructurarse con los subtítulos: objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. Asimismo deben incluirse de 3 a 5 palabras claves en español y en inglés.
<i>Citas bibliográficas:</i> estas se deben numerar por orden consecutivo y de acuerdo con las Normas de Vancouver.
<i>Artículos en Revistas:</i> a) apellidos e iniciales de todos los autores (si son 7 o más, señalar sólo los seis primeros y añadir et al; b) título completo del artículo, c) abreviatura de la revista como está indizada en el Index Medicus; d) año de publicación; e) volumen en números arábigos; f) números de páginas inicial y final.
<i>Libros:</i> a) apellidos e iniciales de todos los autores; b) título del libro; c) número de la edición; d) ciudad en que la obra fue publicada; e) nombre de la editorial; f) año de la publicación; g) número del volumen si hay más de uno, antecedido de la abreviatura "vol"; h) número de la página citada.

Las unidades de medida deben corresponder al Sistema Internacional de Unidades.

Las tablas y figuras deben enviarse en página separadas, al final del manuscrito numeradas en el mismo orden en que se mencionan en el texto. Se aceptará un máximo de 5 tablas y/o figuras preferentemente las tablas serán en blanco y negro y las figuras color deberán ser de 300 dpi de resolución como mínimo.

Página de derecho de autor: se enviará en hoja aparte, una solicitud para la publicación del artículo firmada por todos los autores. En la misma se debe dejar constancia en qué categoría presenta el trabajo. Se debe aclarar que los resultados no han sido publicados ni total ni parcialmente, ni ha sido enviado para su evaluación a otra revista científica.

Todos los manuscritos se someterán a una evaluación preliminar en la que se determinará si el artículo se encuadra en los objetivos, la política editorial y las normas de la revista.

Cumplida esta instancia, el manuscrito se enviará a revisión por especialistas del área. Esta evaluación se realizará con el resguardo de confidencialidad correspondiente, para lo cual tanto los evaluadores como los autores desconocerán sus respectivas identidades. La Comisión Editorial informará al responsable sobre la aceptación o no del trabajo, las correcciones y sugerencias efectuadas por los revisores.

Los trabajos deberán enviarse a la siguiente dirección electrónica: revistafsalud@gmail.com