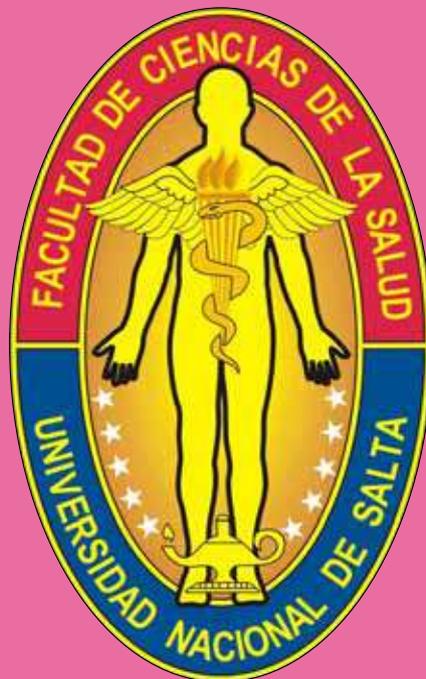
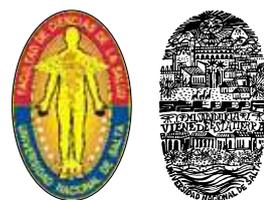


REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA



Año 3 Volumen 1 N° 4
Julio 2013



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Publicación bianual

AUTORIDADES

RECTOR de la U.N.Sa
C.P.N. Víctor Hugo Claros

VICE-RECTOR
Dr. Miguel Ángel Boso

DECANA de la FACULTAD
Lic. María Inmaculada Passamai

VICE-DECANA de la FACULTAD
Lic. Marta Ramos

EDITOR RESPONSABLE
Facultad de Ciencias de la Salud

COMISIÓN EDITORIAL
Mgs. Stella BRIONES
Esp. Alejandra CASERMEIRO
Esp. Marcela MARTINEZ BUSTOS
Dr. Luis PARADA
Esp. Mirella PERALTA
Mgs. Adriana RAMÓN
Esp. María Julia RIVERO
Mgs. Ernesto SANGUEDOLCE
Esp. Eugenia VILLAGRÁN

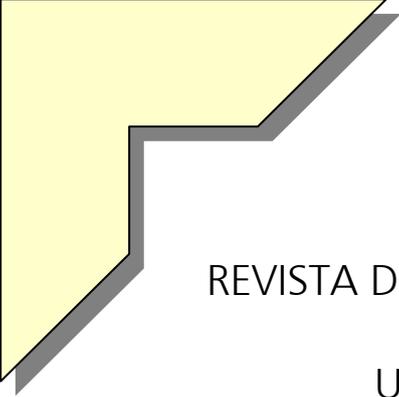
COMITÉ DE REFERATO
Mgs. José Oscar ADAMO
Mgs. María Ángela AGUILAR
Mgs. Stella BRIONES
Eps. Alejandra CASERMEIRO
Mgs. María del Valle CORREA ROJAS
Mgs. Mónica Elena COUCEIRO
Mgs. Nieve CHÁVEZ
Lic. Amanda GALLI
Esp. María Isabel MARGALEF
Mgs. María Celeste NESSIER
Dr. Luis PARADA
Esp. María I. PASSAMAI
Mgs. Néstor Hugo ROMERO
Mgs. Mónica SACHI
Dra. Graciela TONON
Dr. Walter Néstor TOSCANO

Ita – Argentina
Informes/suscripción
revistafsalud@gmail.com

Correspondencia

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias de la Salud - U.N.Sa
Avda Bolivia 5150- C.P. 4400 Salta - Argentina

Informes/suscripción:
revistafsalud@gmail.com



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA



Año 3 Volumen 1 Número 4

Julio 2013

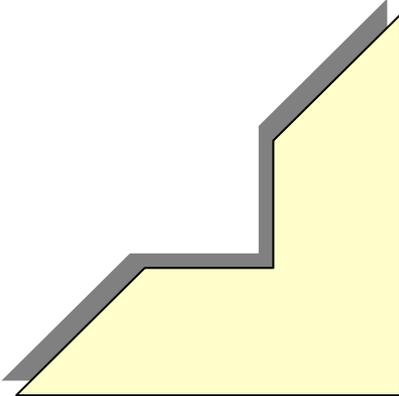
ISSN 2250-5628

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA

Año 3 Volumen 1 Número 4

Julio de 2013



INDICE

<i>Editorial</i>	3
Semblanza del Dr. Cecilio Morón Jiménez	4
<i>Artículo original</i>	
Estudio de vulnerabilidad social en la ciudad de Tartagal, Salta; con uso de datos censales	6
Evaluación del estado nutricional de pacientes con retratamiento de tuberculosis, en el Hospital Señor del Milagro de Salta Capital. Años 2010 a 2012	13
Hábitos de actividad física en jóvenes universitarios en relación al concepto de calidad de vida	20
<i>Relato de experiencia</i>	
Abriendo puertas hacia una calidad de vida saludable en la universidad	27
Promoviendo kioscos saludables en escuelas de Salta	30
<i>Artículo de revisión</i>	
Directivas Médicas Anticipadas: el delgado equilibrio entre autonomía y beneficencia	34
<i>Actualización institucional</i>	
“El Teléfono de la Salud”: una propuesta Institucional de promoción de la salud	39
XII Jordana Académica, Investigación y Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud	43
Reglamento de Publicaciones	44

EDITORIAL

Con mucha satisfacción presentamos el cuarto número de la Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, cuya publicación constituye un medio de comunicación importante para que investigadores, docentes, personal de apoyo universitario, graduados, estudiantes y trabajadores en terreno, vinculados con el área de las Ciencias de la Salud, puedan difundir las experiencias académicas (de docencia, extensión e investigación) que llevan adelante, sorteando los muchos inconvenientes que a veces surgen en el camino.

Nos parece muy importante sostener y dar continuidad a esta publicación y favorecer su difusión en distintas Instituciones de nuestra Región y de otras provincias de la Argentina. Por ello auguro que cada día se adhieran más lectores a nuestra Revista y que se sumen más autores que escriban acerca de sus experiencias, de manera de ofrecer fundamentos sobre los que otros podrán reflexionar y poder juntos contribuir a consolidar nuevas y mejores prácticas en el área de la salud.

Quiero agradecer a quienes hicieron posible que este número de la Revista pudiera ser publicado. En primer lugar, revalorizar el aporte de los autores y agradecer la valiosa colaboración y dedicación de los miembros del Comité de Referato. También deseo reconocer la tarea de la Comisión Editorial que aceptó los desafíos de continuar esta publicación, consciente de las dificultades y el tiempo que conlleva el proceso de preselección de trabajos, asegurando la calidad de los mismos, y con la esperanza de que la unión de los esfuerzos dé los resultados esperados. Cuantos más colaboradores estemos dispuestos a trabajar para que esta Revista sea publicada, podremos lograr una mayor difusión y reconocimiento de los resultados científicos alcanzados por quienes publican en ella. Nada es posible si no se hace entre todos; juntos lograremos mejorar las prácticas de docencia, extensión e investigación que se desarrollen en nuestra Facultad. El crecimiento se logra en conjunto, el crecimiento individual queda oculto y no trasciende a los demás.

Como Decana de esta Facultad, me cabe una última reflexión y es el reto de identificar y entusiasmar a autores potenciales y ampliar el espectro de temas a tratar en la Revista, que permitan la generación de conocimiento y el intercambio de experiencias vinculadas con la calidad de vida de la población.

Esp. María Inmaculada Passamai
DECANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



SEMBLANZA DEL DR. CECILIO MORÓN JIMÉNEZ

Jiménez, Marta Julia. *Lic. en Nutrición. Especialista en Docencia Universitaria.*
Prof. Titular cátedra Técnica Dietética – Facultad de Ciencias de la Salud.

Estas palabras intentan esbozar una semblanza del Dr. Cecilio Morón Jiménez para rendirle un humilde pero merecido tributo y reconocimiento a su figura.

El Dr. Cecilio Morón nació en Salta el 22 de junio de 1944 y se recibió de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de Córdoba, en 1968. En el INCAP/Universidad Nacional de San Carlos de Guatemala en el año 1973 se graduó de Magister Scientifcae en Bioquímica y Nutrición Humana, becado por la OMS. Realizó el curso Diplomado en Organización y Administración Hospitalaria en la Universidad Nacional de Salta, en 1980 y fue reconocido como Especialista en Nutrición en el año 1984 por el Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta.

En su actividad de gestión y docencia universitaria siempre ocupó un lugar destacado por sus condiciones y cualidades profesionales y humanas. Como docente nos acompañó a la primera promoción de la Lic. en Nutrición, de la cual formó parte, desde los primeros años de la carrera hasta el examen final de la Tesis. Recuerdo que en forma permanente nos estimulaba a estudiar, profundizar, ampliar e investigar sobre los temas que nos enseñaban. Desde muy jóvenes quiso que integráramos equipos de proyectos de investigación y nos instaba a participar de los congresos de la especialidad en forma activa, mediante la presentación de trabajos. Para ello dedicaba tiempo extra para la elaboración conjunta, y al ver su dedicación y contracción al estudio no nos quedaba más remedio que imitarlo e ir los sábados a la tarde para consulta, corrección y revisión de los documentos. Cecilio fue exigente, como todos los docentes de esa época en que se inició la carrera de Lic. en Nutrición, pero esa exigencia nos ayudó a SER, APRENDER Y HACER, tratando de cumplir el mandato fundacional de nuestro mentor el Dr. Oñativia, quien definía al Nutricionista como *“Un profesional de nivel universitario, calificado por su formación y experiencia para actuar en los Servicios de Salud Pública y Atención Médica, que con una filosofía humanista se identifique con los problemas de nutrición de la comunidad y comprometa su actuación en la solución de ellos, con el fin de mejorar la nutrición humana, esencial para el desarrollo y mantenimiento del más alto nivel de salud”*.

En este desafío estuvo presente y muy comprometido Cecilio con su extraordinaria capacidad de gestión, su voluntad inquebrantable y excelente desempeño en la tarea docente. Fue Director del Departamento de Ciencias de la Salud desde 1976 hasta 1983 y, por el cambio de estructura académica en la Universidad, luego fue Decano de la Facultad desde 1983 a 1984. Fue nuestro Profesor en la Carrera de Nutrición desde 1974 a 1983 en varias materias, Bioquímica, Nutrición Básica, Dietoterapia del Adulto, como así también miembro y coordinador de la Comisión de Carrera de Nutrición. Además, para complementar nuestra formación y la formación de los docentes, organizó y dictó cursos de diversas áreas de la especialidad durante esos diez años que estuvo con nosotros.

No sólo era exigente con los estudiantes sino también con los docentes de la carrera. Recuerdo que al llegar a la finalización de mi trabajo de Tesis, uno de mis asesores demoró en la revisión y Cecilio que monitoreaba personalmente la ejecución de los trabajos, un día me llamó para preguntarme por qué no había presentado aún mi Tesis, porque conocía que ya había sido entregada al Comité Asesor. Cuando le comenté la razón, inmediatamente llamó al docente para apresurar el trámite y así pude

recibirme siendo una de las primeras 4 Licenciadas en Nutrición del país, exactamente a los 5 años de cursado de la carrera.

Otros aspectos que merecen destacarse son la responsabilidad, la disciplina, el método de estudio y la puntualidad, que siempre trató de inculcarnos a través del ejemplo. La primera oportunidad que tuvimos de participar en un Congreso Nacional en calidad de estudiantes, fue en Buenos Aires y él personalmente se encargó de gestionar la movilidad para nuestra participación. Las actividades comenzaban a las 8.30 h. y como estábamos distribuidos en diversos lugares no siempre llegábamos a tiempo. Cecilio se encargaba de recordarnos que debíamos ser puntuales; cuando llegábamos a la sede del congreso, él nos estaba esperando en la puerta y nos decía *“apuren que ya comienza la conferencia”, “vinimos al Congreso y hay que aprovechar”...*

Su vocación docente ya se evidenció en su etapa de estudiante en la Universidad Nacional de Córdoba, siendo ayudante de diferentes cátedras de la carrera de Medicina. Su estudio por la problemática nutricional lo llevó a desempeñar funciones y cargos muy importantes, entre otros Vicedirector (1980-1982) y Director del Instituto de Endocrinología y Metabolismo de Salta, Argentina (1983) y, a nivel internacional, Oficial Regional de Política Alimentaria y Nutrición (1984-1994) y Oficial Principal de Política Alimentaria y Nutrición (1994-2006) de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe en Santiago de Chile. Desde allí, incentivó a los graduados en Nutrición a perfeccionarse en postgrados y maestrías, haciendo llegar a nuestra Facultad toda la información disponible de cursos y becas, instándonos a presentarnos a concurso de jóvenes Consultores Expertos de organismos internacionales como la FAO, a los cuales muchas de nosotras no nos animamos. Cuando alguna de nosotras iba a Chile a realizar algún curso o pasantía, Cecilio asumía el rol de protector, anfitrión y guía que nos hacía sentir acompañadas y seguras a pesar de estar lejos de casa.

Fue autor de 24 trabajos de investigación publicados sobre alimentación, nutrición y endocrinología, y de 44 trabajos presentados en congresos. Como funcionario de la FAO publicó numerosos informes de reuniones y documentos técnicos, y es coautor, editor y revisor de 9 libros y 4 videos de la FAO sobre alimentación y nutrición. Dictó conferencias sobre temas de planificación y vigilancia alimentaria y nutricional, educación alimentaria y nutricional, calidad e inocuidad alimentaria y composición de alimentos.

Fue miembro de numerosas sociedades científicas, fue asesor de la ONG Nutrición sin Fronteras y de la Red Latinoamericana de Composición de Alimentos (LATINFOODS). Asimismo fue miembro de comités editoriales de revistas de nutrición y salud, entre ellas la Revista de nuestra Facultad, en la cual tuvimos el honor de contarlo como miembro el Comité de Referato.

Fue distinguido con premios por sus trabajos científicos sobre el bocio en la provincia de Salta y en reconocimiento al trabajo en el campo de inocuidad y calidad de alimentos y reforzamiento de los Comités Nacionales del Codex en los países de América del Sur.

Es destacable también su actividad como artista plástico, diplomado en Estudios en Arte con mención en Pintura y Dibujo en la Escuela de Arte de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en 1998 y 2001, obteniendo premios por sus trabajos.

Cuando se retiró de su actividad laboral en Chile, volvió a Salta y se dedicó de lleno a la actividad cultural, Fue presidente del Mozarteum y realizó una brillante y prolífica gestión durante el año 2012.

En un justo reconocimiento a su trayectoria en el campo de la política alimentaria y nutricional fue designado Profesor Honorario de nuestra Universidad Nacional de Salta, en el año 2011. Como es sabido, los Profesores Honorarios son personalidades eminentes en el campo intelectual o artístico a quienes la Universidad honra especialmente con esta designación.

Para finalizar sólo anhelo que estas líneas, constituyan un pequeño pero sincero homenaje a quien en todo lo que hizo, brindó lo mejor de sí. Falleció en su tierra natal el 11 de enero de 2013.

MUCHAS GRACIAS CECILIO!

ESTUDIO DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN LA CIUDAD DE TARTAGAL, SALTA; CON USO DE DATOS CENSALES.

ASSESSMENT OF SOCIAL VULNERABILITY IN THE CITY OF TARTAGAL USING CENSUS DATA.

Abeldaño, Roberto Ariel¹; Fernández, A Ruth²; Estario, Juan Carlos³,
Romero Gladis Marta⁴, Figueroa, Olver⁵.

RESUMEN

En la ciudad de Tartagal, el 9 de Febrero de 2009 una precipitación de gran intensidad causó una gran crecida del río que, además del gran caudal de agua, incluía árboles y sedimentos; esto provocó primero el desborde del río a la altura del puente de la Av. Packham, y un posterior alud sobre la ciudad, causando 3 muertos y más de mil evacuados.

La ocurrencia de un evento natural sea de aparición extraordinaria o no, no necesariamente provocará un desastre en la comunidad, se acepta que para que un desastre impacte en una comunidad tienen que converger dos situaciones, por un lado la amenaza natural y por otro lado la vulnerabilidad de esa comunidad a los efectos del desastre. Esas interacciones pueden ser entendidas como una red de relaciones activas y dinámicas entre sus elementos: sociedad-amenaza-vulnerabilidad.

Los objetivos del trabajo fueron: Analizar la vulnerabilidad social de la ciudad de Tartagal, a través de variables censales; e identificar las zonas urbanas socialmente vulnerables en la ciudad.

Se realizó un análisis descriptivo de la base de datos correspondiente a los datos de la provincia de Salta del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, procesados a través de Redatam + SP Process. Se construyeron indicadores sociales a partir de las dimensiones: hacinamiento del hogar, calidad de los materiales de la vivienda, carga de dependencia sobre los perceptores de ingresos, las posibilidades de acceso al sistema de salud, y aspectos educativos del hogar. Los resultados obtenidos dan cuenta de que las zonas más alejadas a la región centro son las más postergadas y fundamentalmente los radios de la región este y noroeste de la ciudad. Se destaca la cantidad de hogares que acumulan 2 o más dimensiones de vulnerabilidad.

Palabras clave: Análisis de vulnerabilidad, desastres.

INTRODUCCIÓN

El 9 de Febrero una precipitación de gran intensidad causó una gran crecida del río que, además del gran caudal de agua, incluía árboles y sedimentos (lodo). El caudal de agua, lodo y material arbóreo provocó primero el desborde del río a la altura del puente de la Av. Packham, más tarde se produjo el colapso de la estructura del puente ferroviario, cayendo al cauce y provocando su taponamiento por acumulación de troncos contra la estructura caída y consecuentemente un desborde mucho más importante que el que ya se había producido **momentos antes**. Esa salida del cauce de un gran caudal de agua, lodo y árboles irrumpió por ambos márgenes hacia la ciudad, provocando 3 muertos, una decena de desaparecidos y más de mil evacuados (Adler, 2009).

Una situación de desastre ocurre cuando una amenaza de origen natural, socio-natural o antrópico se expresa en un evento real y bajo ciertas condiciones de vulnerabilidad de la comunidad afectada

¹ Doctorando en Demografía. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

² Profesora Titular. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

³ Director de la Maestría en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

⁴ Departamento de Sistemas de Información Geográfica. Dirección de Estadísticas de la Provincia de Salta.

⁵ Departamento de Sistemas de Información Geográfica. Dirección de Estadísticas de la Provincia de Salta.

(García Renedo, 2007). Se entiende por amenaza a un factor externo a los sujetos o a la comunidad, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural o antrópico, que puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas; mientras que el concepto de vulnerabilidad se refiere a un factor interno al sujeto, a la familia o a la comunidad, que corresponde a su disposición o probabilidad intrínseca a ser dañado o dañada. El concepto de riesgo hace alusión a la probabilidad de exceder un valor específico de daños sociales, ambientales y económicos, en un lugar específico y durante un tiempo de exposición determinado (Rahal y Ledesma, 2006).

Siguiendo a Wilches-Chaux (1993), la ocurrencia de un evento natural sea de aparición extraordinaria o no, no necesariamente provocará un desastre en la comunidad; para que un desastre impacte en una comunidad tienen que converger dos situaciones, por un lado la amenaza natural y por otro lado la vulnerabilidad de esa comunidad a los efectos del desastre. Esas interacciones pueden ser entendidas como una red de relaciones activas y dinámicas entre sus elementos: sociedad-amenaza-vulnerabilidad. En consecuencia, la ocurrencia de un desastre puede estar dividida en dos fases, la primera es debida a la generación de cualquier tipo de amenaza, sea física, biológica o antrópica, paralelamente relacionada a la vulnerabilidad construida por la propia sociedad, entonces todo ello confluye en un único evento que afecta y desestabiliza a la sociedad, y esto se conoce como riesgo y es la segunda fase (Oliva Aguilar, 1994; Lavell, 1996; Macías, 1999). El resultante es entonces un riesgo no manejado, y podría graficarse según la siguiente ecuación:

$$A \text{ (Amenaza)} \times V \text{ (Vulnerabilidad)} = R \text{ (Riesgo)} \rightarrow D \text{ (Desastre)}$$

Si bien la vulnerabilidad es un factor intrínseco al sujeto o a las familias, diversos autores (Katzman, 2000; Pizarro, 2001; Kohler, 2004 y Ramirez 2007) concuerdan en que la vulnerabilidad desde una perspectiva social se manifiesta en distintas dimensiones de la vida social: el capital social, el capital humano, el trabajo, entre otros; en ese sentido, Wilches-Chaux (1993) advierte que debe notarse que la vulnerabilidad surge como un fenómeno de característica global que es consecuencia de la interacción dinámica de esos múltiples factores mencionados en una comunidad determinada. Desde ese enfoque, la vulnerabilidad social definirá el grado de exposición de una familia o una comunidad, dada la probabilidad de ocurrencia de un peligro potencialmente dañino, y la insuficiencia o incapacidad de protegerse, como un proceso multidimensional y dinámico que confluye en el riesgo de esos colectivos sociales de ser afectados por un desastre (Busso, 2001; Sánchez, 2010).

Las experiencias metodológicas en América Latina en relación a la medición de la vulnerabilidad son diversas, y la mayoría de ellas coinciden en definir un conjunto de indicadores ligados a la situación de pobreza, considerando dimensiones relativas al capital humano, los activos físicos, financieros y sociales. Así también, algunas propuestas remiten a la construcción de indicadores derivados de información proveniente de encuestas de hogares o de censos, valiéndose de las ventajas de las fuentes censales para realizar desagregaciones por áreas geográficas. En este sentido, la metodología desarrollada por Melina Con (2009) se orienta hacia la captación de los activos o recursos requeridos para el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el medio (Katzman, 1999), a los que acceden e instrumentan los hogares para reducir sus probabilidades de riesgo, enfocando a la vulnerabilidad como una problemática heterogénea, dinámica, multicausal, de carácter coyuntural, pero también condicionada por cuestiones estructurales.

Fueron objetivos de este trabajo los siguientes:

- Analizar la vulnerabilidad social de la ciudad de Tartagal, a través de variables censales.
- Identificar las zonas urbanas socialmente vulnerables en la ciudad de Tartagal.

METODOLOGÍA Y FUENTES DE DATOS

Se realizó un trabajo de investigación de alcance descriptivo y de corte transversal con empleo de bases de datos secundarias para la evaluación de la vulnerabilidad social de la ciudad de Tartagal. La base de datos utilizada corresponde a los datos de los radios censales urbanos de la ciudad de Tartagal, (Salta) del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2001 (INDEC, 2001), procesados a través de Redatam + SP Process. Se construyeron índices de acuerdo a la metodología empleada por Melina Con (2009), en donde se contemplaron las siguientes dimensiones:

- Activos materiales: 1) hacinamiento del hogar; 2) calidad de los materiales de la vivienda; y 3) carga de dependencia sobre los perceptores de ingresos.
- Activos no materiales: 4) las posibilidades de acceso al sistema de salud; y 5) aspectos educativos del hogar.

Las 5 dimensiones fueron creadas a partir de variables presentes en la entidad persona y/o en la entidad hogar. La unidad de análisis fue el hogar, de manera que cada componente del indicador final fue creado para la entidad hogar.

En virtud de que cada dimensión se expresa en cada hogar en distintos niveles de intensidad, se utilizaron ponderaciones para cada una de las dimensiones (ver tabla 1), con lo cual al sumar las 5 dimensiones en un indicador final se obtuvo un Índice de Vulnerabilidad Social (IVS) para cada hogar que puede tomar un valor entre 0 y 1.

Tabla N°1. Dimensiones del Índice de Vulnerabilidad Social y ponderaciones según dimensiones.

Dimensión	Ponderación
Hogar con hacinamiento de más de 2 y hasta 3 personas por cuarto	0,10
Hogar con hacinamiento de más de 3 personas por cuarto	0,15
Hogar en vivienda con calidad material "moderada" (Calmat 3)	0,10
Hogar en vivienda con calidad material "crítica" (Calmat 4 o 5)	0,15
Hogar con 2 o más integrantes por cada miembro jubilado, y sin ocupados.	0,30
Hogar con 5 o más integrantes por cada miembro ocupado, y sin jubilados.	0,30
Hogar que no recibe ingresos por trabajo, ni jubilación, ni pensión	0,30
Hogar con al menos un integrante sin cobertura de salud	0,15
Hogar con un promedio de años de escolarización de hasta 7, en los integrantes de 18 años y más.	0,25
Hogar con un promedio de años de escolarización mayor a 7 y menor a 12, en los integrantes de 18 años y más.	0,10

Cabe aclarar que en la construcción del indicador y en la estructura de ponderaciones, la mayor importancia es ocupada por la dimensión ocupacional (carga de dependencia de los perceptores de ingresos), dado que la vinculación de la población con el mercado de trabajo se convierte en un factor clave de la vulnerabilidad social, ya que los ingresos monetarios pueden modificar la situación de inclusión/exclusión social de forma más inmediata (Con, 2009:5) y con repercusión sobre las otras dimensiones analizadas.

Se excluyeron del procesamiento a los hogares que:

1. No contenían información en alguna de las variables definidas.
2. Los hogares que tienen servicio doméstico que reside en esas viviendas, ya que podría adjudicar características de vivienda a un hogar que probablemente no las tenga.

3. Por el mismo motivo del punto anterior se excluyeron del procesamiento a los hogares que residen en instituciones colectivas.

Para representar cartográficamente la situación de vulnerabilidad social en cada radio urbano de la ciudad de Tartagal, se promediaron los IVS obtenidos de cada hogar dentro del radio censal y se generaron representaciones cartográficas empleando el programa gvSIG.

RESULTADOS

En el análisis de la vulnerabilidad ingresaron un total de 13.174 hogares en un total de 50 radios urbanos en la ciudad de Tartagal, mientras que quedaron excluidos del análisis 2.501 hogares de acuerdo a los criterios de exclusión mencionados en párrafos anteriores. En la tabla N°2 se puede observar la frecuencia de hogares según el IVS obtenido, aquí se puede destacar que aproximadamente el 65% de los hogares, en términos de frecuencia acumulada presentaron un IVS igual o superior a 0,40, con lo cual puede deducirse que "al menos" dos dimensiones del indicador de vulnerabilidad están presentes en esos hogares.

Por otro lado, en 816 hogares se obtuvo un indicador de 0,00, es decir sin manifestaciones de vulnerabilidad social; mientras que en 839 hogares se obtuvo un índice de 1, es decir, hogares en los que están presentes todas las dimensiones de vulnerabilidad analizadas.

Tabla N°2. Frecuencia de hogares de la ciudad de Tartagal según IVS ponderado. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

IVS	Casos	Porcentaje	Acumulado %
0	816	6,2	6,2
0,1	222	1,7	7,9
0,15	868	6,6	14,5
0,2	23	0,2	14,6
0,25	654	5,0	19,6
0,3	1098	8,3	27,9
0,35	215	1,6	29,6
0,4	741	5,6	35,2
0,45	1.205	9,1	44,3
0,5	654	5,0	49,3
0,55	1.517	11,5	60,8
0,6	251	1,9	62,7
0,65	636	4,8	67,6
0,7	1.075	8,2	75,7
0,75	118	0,9	76,6
0,8	745	5,7	82,3
0,85	683	5,2	87,5
0,9	226	1,7	89,2
0,95	588	4,5	93,6
1	839	6,4	100,0
Total	13.174	100,0	100,0

Elaboración propia en base a datos del CNPV, INDEC 2001.

Al promediar a nivel de radios censales los IVS obtenidos en cada hogar, se obtuvo también un promedio que sirvió de referencia para observar cuántos y cuáles radios se encontraban por debajo o por arriba de la media, situada en 0,42. Se observó que 23 de los 50 radios estudiados tenían un IVS superior al promedio obtenido, como puede observarse en la tabla N°3.

Tabla N°3. Promedios de IVS por radios urbanos de la ciudad de Tartagal. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

N°	Provincia	Departamento	Fracción censal	Radio censal	IVS por radio censal
1	66	056	07	04	0,18
2	66	056	07	28	0,18
3	66	056	08	01	0,19
4	66	056	07	23	0,22
5	66	056	07	27	0,25
6	66	056	07	22	0,26
7	66	056	07	03	0,27
8	66	056	07	26	0,27
9	66	056	08	03	0,28
10	66	056	07	24	0,29
11	66	056	07	18	0,30
12	66	056	07	20	0,31
13	66	056	07	21	0,31
14	66	056	08	16	0,31
15	66	056	08	12	0,33
16	66	056	07	05	0,34
17	66	056	07	19	0,34
18	66	056	04	02	0,35
19	66	056	07	25	0,35
20	66	056	08	04	0,37
21	66	056	08	07	0,37
22	66	056	08	10	0,37
23	66	056	08	14	0,37
24	66	056	08	13	0,39
25	66	056	07	16	0,40
26	66	056	08	02	0,40
27	66	056	08	11	0,41
28	66	056	07	09	0,42
29	66	056	07	12	0,42
30	66	056	08	17	0,43
31	66	056	07	17	0,44
32	66	056	08	05	0,44
33	66	056	07	11	0,47
34	66	056	08	15	0,48
35	66	056	08	18	0,49
36	66	056	07	10	0,50
37	66	056	08	06	0,50
38	66	056	07	02	0,53
39	66	056	07	15	0,53
40	66	056	07	06	0,55
41	66	056	07	14	0,58
42	66	056	07	13	0,60
43	66	056	04	03	0,61
44	66	056	08	08	0,61
45	66	056	08	09	0,61
46	66	056	07	08	0,62
47	66	056	07	01	0,63
48	66	056	03	02	0,67
49	66	056	07	07	0,70
50	66	056	03	04	0,73

Elaboración propia en base a datos del CNPV, INDEC 2001.

Para poder visualizar cómo se distribuye el indicador de vulnerabilidad a nivel geográfico en los 50 radios censales de Tartagal, se generó una representación cartográfica, a través de gvSIG, utilizando la variable creada: Promedio de IVS por radios censales..

CONCLUSIONES

Las situaciones de desastre han afectado de manera recurrente en los últimos años a la ciudad de Tartagal, situada al norte de la provincia de Salta. En este sentido, existe una dimensión social vinculada a los desastres, ya que cualquier hogar que no disponga de ciertos recursos y estrategias para superar situaciones de riesgo, puede considerarse como vulnerable. Aplicado al estudio de los desastres, el análisis de la vulnerabilidad implica la identificación de los riesgos o amenazas y también de la resiliencia para resistir o recuperarse de los efectos negativos de un entorno cambiante. Así, los medios con los que cuenta una familia para resistir o recuperarse son los bienes que poseen y que luego movilizan para hacer frente a las amenazas; de esa manera, la vulnerabilidad de los individuos y de las familias estará estrechamente vinculada a la propiedad de ciertos activos, mientras más activos posea la gente, menos vulnerables serán, y cuanto mayor sea la erosión de esos activos, mayor será la vulnerabilidad y la inseguridad asociada.

Los resultados obtenidos dan cuenta de que las zonas más alejadas a la región centro de la ciudad son las más postergadas y fundamentalmente los radios urbanos de la región este y noroeste; como así también es importante la cantidad de hogares que acumulan 2 o más dimensiones de vulnerabilidad, valor que coloca a estos hogares por encima de la media obtenida para la ciudad.

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Sistemas de Información Geográfica de la Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Salta, Argentina, por su aporte en la provisión de las coberturas cartográficas necesarias para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler, F. (2009). "El desastre natural de Tartagal (provincia de Salta, Argentina)". Revista Investigación y Desarrollo, N° 31, pp. 2-6. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.
2. BUSSO, G. (2001). Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Santiago de Chile: CEPAL. <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>
3. Con, M. (2009) "¿Somos todos vulnerables? La vulnerabilidad y su heterogeneidad en la Región Metropolitana de Buenos Aires". Redatam Informa. 15:5-10. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.
4. García Ranedo, M. (2007). Psicología y desastres: Aspectos Psicosociales. Barcelona: Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
5. INDEC "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001". Disponible en <http://www.indec.gov.ar/>
6. Kaztman, R. (1999). Activos y estructuras de oportunidades: estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. Uruguay: Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD.
7. Kaztman, R. (2000). "Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social". Serie Documentos de Trabajo del IPES – Colección Aportes Conceptuales N° 2. Montevideo, Universidad Católica de Uruguay.
8. Kohler, A; Jülich, S; Bloemertz, L. (2004). El análisis de riesgo. Una base para la gestión de riesgo de desastres naturales. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Eschborn.
9. Pizarro, R. (2001). "La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina". Serie Estudios estadísticos y prospectivos. Santiago de Chile: CEPAL.

10. Rahal, A; Ledesma, J. (2007). "Gestión de Riesgos. Áreas y Componentes. Intervención Psicológica en Emergencias y Desastres". En Manual de Salud Pública. 1ª Ed. Córdoba. Encuentro Grupo Editor.
11. Ramirez, L. (2007). Vulnerabilidad sanitaria y epidemiológica. Aportes metodológicos que permiten definir las áreas sanitarias y epidemiológicas críticas y la población en riesgo en la provincia del Chaco. En Aportes conceptuales y empíricos de la vulnerabilidad global. 1ª ed. Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste.
12. Sánchez, D; Jiménez, C. (2010). "Reflexión sobre la vulnerabilidad social: concepto, enfoques, métodos y líneas de investigación". Ponencia presentada en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba.
13. Wilches-Chaux, G. (1993). Vulnerabilidad global. En Los desastres no son naturales. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina.
14. Oliva Aguilar, V; Garza Merodio, G; Alcántara Ayala, I. (2011). "Configuration and temporal dimension of vulnerability: mestizo spaces and disasters in the Sierra Norte de Puebla". Investigaciones geográficas, (75), 61-74.
15. Macías, J. (1999). Desastres y protección civil, problemas sociales, políticos y organizacionales, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico City.
16. Lavell, A. (1996). "Degradación ambiental, riesgo y desastre urbano. Problemas y conceptos: hacia la definición de una agenda de investigación". En Ciudades en riesgo degradación ambiental, riesgos urbanos y desastres. Ecuador: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON RETRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, EN EL HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO DE SALTA CAPITAL. AÑOS 2010 A 2012

EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS RETREATMENT IN THE HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. SALTA. YEARS 2010-2012

Ola, Estela. *Licenciada en Nutrición, Especialista en Identificación, Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión. Docente-Investigadora - Universidad Nacional de Salta.*

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de los pacientes con retratamiento de tuberculosis internados en el Hospital Señor del Milagro de la ciudad de Salta, años 2010- 2012.

Metodología: De 45 casos se evaluaron 11 pacientes internados con retratamiento por tuberculosis. Se aplicó el método antropométrico, según el ISAK (International Society for the Advancement of Anthropometry). Se estudiaron: Índice de Masa Corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal, pliegue cutáneo tricípital, somatotipo y se calculó el metabolismo basal.

Resultados: El 63 % presentó algún grado de desnutrición según el IMC, el 27 % presentó desnutrición grave, similar porcentaje (27 %) leve y un 9 % moderada. Solamente un 37 % se encontró dentro de la normalidad. Un 36 % con un porcentaje de grasa corporal "no saludable" (muy bajo). Según la medida del pliegue cutáneo tricípital, la mayoría se encontró en una situación de déficit severo. El somatotipo reveló baja adiposidad, bajo desarrollo musculo-esquelético y elevada linealidad relativa.

Conclusiones: Los pacientes presentaron distintos grados de deficiencia nutricional. El déficit podría poner en riesgo la recuperación debido a una inadecuada respuesta del organismo ante situaciones patológicas.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que generalmente afecta a los pulmones. Dicha infección se transmite de persona a persona a través del aire, cuando un paciente con tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe. La tuberculosis es una enfermedad curable y prevenible.

Aproximadamente un tercio de la población mundial tiene tuberculosis latente, es decir están infectadas por el bacilo pero aún no han desarrollado la enfermedad ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas tienen un riesgo de un 10%, de enfermar de tuberculosis, a lo largo de la vida. No obstante, el riesgo es elevado para las personas con inmunodeficiencia, tal es el caso de infección por el VIH, desnutrición, diabetes, o tabaquismo. La enfermedad presenta síntomas como tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, que pueden ser leves y persistir durante varios meses. De esta manera los pacientes tardan en realizar la consulta médica y transmiten la bacteria a otras personas. Un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho, por año.

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, la primera es el SIDA.(1)

Según el informe mundial de tuberculosis 2012 publicado por la Organización Mundial de la Salud, se mantienen los progresos hacia la consecución de las metas mundiales de reducción de tuberculosis y muertes por esta causa, sin embargo la carga de TBC sigue siendo elevada. El acceso al tratamiento se ha ampliado considerablemente, aunque los progresos, en relación a la multirresistencia, siguen siendo lentos. En cuanto al desarrollo de nuevos fármacos se han

observado avances no obstante la financiación para su tratamiento es deficitario. Se logró ampliar la colaboración entre tuberculosis y VIH, aunque las intervenciones para detectar tuberculosis entre los VIH, es responsabilidad de los programas de VIH. (2)

El VIH debilita el sistema inmunitario, aumentando el riesgo de que la infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa. Asimismo los pacientes infectados por el VIH tienen hasta 50 veces mayor probabilidad de sufrir TB a lo largo de su vida, en relación a los no infectados. El VIH también aumenta el riesgo de recidiva en pacientes tratados anteriormente de TB. (3)

Un elevado número de casos deben efectuar retratamiento como consecuencia de diversas situaciones: a) **fracaso terapéutico**: aparición de cultivos positivos en el transcurso del tratamiento o tras negativización; b) **recada**, cuando hay actividad bacteriológica luego de que el paciente se ha dado por curado con tratamiento correcto, manifestándose en los 5 años después del tratamiento; c) **abandono parcial o total de la medicación**, d) **mala adherencia al tratamiento**, cuando el manejo de los tratamientos con interrupciones no se cumplen según el algoritmo propuesto por las autoridades sanitarias. (4)

Un buen estado nutricional es determinante para la recuperación de los pacientes con enfermedades infecciosas como la tuberculosis. Una nutrición adecuada mejora la inmunidad de estos pacientes, contribuyendo a la recuperación y evitando complicaciones debido a la carencia de nutrientes esenciales.

La desnutrición asociada a la tuberculosis tiene grandes repercusiones en los diferentes órganos y sistemas y en general empeora el pronóstico evolutivo incrementando la morbimortalidad. (5)

Cabe destacar que el presente trabajo muestra resultados parciales del Proyecto de Investigación N° 1872 del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta.

OBJETIVO

Valorar el estado nutricional de los casos de retratamiento de tuberculosis internados en el Hospital Señor del Milagro de la ciudad de Salta, en el período 2010-2012.

MATERIAL Y MÉTODO

De un total de 45 pacientes internados se estudiaron 11 casos: 9 varones y 2 mujeres. Se aplicó el método antropométrico, utilizando el protocolo propuesto por ISAK (International Society for the Advancement of Anthropometry).(6) Se determinó el Índice de Masa Corporal, se calculó el porcentaje de grasa corporal, mediante la fórmula de Siri. (7) se comparó el valor del Pliegue Cutáneo Tricipital con los estándares propuestos por Planas Vilá y cols.(8,9) Para el cálculo del somatotipo se utilizaron las siguientes mediciones: Peso, talla, pliegues (tríceps, subescapular, supraespinal, bíceps, pantorrilla) diámetros: húmero y fémur; perímetros: brazo y pantorrilla.(6) También se calculó la tasa de metabolismo basal (Kcal/día) aplicando la ecuación de Harris & Benedict.(10)

Los estándares utilizados fueron los siguientes:

Índice de Masa Corporal: $\text{Peso Corporal (Kg) / Altura (metro)}^2$

Normalidad: 18,5 – 24,9 Kg/m²

Desnutrición leve: 17 – 18,5 Kg/m²

Desnutrición moderada: 16-16,9 Kg/m²

Desnutrición grave: < 16 Kg/m² (7)

Porcentaje de grasa corporal:

Para calcular el porcentaje de grasa se empleó la fórmula de Siri:

$$\text{Porcentaje de grasa corporal} = ((4,95/D) - 4,5) \times 100$$

Donde D representa la densidad corporal calculada por medio de las ecuaciones de regresión de Durnin y Womersley, que utiliza la suma de los 4 pliegues cutáneos (bicipital, tricípital, subescapular y supraílica).

$$D = C - M \times \log (PT+PB+PS+PA)$$

Donde C y M son dos coeficientes publicados por Durnin y Womersley en 1974, según edad y sexo. Los porcentajes se interpretaron según los intervalos normales por grupo de edad y sexo que se presentan a continuación.

Tabla I
Puntos de corte para evaluar el porcentaje de grasa corporal por sexo.

Porcentaje de Grasa (%)		Interpretación
Hombres	Mujeres	
≤ 5	≤ 8	No saludable (muy bajo)
6-15	9-23	Aceptable, (bajo)
16-24	24-31	Aceptable (alto)
≥ 25	≥ 32	No saludable: obesidad (muy alto)

Fuente: Saverza Fernández A y cols Pag 75 (11)

Pliegue Cutáneo Tricípital: El pliegue cutáneo tricípital estima el contenido adiposo (reserva energética). Las medidas fueron contrastadas con los patrones de referencia expresados en percentiles y según grupos etarios. Según Planas Vilá M y cols, cuando dichos percentiles se utilizan como medida estándar, se considera los siguientes puntos de corte

Normal P 15 – P 85
Déficit leve: P 10 – P 15
Déficit Moderado: P 5 – P 10
Déficit Grave: < P 5

Somatotipo de Heath & Carter: El somatotipo se define como la cuantificación de la forma corporal. Se expresa en una escala de tres números representando la Endomorfia, la Mesomorfia y la Ectomorfia respectivamente. Brinda un resumen cuantitativo del físico como un total unificado. El endomorfismo representa la adiposidad relativa, el mesomorfismo indica la robustez o magnitud muscular relativa y el ectomorfismo la linealidad relativa o delgadez.

En cada componente: Endomorfia, Mesomorfia y Ectomorfia, las calificaciones fueron las siguientes:

1 - 2,5	Baja
3 a 5	Moderada
5,5 a 7	Altas,
7,5 o más,	Muy altas.(6)

Metabolismo Basal: (Kcal/día) Para predecir la cantidad de energía que los pacientes requerían, para el metabolismo basal se utilizó la fórmula de Harris Benedict

En varones:

$$GEB = 66,5 - (13,74 * p) + (5,03 * A) - (6,75 * E)$$

En mujeres:

$$GER \text{ O } GEB = 665,1 + (9,56 * P) + (1,85 * A) - 4,68 * E$$

Donde: P = Peso corporal Kg , Altura en cm y E = edad en años (10)

RESULTADOS

Se trata de una población joven, en edad de trabajar y en algunos casos de estudiar. Como se observa a continuación, el grupo etario predominante fue de 20 a 30 años, aunque ninguno sobrepasó de los 45 años.

Como se muestra en la Tabla II la mayoría de los evaluados pertenecieron al sexo masculino: 9 personas y solamente 2 al sexo femenino. El peso en promedio de los varones fue de 53,9 Kg mientras que el de las mujeres fue menor: 38,1 Kg.

Tabla II
Distribución de casos de retratamiento de Tuberculosis evaluados Antropométricamente, según edad y sexo. Hospital Señor del Milagro. Salta, 2010 a 2012.

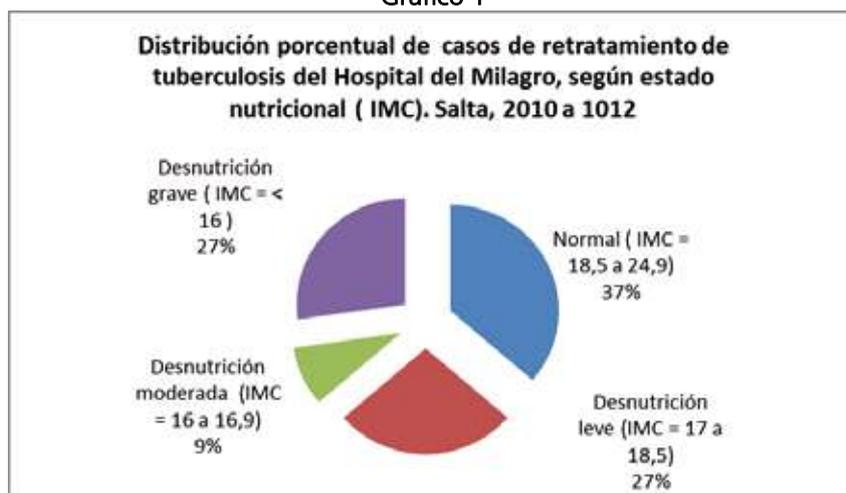
Grupo etáreo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
20 a 30 años	5	1	6
30 a 40 años	1		1
40 a 50 años	3	1	4
Total	9	2	11

La media de talla alcanzada para los varones fue de 169,8 cm y 160,2 cm en el caso de las mujeres. Se estima que la talla no estuvo afectada, posiblemente debido a que la patología fue adquirida en la edad adulta.

Según el IMC la mayor parte presentó algún grado de desnutrición: el 27 % se encontraba con desnutrición grave, (IMC < a 16 Kg/m²), similares proporciones (27 %) presentaron desnutrición leve y un 9 % desnutrición moderada. Este indicador, tiene un valor pronóstico, y se acepta que valores tan bajos como < de 16 Kg/ m², se acompaña de un aumento de morbilidad. Solamente un 37 % se encontraron dentro de la normalidad.

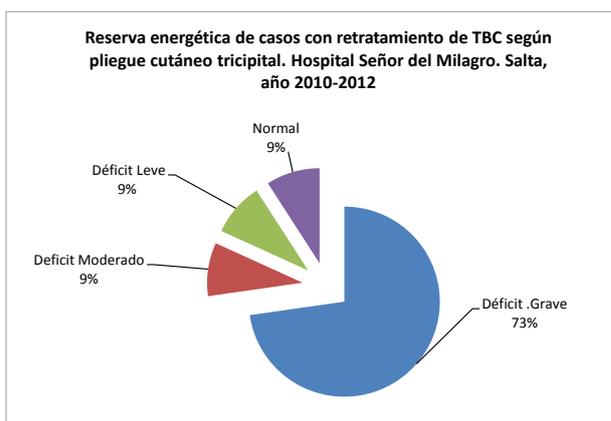
Cabe destacar que algunos de estos pacientes consumen drogas, alcohol o son HIV positivos. Esto agravaría la situación de salud de los mismos, por lo que se hace necesario monitorear el estado nutricional y valorar una intervención nutricional precoz.

Gráfico 1



Al medir el pliegue cutáneo tricipital, para determinar la reserva energética, se observó que la mayoría se encontraba en una situación de déficit y el 73 % presentaba déficit grave, Solo una persona (9%) estuvo dentro de los valores de normalidad.

Gráfico 2



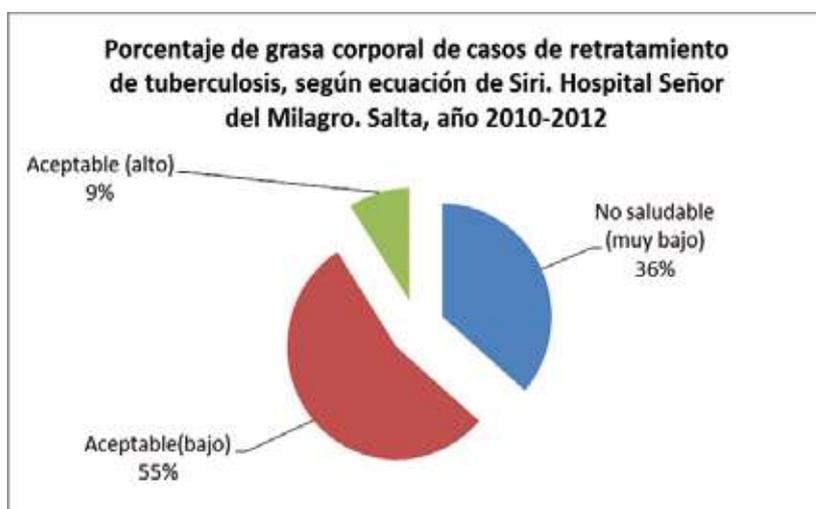
En relación al porcentaje de grasa corporal, el 36 % de los pacientes tienen una reserva de grasa **no saludable** (muy baja), un 55 % **aceptable (baja)** y solo una pequeña proporción se encuentra en los niveles **aceptable (alta)**.

Comparando los resultados que arrojaron el análisis del pliegue cutáneo tricípital y el porcentaje de grasa corporal calculado mediante fórmula, se ponen en evidencia las diferencias en la distribución de la grasa corporal en las distintas áreas del organismo. Se considera conveniente incorporar otros indicadores de composición corporal para tener una mayor aproximación a la reserva energética de estos pacientes.

Las causas de la desnutrición en estos pacientes pueden ser múltiples: posiblemente sufran de anorexia condicionada por la medicación a la que son sometidos, sobre todo cuando existe una infección por HIV. Además la presencia de infecciones oportunistas suelen afectar la absorción intestinal. Es posible que requieran de algún tipo de suplementación ya que de esta manera se estaría promoviendo una mejor respuesta inmunitaria y así evitar mayores complicaciones. Por otro lado el nivel socioeconómico al que pertenecen también constituyen factores condicionantes en relación al acceso a los alimentos.

En un estudio realizado en Monterrey (México) en pacientes con tuberculosis se demostró que la accesibilidad a los alimentos mostró una asociación estadísticamente significativa con desnutrición.(12), por lo que sería conveniente estudiar en futuras investigaciones el impacto de los subsidios gubernamentales en la recuperación de los pacientes con TBC.

Gráfico 3



La tasa de metabolismo basal promedio fue de 1441 Kcal para el caso de los varones y de 1229 Kcal para las mujeres. Se estima que estos valores fueron bajos debido al déficit de peso que presentaron, acompañado del escaso músculo esquelético relativo.

La media de peso corporal para los pacientes de sexo masculino fue de 53,9 Kg representando el 81 % del peso ideal (66,4 Kg) . En las mujeres el déficit del peso promedio fue más marcado puesto que presentaron valores equivalentes al 69 % del peso ideal (55,2 Kg), cuyo valor fue de 38 Kg.

La morfología o la forma corporal, evaluada mediante el somatotipo, presentaron los siguientes valores en cuanto a los tres aspectos estudiados: adiposidad, robustez muscular y esbeltez o linealidad relativa:

- El componente endomórfico revela que todos tuvieron baja adiposidad relativa, poca grasa subcutánea y contornos musculares y óseos visibles. Siendo el valor promedio encontrado de 1,3 para los varones y 1,5 para las mujeres.
- En cuanto al mesomorfismo, la mayor parte (el 70 %) presentó un bajo desarrollo muscular relativo, mientras que en el 30 % restante fue moderado. El valor promedio encontrado fue de 2,5 para los varones y de 1,55 para las mujeres
- En la mitad de los casos la linealidad relativa fue elevada, con poco volumen por unidad de altura, el 40 % la linealidad relativa fue moderada y en un solo caso fue excesivamente alta. El valor promedio fue de 4,42 para los varones y 6,3 para las mujeres.

El somatotipo promedio del grupo estudiado fue: 1,5 – 2,3 – 4,4 en el caso de los varones y de 1,5 – 1,5 - 6,3 en las mujeres. En ambos casos existe un predominio del componente ectomórfico.

CONCLUSIONES

Los pacientes presentaron distintos grados de desnutrición, según los indicadores estudiados. La forma corporal según el somatotipo corresponde a la tipología ectomórfica, con escasa reserva energética. La desnutrición podría constituir un factor de riesgo para la recuperación ya que condiciona negativamente la respuesta del organismo ante posibles comorbilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Nota descriptiva N° 104. Marzo 2013. Citado el 24 de Junio de 2013. Disponible en URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>
2. WHO. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la tuberculosis 2012. Citado el 24 de Junio de 2013. Disponible en URL http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_executivesummary_es..pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Hablemos de Tuberculosis y VIH. Consultado el 12 de Agosto de 2013. Disponible en URL: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/index.html
4. Boldú J y cols Tratamiento de la tuberculosis pulmonar En: An. Sist. Sannit. Navarra 2007: 30 (Supl. 2): 99-115
5. Burgos Peláez R, Virgili Casas N, Sarto Guerri B Desnutrición y Enfermedad. En, Gil Angel Tratado de Nutrición. Tomo IV Nutrición Clínica. Ed Medica Panamericana. México 2010, p 3
6. Norton K y Olds T. Antropométrica. Ed Biosystem Servicio Educativo. Buenos Aires 2000 p 29-65, 135-154
7. Bellido Guerrero D, Cabrera Arias J, Soto González A, Martínez Olmos M. Análisis de la Composición Corporal. En Gil Angel. Tomo III. Nutrición Humana y Estado de Salud. Ed Medica Panamericana. México 2010, p 126
8. Burgos Peláez R, Virgili Casas N, Sarto Guerri B Idem Desnutrición y Enfermedad. En, Gil Angel Tratado de Nutrición. Tomo IV Nutrición Clínica. Ed Medica Panamericana. México 2010, p 4

9. Planas Vilá M, Pérez C, Maristany C, Martínez Costa C. Valoración del Estado Nutricional en el adulto y el niño. En Gil Angel. Tomo III. Nutrición Humana y Estado de Salud. Ed Medica Panamericana. México 2010, p 78, 79, 74.
10. Oliveira Foster G y Gonzáles Romero S. Nutrición en el Adulto. En: Gil Angel. Nutrición Humana y Estado de Salud. Ed Medica Panamericana. México 2010, p 297
11. Saverza Fernández A y cols. Manual de antropometría para la evaluación del estado de nutrición en el adulto. Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 1º Edición. Año 2009 Pag 75.
12. Nuñex Rocha G. ¿Riesgo nutricional en pacientes con tuberculosis pulmonar: cuestión del paciente o de los servicios de salud? :Revista Salud Publica de Mexico Vol 42, n 3, marzo- abril de 2000.

HABITOS DE ACTIVIDAD FISICA EN JOVENES UNIVERSITARIOS EN RELACION AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Dra. BASSANI, Alicia, Mg. FORSYTH, María Silvia, Mg. SANCHEZ, Silvia.
Facultad de Ciencias de la Salud. CIUNSa. Universidad Nacional de Salta.
E-mail: mforsth@unsa.edu.ar o secsal@unsa.edu.ar

RESUMEN

El ejercicio físico practicado de forma regular y frecuente estimula el sistema inmunológico, ayudando a prevenir enfermedades, desarrolla y mantiene la autoestima, la salud mental, mejora la imagen corporal, es decir es un componente básico para alcanzar y mantener una salud adecuada.

El presente trabajo tuvo como objetivos: Conocer tipo de actividad física, frecuencia de la misma y describir los motivos por los cuales la realizan

La muestra estuvo formada por 136 alumnos de la Carrera de Nutrición y Enfermería que concurren a gimnasios de la Ciudad de Salta. Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo. Instrumento: encuestas semi-estructuradas.

De los 136 encuestados, 76 realizan actividad física, de estos el 72,3% son del sexo masculino y el 27,7% femenino. El 29,2% expresó que realiza actividad física "porque le gusta", 23,4% "mejorar su calidad de vida" y otros, manifestaron en menores porcentajes, "mantener el peso", "sentirse relajado", "pasar el tiempo" y "estar en forma". En cuanto a la frecuencia predomina una hora tres veces por semana. Según el tipo de actividad el 48,38% de los varones realiza pesas, seguido de ciclismo 15,38%, en las mujeres el 33,34% pesas y el 23,81% fitness, entre otros se observa spinning, aeróbico.

Se observa que un alto porcentaje (45%) no realiza actividad física y no la relaciona con la salud y la calidad de vida. El 55% que la realiza no cumple con las recomendaciones que asegurarían una *calidad* de vida saludable. Tratándose de estudiantes del área de la salud sería necesario trabajar en este aspecto en un futuro cercano.

Palabras claves: actividad - salud-calidad de vida

INTRODUCCION

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La expresión calidad de vida aparece en un primer momento en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida urbana.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre éstos y Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse

Como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida de carácter multidimensional, comprendiendo aspectos como la calidad de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales y la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderado por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto que cada vez va adquiriendo mayor importancia en la sociedad.

Numerosas definiciones hacen referencia al concepto de salud, como "la ausencia de enfermedad". Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), la salud se puede definir como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades". Una de las motivaciones para la realización de ejercicio físico es la búsqueda de ese estado de bienestar que se acerque al concepto individual de salud como componente básico de la calidad de vida.

El llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios, tanto físicos como psicológicos, para la salud y permite además establecer un medio de integración social.

Desde cualquier punto de vista parece una evidencia que el ejercicio físico, actividad física y/o deporte son elementos condicionantes de la calidad de vida y por tanto de la salud y el bienestar, ya que existen suficientes datos científicos que concluyen que la actividad física, realizada de forma regular, es una conducta saludable.

Cada día se consolida más la idea de que para lograr una mayor calidad de vida lo que no se requiere es un sistema que combata las enfermedades, sino un continuado y sistemático programa de prevención, a través del ejercicio físico. Al hablar de calidad de vida hay que hacerlo desde la perspectiva de vivir mejor y más años. Para ello es necesario fomentar unos hábitos de vida saludables desde edades tempranas.

Estudios realizados al respecto, demostraron que existe una relación entre la actividad física y la esperanza de vida, de modo que las poblaciones más activas físicamente suelen vivir más que las inactivas. Por otra parte, las personas que realizan actividad física de forma regular tienen la sensación subjetiva de encontrarse mejor que antes de realizarlo, tanto desde el punto de vista físico como mental, es decir tienen mejor calidad de vida.

En la actualidad existen evidencias que prueban que aquellas personas que llevan una vida físicamente activa pueden obtener diversos beneficios en su salud como los que se detallan a continuación:

- Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos.
- Mejora el perfil lipídico, reduciendo los valores de triglicéridos y aumentando el colesterol HDL.
- Mejora la regulación de la glucemia y disminuye el riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Mejora la regularidad del ritmo intestinal.
- Incrementa la utilización de la grasa corporal y mejora el control del peso.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular.
- Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones. La actividad física de intensidad moderada, como la recomendada con el fin de obtener beneficios para la salud, no produce daño articular y por el contrario puede ser beneficiosa para la artrosis.
- Mejora la calidad del sueño.
- Mejora la imagen personal y permite compartir una actividad con la familia y amigos.
- Ayuda a liberar tensiones y mejora el estrés.
- Mejora y combate los síntomas de la ansiedad y la depresión, aumenta el entusiasmo y el optimismo.
- Ayuda a establecer hábitos de vida cardiosaludables y combatir los factores como: obesidad, hipertensión, hipercolesterinemia, entre otras.
- En adultos de edad avanzada, disminuye el riesgo de caídas, ayuda a retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y aquellas asociadas con el envejecimiento. De esta forma mejora su calidad de vida y aumenta su capacidad para vivir de forma independiente.

De todo lo expuesto es importante destacar que Actividad Física es todo tipo de movimiento corporal que se realiza durante un determinado periodo de tiempo, lo que permite que aumente el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo.

Hay variables que influyen en el consumo de calorías cuando se realiza una actividad física:

Tiempo: cantidad de tiempo que se dedica a realizar actividad física.

Ritmo: el ritmo influye en la cantidad de calorías gastadas.

Peso: El peso corporal de una persona que realiza una actividad física tiene una influencia sobre la cantidad de calorías quemadas. Así las personas de mayor peso consumen más calorías.

Es decir que la práctica de la actividad realizada en forma sistemática y regular es un elemento significativo en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, ya que el sedentarismo supone un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas y de la mayor prevalencia de exceso de peso y obesidad, debido al equilibrio energético positivo por aumento de la ingesta o reducción del gasto energético. Es decir que a mayor inactividad física, mayor **Índice de Masa Corporal (IMC)**, con efectos negativos en la calidad de vida.

Sábenos que el IMC también varía con la edad y el sexo al igual que depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo.

En el caso de los adultos se lo ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC		
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<15,99	<15,99
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez no muy pronunciada	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

* En adultos (20 a 60 años) estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexo.

Estos valores del IMC constituyen los puntos de referencia habituales para la evaluación, pero el riesgo de enfermedad aumenta progresivamente en todas las poblaciones a partir de un IMC de 20-22 kg/m² (OMS, 2002,64) y con ello el riesgo de calidad de vida.

La realización de actividad física con una intensidad y tiempo adecuado, permiten mejorar el IMC si este estuviera alterado

Resumiendo podemos observar que los efectos benéficos de la actividad física son:

- Orgánicos: aumento de la elasticidad y movilidad articular.
- Aumento la resistencia a la fatiga corporal o cansancio.
- Desarrollo de la fuerza muscular que a su vez condiciona un aumento de la fuerza ósea, aumento de la densidad óseo-mineral, con lo cual se previene la osteoporosis.
- Mejoría de la posición corporal por el fortalecimiento de los músculos lumbares.
- Ganancia muscular la cual se traduce en aumento del metabolismo, que a su vez produce una disminución de la grasa corporal prevención de la obesidad y sus consecuencias. y lograr los beneficios anteriormente citados.

OBJETIVOS

General

Caracterizar los motivos por los cuales los jóvenes universitarios realizan actividad física y su relación al concepto "calidad de vida". Salta. Capital. 2012.

Específicos

- Caracterizar la muestra en estudio según edad, sexo, e IMC.
- Conocer tipo, frecuencia y duración de la actividad física realizada.
- Describir y analizar los motivos por los cuales realizan actividad física.
- Conocer qué relación establecen entre el concepto actividad física y calidad de vida.

METODOLOGIA

Estudio Observacional, de tipo descriptivo y corte Transversal. La población en estudio estuvo conformada por 136 alumnos que cursan el último año de las carreras de Nutrición y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud.

De los 136 alumnos de ambos sexos el 56% es decir 76 alumnos realizaban actividad física y dieron su consentimiento para formar parte del estudio.

Una vez determinada la muestra se les entregó una encuesta semiestructurada en la cual se registro la siguiente información:

- *Datos Personales:* edad, sexo.
- *Datos Antropométricos:* peso, talla, con el objeto de valorarlos nutricionalmente aplicando IMC a fin de conocer el estado nutricional de los mismos.
- *Datos referidos a:* tipo de actividad física realizada, frecuencia y motivos por los cuales la realiza.

RESULTADOS

Cuadro N° 1: Distribución de Estudiantes según Edad, Sexo que realizan Actividad Física. Salta. Capital. 2012

SEXO \ EDAD (años)	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
21-24	4	7.3	8	38.1	12	16
25-29	38	69.1	10	47.6	48	63
30 y mas	13	23.6	3	14.3	16	21
TOTAL	55	72.3	21	27.3	76	100

En el Cuadro N° 1 se observa que de los 76 alumnos que realizaban actividad física el 27.3% correspondieron al sexo femenino y el 72.3% al masculino.

El grupo etareo con mayor porcentaje de jóvenes fue de 25-29 años con un 47.6% de mujeres y un 69.1% de varones.

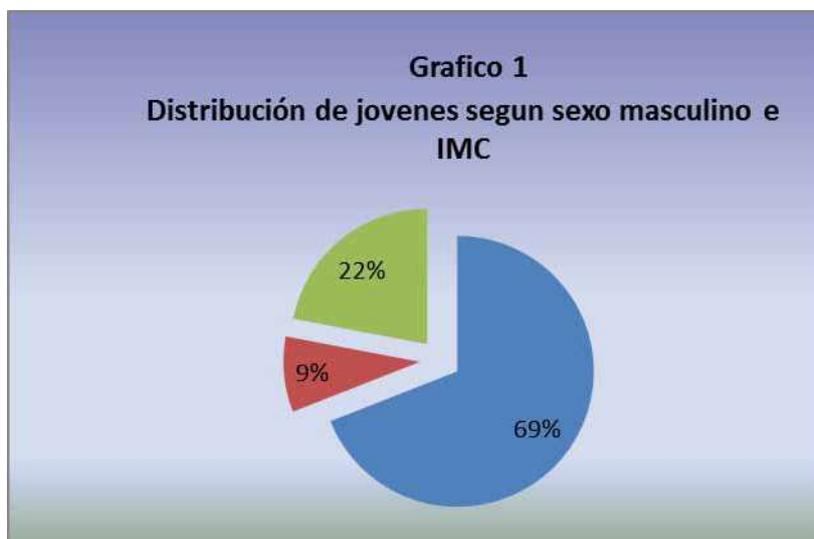
En el Cuadro N° 2 se observa que el 62% de la población presento un IMC normal tanto en el grupo de mujeres (43%) como en el de varones (69%).

Cuadro N°2. Distribución de jóvenes que realizan Actividad Física según Sexo e IMC. Salta. Capital. 2012

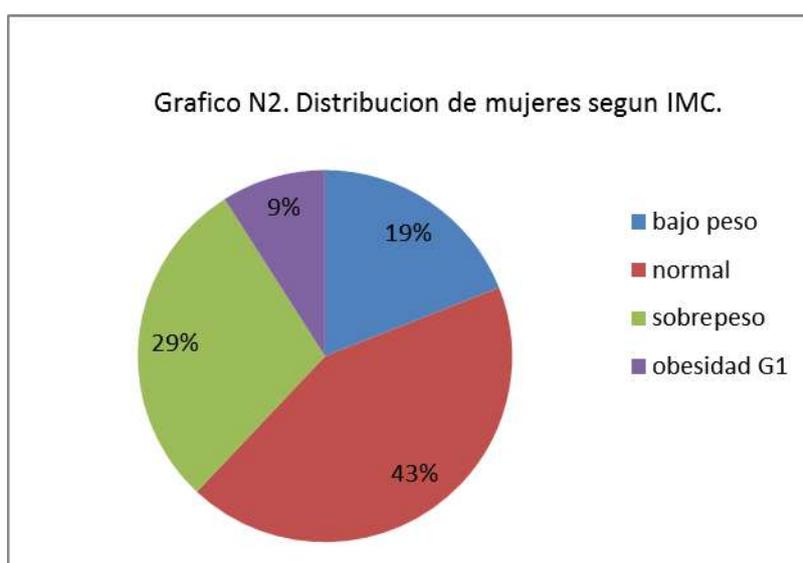
SEXO \ IMC	MUJERES		VARONES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO PESO	4	19	12	22	16	21
NORMAL	9	43	38	69	47	62
SOBREPESO	6	29	5	9	11	14
OBESIDAD grado I	2	9	-	-	2	3
TOTAL	21	100	55	100	76	100

El 38% de la muestra presento sobrepeso y obesidad, y el 41% bajo peso.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, el 69% de los varones se encontraba Normopeso, destacándose un 22% en bajo peso. Observándose que si bien eran jóvenes delgados, en un número importante de ellos se notaba una importante marcación muscular.



Del total de mujeres el 43% estaba normopeso, pero un 29% se encontraban en sobrepeso y un 9% en obesidad como se puede observar en el Gráfico N°2.



Cuadro N° 3 Distribución de jóvenes según tipo de Actividad Física realizada.
Salta. Capital. 2012.

SEXO	MUJERES		VARONES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tipo de Act Física						
Pesas	27	48.38	7	33.34	34	44.74
Ciclismo	8	15.38	-	-	8	10.53
Fitness	-	-	5	23.81	5	6.58
Boxeo	15	27.27	-	-	15	19.74
Aerobico	-	-	5	23.81	5	6.58
Spining	5	9.07	4	19.04	9	11.89

En el Cuadro N° 3 se destaca que el 44,74% de la población realizo pesas, observándose un porcentaje importante para ambos sexos 48.38% y 33,34% para el sexo masculino y femenino respectivamente.

Los varones además de levantamiento de pesas realizaban boxeo un 27.27% y ciclismo el 15.38%.

En las mujeres se destaco la realización de Fitness y aeróbico en un 23,81% para ambas actividades, seguido de spinning.

Cabe aclarar que un 63% y un 38% de la población estudiada manifestaron realizar como actividad complementaria a la descripta, caminatas en el caso de las mujeres y futbol en los hombres. Por lo general las mismas fueron realizadas los fines de semana, ya que durante la semana acudían a los gimnasios para realizar la rutina seleccionada.

Cuadro N° 4 Distribución de Alumnos según Frecuencia y Duración de la Actividad Física realizada. Salta. Capital. 2012.

SEXO Frecuencia	30 min		1 hs/día		2 hs/día		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%		
1 vez/semana	-	-	2	2,63	-	-	2	2,63
2 veces/semana	-	-	7	9,21	-	-	7	9,21
3 Veces/semana	28	36,84	9	11,84	1	1,31	38	50,00
Diaria	9	11,84	17	23,37	3	3,95	29	38,16
	37	48,68	35	46,05	4	5,26	76	100

En cuanto a la Frecuencia y Tiempo en la que realizaron actividad física, predominó una frecuencia de tres veces por semana con una duración de 30 minutos, seguida de una frecuencia de una hora por día tres veces por semana, como se observa en el Cuadro N° 4.

En cuanto a los motivos por los cuales realizan Actividad Física el 29,2 manifesto realizar actividad fisica porque le gusta, seguido por un 23,45 y 22,7% que lo hacen para mejorar su calidad de vida, y mantener y/o mejorar su peso. Cuadro N° 5.

Cuadro N° 5 Distribución de Alumnos según Motivos de realización de Actividad Física. Salta-Capital. 2012

Motivo	N°	%
Gusto	45	29,2
Mejorar Calidad de Vida	36	23,4
Mantener y/o mejorar el Peso	35	22,7
Sentirse más Relajado	19	12,3
Pasar el Tiempo	7	4,5
Otros	12	7,8
Total	154	100

Con respecto a este comentario se debe aclarar que de ese 22,7% el 12% fueron mujeres que se encontraban en sobrepeso, y estaban realizando una rutina de actividad como complemento de la dieta, a fin de poder bajar de peso y mejorar su calidad de vida, ya que manifestaron se "veían limitadas a la hora de

Comprar ropa", "sentirse incomodas", "no les gustaba su aspecto cuando se miraban al espejo".

Un porcentaje importante indico como motivo "mejorar su calidad de vida y sentirse más relajados" sumando un 35,7%, y si a este concepto le agregamos "mejorar su peso", se estarían confirmando algunos aspectos desarrollados en el marco teórico, con respecto a algunos de los beneficios de realizar actividad física.

Entre Otros motivos se destaco, lograr "marcación muscular", "mejorar su ansiedad", permitir "compartir caminatas con amigos", sentirse "más activos", términos que también hacen a la calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los varones realizan mas actividad física que las mujeres, destacándose el grupo etareo de 25 – 29 años. Con respecto al Estado Nutricional, el 62% de la población presento IMC normal, observándose un 21% y un 14% con bajo peso y sobrepeso respectivamente.

Se destaco como actividad física realizada el levantamiento de pesas en ambos sexos, complementada con otras actividades los fines de semana.

Si bien la frecuencia y tiempo de realización de actividades fue de tres veces por semana con una duración de 30 minutos y diaria de una hora, esta no cumple con las recomendaciones actuales de al menos 30 minutos diarios de actividad.

Los motivos de realización fueron variados, observándose un porcentaje interesante que lo relaciono con aspectos referidos a mejorar su calidad de vida, tanto en lo físico como en lo mental.

Sería importante fomentar el concepto de calidad de vida y los beneficios de realizar actividad física en relación a la prevención de enfermedades, ya que se trata de jóvenes alumnos que estas estudiando carreras relacionadas con la Salud de las personas, y serán los futuros profesionales que podrán ayudar a mejorar y a afianzar este concepto en la población en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Camacho, M.J.; Fernández, E.; Rodríguez, M. " *Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: incidencia de la modalidad deportiva*". Revista Internacional de Ciencias del Deporte. 2006.
2. OMS. Comité de Expertos de la OMS sobre el estado físico: " *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría*". Serie de informes técnicos, 854. Ginebra (Suiza), 1995.
3. OMS. Comité de Expertos de la OMS sobre la obesidad: " *Obesity: preventing and managing the global epidemic*". Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894. Ginebra (Suiza), 2000.
4. Ferretti, J.L." *En qué consiste la vida*". ABCD, Vol. 1, Nro. 2: pp. 2-8, Reedición. 1989. <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>
5. López-Fontana, C. M.; Martínez-González, M. A. y Martínez, J.A. "Obesidad, metabolismo energético y medida de la actividad física". *Revista Española de Obesidad*, 1(1), 29-36. (2003).
6. OMS. *Appropriatebody-massindex for Asianpopulations and itsimplications for policy and interventionstrategies*". Ginebra (Suiza), 2004.
7. Rueda, S. 1997 " *Habitabilidad y calidad de vida*" 1997. <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.
8. "Bienestar del ciudadano y calidad de vida". Colombia, 2000. <http://www.encolombia.com/economia/Economicolombiana/habitabilidad/hume-habitabilidaddenbogota>.

ABRIENDO PUERTAS HACIA UNA CALIDAD DE VIDA SALUDABLE EN LA UNIVERSIDAD PROYECTO C.I.U.N.Sa. N° 1876 "Calidad de Vida Docente"

María del Valle Correa Rojas(*), Mirta Josefina Burgos(**), Julieta Soledad Goyechea(***)
(*) *Lic. en Enfermería, Mgs. en Administración de Servicios de Salud. Esp. en Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión. Docente Investigador de la U.N.Sa.*
(**) *Lic. en Nutrición. JTP Práctica Integral – 5ª año Nutrición – Fac. de Cs. de la Salud*
(***) *Lic. en Nutrición. Esp. en Salud Pública. Docente de la Carrera de Lic. en Enfermería*

INTRODUCCIÓN

La Universidad experimenta cambios, reflejo de lo que sucede en la sociedad en la que está inserta. La unidad académica Facultad de Ciencias de la Salud busca permanentemente promocionar la salud y bienestar de todos sus actores: docentes, estudiantes, graduados y personal de apoyo universitario a través de acciones potenciadoras de comportamientos saludables. El equipo del Proyecto inicialmente realizó un diagnóstico para analizar globalmente la calidad de vida y estado de salud en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (*Proyecto C.I.U.N.Sa. N° 1.566 "Calidad de Vida, trabajo y estudio"*) y en una segunda instancia, dado que los docentes enfrentan a diario situaciones agotadoras, estrés y desgaste profesional, se buscó conocer los problemas que los afectan desde la percepción laboral y de salud y los modos de afrontamiento de las dificultades (*Proyecto C.I.U.N.Sa. N° 1.876, "Calidad de Vida Docente"* en las seis unidades académicas), todo ello con el objetivo de abordar la temática de calidad de vida que según la OMS es la "percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro de un contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" y proponer estrategias que ayuden a desarrollarse en un contexto laboral saludable. Los datos obtenidos nos motivaron a organizar Jornadas de Calidad de Vida (2.010, 2.011 y 2.012), ofreciendo así un espacio para el acceso a la información y estrategias para aprender otras opciones relacionadas con la calidad de vida, de salud y de bienestar.

Por ser la universidad, además de un centro de enseñanza y desarrollo, un centro de creatividad e innovación, se convierte en el escenario social ideal para que sus actores desarrollen conductas de autocuidado y habilidades para afrontar lo cotidiano, se preocupa por el rendimiento generando permanentemente espacios físicos y sociales saludables y por ende, procura responder satisfactoriamente con los objetivos sociales de su creación.

DESARROLLO DEL TEMA

Los Objetivos que nos planteamos fueron: Reflexionar sobre los aspectos que hacen a la calidad de vida de las personas, promover la incorporación de hábitos y actividades saludables en la comunidad universitaria y en general, compartir distintas experiencias en torno a la promoción de estilos de vida saludables, generar un espacio universitario para nuclear, difundir estudios de calidad de vida y reflexionar acerca de los mismos.

La metodología utilizada a lo largo de los tres años de realización de las Jornadas fueron: presentación de conferencias científicas, mesa redonda con profesionales del medio e invitados especiales, desarrollo de talleres de actividad física (danza/baile, teatro, poesía, musicoterapia), exhibición de posters y ponencias de trabajos de investigación, relatando experiencias de promoción de estilos de vida saludables con defensa de los mismos y entrega de menciones a los mejores trabajos científicos.

Teniendo como premisa que calidad de vida tiene que ver con lo que uno hace, siente y piensa y, que la salud es un recurso importante para una vida de calidad, en la organización de cada Jornada

se definieron roles y responsabilidades entre los integrantes del Proyecto, que es multidisciplinario y participan en él docentes, alumnos graduados y personal de apoyo universitario.

En la *Primer Jornada* (28 y 29/10/10), se contó con la presencia de la Dra. Graciela Tonon (Universidad Lomas de Zamora) y el Dr. Walter Toscano (Universidad de La Matanza), quienes brindaron conferencias acerca de: Investigar en calidad de vida, Síndrome de burnout / salud mental y La relación entre calidad de vida, actividad física y salud, respectivamente. Otros temas abordados fueron: Buenos Hábitos Alimentarios y Gimnasia Laboral como Estrategias para Mejorar la Calidad de Vida. Presentación de Proyectos de la Universidad Saludable y Universidad Libre de Humo. Calidad de Vida: una filosofía de trabajo. Actuaron especialmente: Ariel Pastrana y el Coro de la Universidad. Talleres: Cuidado de la voz, Interculturalidad y Calidad de Vida, danzas circulares y en baile: salsa, danzas árabes, tango y ritmos brasileiros. Los asistentes calificaron la organización como muy buena. Los talleres de baile fueron los de mayor convocatoria. De las evaluaciones realizadas por los asistentes "mejorar la difusión" fue la más sugerida de los 35 participantes, promedio obtenido en los dos días de Jornada.



La *segunda Jornada* se llevó a cabo los días 27 y 28/10/2011 en el Centro Cultural Hollver Martínez Borelli. Entre las Conferencias: Indicación de Suplementos Nutricionales, La Nutrición y la Actividad física en el trabajo, Musicoterapia, Resolución de conflictos y calidad de vida, Como conquistar y conservar la Calidad de vida. Talleres: El Teatro como mejora de la calidad de vida, Buscando la calidad de vida en la poesía y Presentación de Trabajos de Investigación. La evaluación de los asistentes fue muy satisfactoria, especialmente en lo atinente a organización, al taller de teatro y la conferencia "Como conquistar y conservar la calidad de vida" que estuvo a cargo de la Lic. Miriam Abdenur. Los asistentes, en promedio 65, vivieron las 2das Jornadas como un espacio de contención personal, divulgación científica y de experiencia laboral. Se observó que los trabajos científicos no disponían del tiempo necesario para su difusión y debate, por lo que se planificó y ejecutó la *3ª Jornada*, en dos etapas:



Primer etapa: el 14/06/2012 en la Facultad de Ciencias de la Salud se llevó a cabo la **Jornada Científica de Calidad de Vida**, con una conferencia central: "La importancia de los estudios de

calidad de vida" a cargo de la Dra. Graciela Tonon. Se presentaron 20 trabajos evaluados por un Comité Científico quien otorgó menciones por la pertinencia de los mismos y al día siguiente, 15 de junio en el Centro Cultural Holver Martínez Borelli se llevó a cabo la **Mesa Redonda Actividad Física y Alimentación** con la participación del Dr. Walter Toscano quien disertó: "Actividad física y salud positiva", la Mgs. Estela Ola Castro "Importancia de la alimentación en la actividad física" y la Prof. Raquel Sangary "Actividad física en PAU y docentes". Tenía como objetivos: Promover la incorporación de hábitos saludables relacionados a la actividad física con la salud y la alimentación en la comunidad y compartir distintas experiencias en torno a la promoción de estilos de vida saludables y la segunda etapa se concretó con la **3ª Jornada** los días 08 y 09/11/12. Los temas abordados en dicha oportunidad fueron: Calidad de vida en el ejercicio profesional, El liderazgo en un modelo de salud integral, Odontología y la educación para la salud, Barcelona un modelo para imitar, Nutrición y la conferencia central: Mente sana, cuerpo sano.



Todas las disertaciones estuvieron a cargo de profesionales del medio e integrantes del proyecto. A los talleres de danzas circulares y musicoterapia, se sumó el desarrollado por la Prof. Rimiko Miyashiro sobre "Acondicionamiento físico para la prevención de los dolores en los adultos", el cual fue excelentemente recepcionado por el auditorio. Entre las tres instancias de este encuentro, sumaron más de 120 los asistentes, destacándose la presencia tanto de jóvenes como adultos de la tercera edad.

Para la realización de las tres ediciones, se contó con el apoyo económico del mismo Proyecto N° 1876, el auspicio del Banco Patagonia y comercios locales.

Cada Jornada fue evaluada mediante un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, en el cual se valoraba: organización, temas abordados: utilidad en la vida cotidiana y laboral, participación en talleres y calificación de los mismos, además de solicitarle sugerencias en referencia a la organización y próximos temas a abordar.

La difusión de las jornadas se hizo a través de afiches en la universidad, instituciones de salud públicas y privadas, correo electrónico interno y externo al ámbito universitario, la página web del proyecto y Radio Universidad Nacional FM 93.9.

CONCLUSIONES

La universidad además de ser una institución que enseña también es el espacio cotidiano donde las personas trabajamos y pasamos muchas horas de nuestra vida, por lo que necesitamos un ámbito saludable que nos proporcione bienestar. Es en este contexto que nos preocupa y nos lleva a buscar oportunidades para realizar actividades de promoción de salud y de calidad de vida.

Los integrantes del Proyecto 1876: María del V. Correa Roja (Directora) y Lic. en Enfermería: Mirtha Vilte, Javier Rosas, Vilma Yugra, María del C. Herrera, Noemí Castillo, Médicos: Raquel López, Elizabeth Ferrer, Manfredo Aguilera, Lic. en Nutrición: Silvana Berruezo, Verónica Poderti, Mirta Burgos y Julieta Goyechea, consideramos que hemos dado un paso importante al posicionar un espacio de investigación, divulgación y promoción de calidad de vida. Las Jornadas realizadas resultaron para los profesionales un ámbito de divulgación y de experiencia laboral, para los estudiantes una instancia motivadora a futuras investigaciones y para los demás participantes, un espacio de contención.

PROMOVIENDO KIOSCOS SALUDABLES EN ESCUELAS DE SALTA

Marcela Beatríz Martínez Bustos

*Directora del Proyecto de Extensión - Máster Internacional en Nutrición y Dietética
Docente Carrera de Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta*

INTRODUCCIÓN

Existe una necesidad de implementar acciones para combatir enfermedades como la obesidad, concientizando a los miembros de las instituciones educativas (padres, niños, concesionarios de kioscos y docentes) acerca de la importancia de abordar esta problemática.

Dichas acciones estarían destinadas a promover hábitos alimentarios más saludables y el establecimiento de kioscos saludables, lo cual se espera que redunde en la mejora de la calidad de vida de los niños.

El Kiosco saludable es una estrategia válida para promover la educación alimentaria, fomentando la participación de toda la comunidad educativa, debido a la problemática de la obesidad y los malos hábitos alimentarios de los escolares, que se traducen en el consumo exagerado de comidas chatarra (panchitos, hamburguesas, pizzas), productos de panadería, pastelería, repostería, bebidas azucaradas y snacks (papas fritas, maní salado, chizitos), con alto contenido de grasas, azúcares y sodio.

Por lo que con este proyecto se pretende dar continuidad a las acciones de promoción de la salud que se vienen realizando en la comunidad a través del Servicio El Teléfono de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta. Dichas acciones se iniciaron en escuelas de Salta Capital, como la Escuela Dr. René Favalaro del Barrio Parque General Belgrano. Zona Norte. Salta Capital.

DESARROLLO DEL TEMA

El proyecto de extensión universitaria "Promoviendo Kioscos Saludables en Escuelas de Salta" salió seleccionado en la convocatoria realizada por la Secretaria de Postgrado, Investigación y Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud en el año 2012 y fue aprobado con Resolución del Consejo Directivo N° 077/13.

Integrantes del Proyecto

Profesionales:

- Lic. Agustina Lotufo: Miembro Adherente del Servicio El Teléfono de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Lic. Inés Mendoza. Miembro Adscripto del Servicio El Teléfono de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Lic. Enzo Goncalvez. Auxiliar de 1° del Servicio El Teléfono de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Lic. Nadia Faryluk. Tutora del Servicio de Orientación y Tutoría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Ingeniero en Recursos Naturales Facundo Gabriel Miranda Mallo. Asociación Amigos del Árbol, Bosques y Parques Nacionales. Salta. Subproyecto Huertas Escolares Agroecológicas para Autoproducción.
- Ing. Rodolfo Gastón Floriani. Asociación Amigos del Árbol, Bosques y Parques Nacionales. Salta. Subproyecto Huertas Escolares Agroecológicas para Autoproducción.

Estudiantes:

- Gimena Alcócer. Alumna de la Carrera de Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.

- Marcela Cuellar. Alumna de la Carrera de Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Natalia Choque. Alumna de la Carrera de Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Fabricio Ríos. Alumno de la Carrera de Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.
- Gisela Leal. Alumna de la Carrera de Ciencias de la Comunicación. Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Salta.
- Guadalupe Montero. Alumna de la Carrera de Ciencias de la Comunicación. Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Salta.
- Mercedes Rodríguez. Alumna de la Carrera de Ingeniería en Recursos Naturales. Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de Salta.

Objetivos del proyecto

Promover una alimentación saludable en el ámbito escolar y la importancia de proteger la salud y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, a través del Kiosco Saludable.

Áreas de cobertura

Se abarcaron los siguientes establecimientos educativos:

- ✓ Escuela N° 4752 "Dody Araoz Costas de Jovanovics Usandivaras". Localidad de Campo Quijano. Departamento de Rosario de Lerma.
- ✓ Escuela N° 4631 "Virrey Francisco de Toledo". Localidad La Silleta. Departamento de Rosario de Lerma.
- ✓ Escuela N° 4640 "Camino del Inca". Localidad de Vaqueros. Departamento de La Caldera.

Destinatarios

- ✓ Escolares de 7° grado
- ✓ Padres de alumnos de 7° grado
- ✓ Maestros de 7° grado
- ✓ Personal de kioscos

Etapas del Proyecto

El proyecto se organizó en tres etapas:

1. Etapa diagnóstica: donde se evaluó el estado nutricional de los escolares, el kiosco y la huerta.
2. Etapa de intervenciones: a través de talleres de alimentación saludable, capacitación en elaboración de preparaciones nutritivas, construcción de huertas agroecológicas, plan mejoras del kiosco. Difusión del proyecto en los medios de comunicación.
3. Etapa de evaluación: a través de la observación de la adecuación del kiosco en relación a las características de saludable, la elección por parte de los niños de alimentos saludables, la participación de los escolares y maestros en la construcción e instalación de kioscos saludables, las huertas agroecológicas y la colaboración de los padres en las actividades desarrolladas por el proyecto.

Actividades desarrolladas

En el marco del proyecto se realizaron las siguientes actividades:

- a) Diagnóstico del estado nutricional a través de la antropometría a escolares de 7° grado: a partir de la antropometría realizada a los alumnos, se encontró un 40% de escolares con

sobrepeso y obesidad, otros con delgadez y un solo alumno con desnutrición. Los escolares que presentaban déficit o exceso fueron derivados, con turnos asignados, para ser atendidos por la nutricionista del Centro de Salud del área de influencia de la escuela.

- b) Diagnóstico del kiosco escolar: a partir del diagnóstico de los kioscos escolares, se ofreció un plan de mejoras de los mismos, que abarcó el asesoramiento en relación a infraestructura, servicios, alimentos saludables, elaboración de una normativa para licitación de kioscos saludables. Cabe mencionar que el Programa Pro Huerta del INTA donó una estructura de kiosco en madera, la cual fue cedida a la escuela "Camino del Inca" de Vaqueros, que será prontamente acondicionada e instalada para funcionamiento del kiosco escolar con características de saludable.
- c) Diagnóstico de la huerta escolar: los ingenieros elaboraron un programa de mejoras o instalación de huertas agroecológicas escolares o familiares, destinado a cada institución escolar.
- d) Talleres de alimentación saludable destinados a alumnos, padres y docentes.
- e) En los talleres realizados se distribuyeron materiales educativos para promocionar la salud y el proyecto.
- f) Elaboración de materiales educativos, como folletos, carteles, banners, con mensajes y contenidos referidos a la promoción de la salud y la alimentación con preparaciones saludables a ofrecer en kioscos y otras no saludables, cuyo consumo se pretende disminuir.
- g) Difusión del proyecto por los medios de comunicación, a través de partes de prensa, notas, entrevistas o artículos en diarios locales, radios, televisión.
- h) Registro de imágenes de todas las intervenciones realizadas con el fin de producir un video documental del proyecto para promover la salud alimentaria en las instituciones educativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se considera que el proyecto contribuyó a concientizar a la comunidad educativa acerca de la importancia de una alimentación saludable en la prevención de enfermedades como la obesidad. Se evidenció en la población destinataria (escolares, docentes y padres) los siguientes resultados:

- ✓ Acompañamiento y participación en las actividades propuestas.
- ✓ El trabajo colaborativo de la comunidad educativa y los miembros del proyecto.
- ✓ Participación en la instalación y fortalecimiento de kioscos y huertas escolares.
- ✓ Interés por instalar kioscos escolares con características de saludables.
- ✓ Toma de conciencia sobre la necesidad de mejorar la alimentación de los escolares.
- ✓ El establecimiento de líneas de acción con Centros de Salud para mejorar la salud de los niños.
- ✓ El compromiso de los padres en acompañar a sus hijos a la consulta con el nutricionista, para mejorar su estado de nutrición y salud,
- ✓ La responsabilidad de la escuela de ofrecerle a los escolares colaciones saludables.

Un logro que se considera importante es que el Concejo Deliberante de la Municipalidad de El Carril adhirió al Proyecto "Promoviendo Kioscos Saludables en Escuelas de Salta", mediante Resolución N° 08/13 del 12 de Junio del 2013, firmada por el Presidente del Concejo Deliberante Profesor Benjamín Leonardo Tinte y la Secretaria Legislativa del Concejo Deliberante Sra. Rosalía del C. Cardozo. En la Resolución se invita a los establecimientos educativos de la localidad de El Carril a adherir al mencionado Proyecto. Esta adhesión constituiría una nueva línea de trabajo para el periodo 2014 con las escuelas del municipio de El Carril.

Por otro lado es importante resaltar que fue donada a la Escuela N° 4640 "Camino del Inca" de la Localidad de Vaqueros, una estructura en madera que está siendo reacondicionada para ser instalado el Kiosco con características de saludable.

GALERÍA DE FOTOS

ESCUELA N° 4640 "CAMINO DEL INCA" LOCALIDAD DE VAQUEROS.
DEPARTAMENTO DE LA CALDERA



ESCUELA N° 4752 "DODY ARAOZ COSTAS DE JOVANOVIĆS USANDIVARAS"
LOCALIDAD DE CAMPO QUIJANO. DEPARTAMENTO DE ROSARIO DE LERMA



Directivas Médicas Anticipadas: el delgado equilibrio entre Autonomía y Beneficencia

Profesor José María Sanguinetti

Médico Especialista en Clínica Médica y Gastroenterología - Profesor Adjunto Cátedra de Fisiopatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta - Miembro del Comité de Ética, Facultad de Ciencias de la Salud, U.N.Sa.

Av Bolivia 5150, Cátedra de Fisiopatología, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSa Tel: 0387-4258638 - Email: sanguinetti.josema@gmail.com

RESUMEN

Introducción

El año pasado se reglamentó la ley sobre las "Directivas Médicas Anticipadas" (DMA). El debate gira en torno a dos principios de la Bioética: el de Autonomía y Beneficencia. Las DMA permiten que el paciente consienta o rechace tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, deben ser aceptadas por el médico, excepto que implique prácticas eutanásicas. Desde hace décadas la medicina busca un equilibrio entre la Autonomía y la Beneficencia.

Desarrollo

No podemos pretender que la implementación de las DMA sea una herramienta para disminuir costos de salud. El criterio economicista no puede condicionar y determinar el cuidado del paciente. La Medicina Basada en la Evidencia y los avances en cuidados paliativos permiten utilizar racionalmente los recursos, acompañando al paciente y su familia. El camino debe seguir siendo el de la efectividad clínica en lugar del de la eficiencia.

Conclusiones

El desafío es entonces promover un cuidado que respete la autonomía pero entendiendo esta autonomía como relacional, dialogal en donde el equipo de salud posibilita al paciente y su entorno a tomar la mejor decisión para que, respetándose su dignidad en todo momento, la calidad de vida sea la mejor posible.

Palabras clave: Directivas Anticipadas, Autonomía, Bioética.

ABSTRACT

Introduction

The law number 26529 passed in 2012, regulates the "Advanced Medical Directives" (AMD). The debate around the law is related to Autonomy and Beneficence, two principles of Bioethics. The AMD allows the patient the acceptance or rejection of certain treatments and medical interventions, these decisions must be accepted by the physician except they involved euthanasia. Therefore during the last decades doctors are searching for a balance between Autonomy and Beneficence.

Development

We cannot think that the implementation of DMA will diminish the health costs. The economic criteria can't condition and determine the care of the patients. The Evidence Based Medicine and the advances in palliative care allow the physicians to use health resources on a rationale basis.

Conclusions

The challenge is promote a health care that respects the autonomy but understanding it as a relational autonomy. The health team accompany the patient and his/her family in the decision making process, always respecting his dignity and looking for the best quality of life.

Key words: Advanced Medical Directives, Autonomy, Bioethics.

INTRODUCCIÓN

El año pasado se reglamentó en nuestro país la ley 26.529 con su modificación (la ley 26.742) "Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de Salud". En el texto se le da carácter de ley a un tema importante para el ejercicio de la medicina como es el de las "Directivas Médicas Anticipadas".

Desde hace décadas distintos países han dado forma a la posibilidad de que un paciente rechace algunas formas de intervención médica (ya sean diagnósticas y/o terapéuticas) sin tener, en muchos casos, que explicar por qué y sólo basado en criterios personales, culturales y de valores. Esta decisión puede inclusive ir en contra de lo que la ciencia médica aconseja y en caso de formularse como Directiva Médica Anticipada exime al profesional de toda responsabilidad legal (civil y/o penal) que pudiera surgir como consecuencia del "no hacer" o "hacer menos". (1)

El debate detrás de las Directivas Médicas Anticipadas parece girar en torno a un principio de la bioética, el de Autonomía y su relación con los principios de Beneficencia y Justicia.

Primera aproximación: ¿Qué son las Directivas Médicas Anticipadas?

Vamos a partir de una definición académica formulada por Aizemberg y Reyes: *"son declaraciones de voluntad efectuadas por una persona mayor de edad, competente en términos bioéticos y capaz en términos jurídicos, de manera libre, mediante las cuales manifiesta anticipadamente la voluntad de dejar expresadas instrucciones relacionadas con la toma de decisiones vinculadas a su salud, sin necesidad de expresión de causa alguna, para que sean tenidas en cuenta en el momento en el que concurran circunstancias que no le permitan expresar personalmente su voluntad"*. (2)

Podemos observar algunos rasgos importantes para entender el concepto: mayoría de edad, competencia bioética y capacidad jurídica, estos tres requisitos son los fundamentos para poder manifestarse libremente y dejar instrucciones relacionadas con su salud.

La Ley 26.529 expresa en su artículo 11: *"Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes."* (3)

La definición que la ley ofrece tiene algunos fundamentos en común con la de Aizemberg y Reyes como la capacidad jurídica y la mayoría de edad, pero no especifica la necesidad de tener competencia bioética. Es más, va en la dirección contraria porque no es necesario fundamentar el por qué de la decisión tomada. También es importante señalar que descarta la posibilidad de desarrollar prácticas eutanasias y permite la revocación de la directiva (Artículo 2 inciso e).

Posteriormente la Ley 26.742 introdujo algunas modificaciones y el Decreto 1089/2012 reglamenta ambas leyes. (4) (5)

El principio de Autonomía en la ley Argentina

Sobre el principio de Autonomía el Decreto 1089/2012 define que *"el paciente es soberano"* lo que debería interpretarse como que el único límite válido para ejercer la autonomía lo pone el paciente (entendiendo "soberano" por su raíz latina *"quien tiene autoridad por encima de todos"*). Si surgieran diferencias de criterio se aclara que: *"En caso de discrepancia en las decisiones, podrá recurrir a un comité de bioética."* Podría interpretarse como cierto límite a la autonomía lo que el Decreto expresa en su Artículo 2 inciso e): *"El paciente podrá ejercer el derecho previsto (...)"*

cuando padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación.”

Las leyes que estamos analizando (y su decreto reglamentario) determinan la metodología para registrar el rechazo del cuidado médico, la formulación de Directivas Médicas Anticipadas y su revocación. Todas estas formas de expresar la voluntad del paciente hacen referencia al Consentimiento Informado. Por lo tanto debe ser por escrito, debe figurar en la Historia Clínica, debe tener testigos (dos) y en algunas situaciones, como las Directivas Médicas Anticipadas, debe ser ante escribano.

Un análisis más detallado permite concluir que implementar estas medidas llevará tiempo y requerirá de una adaptación de la regulación a cada institución.

El balance entre el principio de autonomía y el de beneficencia

La decisión de rechazar o aceptar un tratamiento o poner límites al cuidado médico es uno de los aspectos más complejos del quehacer de los profesionales de la salud. Desde hace décadas, y en función de la evolución de la ciencia médica, el arte de curar busca un delicado equilibrio entre el *“primum non nocere”* (principio de no maleficencia), el principio de autonomía y el de beneficencia evitando caer en el encarnizamiento terapéutico y/o la eutanasia.

Las Directivas Anticipadas

La incorporación de las Directivas Anticipadas busca llenar un vacío legal pero responden, como expresé previamente, a la necesidad de echar luz sobre varios aspectos importantes del cuidado médico cada vez más controvertidos. La legislación vigente asume que el principio de autonomía es superior a todo otro principio de la bioética ya que no es necesario explicar los fundamentos por los cuales un paciente rechaza un tratamiento determinado. Esta tensión queda clara en el mismo texto de la ley cuando expresa que: *“Los profesionales de la salud deberán respetar la manifestación de voluntad autónoma del paciente. Cuando el médico a cargo considere que la misma implica desarrollar prácticas eutanásicas, previa consulta al Comité de ética de la institución respectiva y, si no lo hubiera, de otro establecimiento, podrá invocar la imposibilidad legal de cumplir con tales Directivas Anticipadas.”* A su vez aclara que *“Todos los establecimientos asistenciales deben garantizar el respeto de las Directivas Anticipadas, siendo obligación de cada institución el contar con profesionales sanitarios, en las condiciones y modo que fije la autoridad de aplicación que garanticen la realización de los tratamientos en concordancia con la voluntad del paciente.”*

¿Se trata entonces de imponer condiciones al actuar del equipo de salud más allá de lo que la ciencia razonablemente pueda aportar?, es difícil contestar esta pregunta pero en principio podría interpretarse como un predominio del principio de autonomía sobre los otros más allá de que exista la opción de consultar al Comité de Ética y hasta de declarar la *“imposibilidad legal de cumplir con tales directivas”*.

¿Qué podemos esperar de la implementación de las Directivas Anticipadas?

Viendo lo sucedido en distintos lugares del mundo debemos ser prudentes en el momento de definir qué resultados se obtendrán como consecuencia de la implementación de las directivas anticipadas. En España por ejemplo algunos autores reconocen que al ser genéricas, distantes en el tiempo y poco específicas respecto a la situación vital en la que finalmente deben utilizarse no tienen la utilidad esperada aunque con el tiempo y la generalización de su uso podría ser una herramienta útil en la toma de decisiones. (6)

No podemos pretender que la implementación de estas directivas sea una herramienta para disminuir costos de salud, redistribuyendo recursos. Las directivas anticipadas se enmarcan en la relación médico paciente y por lo tanto en la ética clínica; se hace necesario también pensar en la ética social donde evaluemos la ética de los sistemas de salud y sus políticas institucionales. (7)

Cuestiones de fondo: Sobre lo fútil y lo útil. ¿Tiene el principio de autonomía un predominio sobre los otros principios? ¿O se trata de lograr un nuevo enfoque de la autonomía?

Es bueno repensar en este contexto el concepto de la futilidad (aquello carente de significado y función) y aplicarlo al acto médico. Existen medidas diagnósticas y terapéuticas fútiles así como también existen algunas que no llegan a cumplir en su totalidad su función pero no por ello podemos declararlas fútiles. Es importante también resaltar en base a qué criterio definimos si un acto es fútil, con un enfoque fisiológico, desde una perspectiva economicista o intentando abarcar la totalidad compleja que es el ser humano (entendiendo su dimensión física pero también psíquica y trascendente, su individualidad pero también su ser comunitario). (8)

También desde esta perspectiva podemos diferenciar la eutanasia como un acto que intrínsecamente busca causar la muerte del “permitir la muerte” evitando medidas fútiles pero no descuidando las medidas necesarias paliativas para acompañar al paciente y su familia en la última etapa de su enfermedad.

La búsqueda racional de un tratamiento que permita mejorar la calidad de vida al paciente que está en una etapa terminal de su enfermedad es posible y aleja la posibilidad de la eutanasia y del encarnizamiento terapéutico. Sin embargo el elevado costo de esta opción puede significar una medida fútil para quienes administran los sistemas de salud. Entonces ¿quién ejerce el principio de autonomía? ¿El sistema de salud, el estado, los administradores, los economistas?

Existen diferentes posturas respecto a qué es la autonomía: (9)

- Referida a la capacidad de realizar elecciones autónomas.
- Referida a la acción en sí misma.
- Referida a la esfera de la privacidad decisional.

Desde su formulación por Beauchamp y Childress en 1979 se han acentuado diferentes aspectos de la autonomía y en consecuencia se han generado diferentes posturas relacionadas con el respeto por la autonomía. (10)

Es importante recordar sus características: reconocer la autonomía de la persona pero saberla diferente de la autonomía del acto. Partir del concepto de que “las condiciones de la autonomía de un sujeto son el conocimiento, la comprensión, la ausencia de coacción interna y la ausencia de coacción externa” (11)

Por lo tanto el primer paso es preguntarnos si el paciente tiene el conocimiento necesario, si ha sido informado correctamente, si comprende su situación y si no tiene elementos que coaccionen internamente (depresión por ejemplo) o externamente (ej: situación económica). No se trata de convencer sino de llegar a una toma de decisiones acompañado. ¿Se debe dejar al paciente solo asumir toda la responsabilidad de las decisiones vitales? ¿O a su familia?

Coincido con Torralba Roselló en que la autonomía tiene condicionantes y limitaciones, se relaciona claramente con la responsabilidad, requiere de una información adecuada y objetiva, tiene límites, no debe ser utilizada para desligar responsabilidades y que es necesario orientarla a una forma “compartida y dialógica”.

Es necesario incorporar en la práctica de los profesionales de la salud habilidades para poder relacionarse cada vez mejor con el paciente, no sólo informar sino ilustrar, saber explicar los posibles cursos de acción, reflexionar, expresar los riesgos y beneficios pero también ayudar a que el paciente exprese sus temores. En definitiva acompañarlo en la toma de decisiones fortaleciendo la autonomía. Indudablemente, como expresa Entwistle es necesario diferenciar entre permitir (en el sentido de no interferir) y posibilitar (que implica lo relacional lo dialogal) al paciente a tomar decisiones. Sería una forma de “vigorizar” (como el mismo autor resalta) el pensamiento en torno a la autonomía en el cuidado de la salud. (12)

Conclusiones

Para finalizar creo necesario volver al centro de nuestra tarea: el paciente. Toda legislación en salud tiene un impacto en el ámbito privado de la relación médico- paciente y también en la relación con

su entorno. A su vez genera cambios en las dinámicas de funcionamiento de los equipos de salud, las instituciones y los sistemas de salud.

El criterio utilitarista – economicista no puede ser el que condicione y finalmente determine el cuidado del paciente y el enfoque de la totalidad de la persona (en su dimensión física, psíquica y trascendente así como su dimensión comunitaria). El desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia y el avance en cuidados paliativos son herramientas invaluableles que buscan utilizar racionalmente los recursos en salud y el camino debe seguir siendo el de la efectividad clínica en lugar del de la eficiencia.

El desafío es entonces promover un cuidado que respete la autonomía pero entendiendo esta autonomía como relacional, dialogal en donde el equipo de salud posibilita al paciente y su entorno a tomar la mejor decisión para que, respetándose su dignidad en todo momento, la calidad de vida sea la mejor posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Consejo de Europa. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo 1997. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
2. Aizemberg M, Reyes R. El reconocimiento del derecho a la Autodeterminación en el Ordenamiento Jurídico Argentino: La consagración de las Directivas Médicas Anticipadas en la ley 26.529
3. http://www.derecho.uba.ar/extension/dma_msa_rdr.pdf
4. Ley 26.529 <http://www.hospitalposadas.gov.ar/docum/derechospaciente.pdf>
5. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>
6. <http://phplist.e-microjuris.com.ar/imagenes/news/Docs/LEG46665.pdf>
7. Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona C, Gijón P y col. Limitación del esfuerzo terapéutico. Med Clin. 2001; 117:586-94.
8. León Correa F. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. <http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/index2.htm>
9. Lugo, H. Temas de Bioética. Persona: Dignidad, integridad, identidad, comunidad y trascendencia. 1998. Buenos Aires. 28-36
10. Wilson J. Is respect for autonomy defensible? J Med Ethics 2007;33:353–356
- 11.- Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics, 5th edn. New York: Oxford University Press, 2001.
12. Torralba Roselló F. Los límites al principio de autonomía. Ars Brevis 2000. 355-376
13. Entwistle V, Carter M, Cribb A y col. Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. 2010 Gen Intern Med 25(7):741–5

“EL TELEFONO DE LA SALUD”: UNA PROPUESTA INSTITUCIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mg. Stella M. Briones- Esp. Sandra Gasparini
Miembros fundadores de El Teléfono de la Salud

INTRODUCCIÓN

El Teléfono de la Salud fue creado en el año 1995 (en el marco del Trabajo de Investigación N°419 del C.I.U.N.Sa.) y fue institucionalizado en 1998 como un Servicio de Extensión Universitaria de Educación para la Salud, dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta (Resol. CD N° 559/98)

Con el convencimiento de la importancia que revisten las acciones de promoción de la salud, este Servicio se organizó con los siguientes propósitos:

- Brindar mensajes básicos de salud y ofrecer a la comunidad la posibilidad de una comunicación anónima, gratuita, personal e interactiva a través de la consulta telefónica y el asesoramiento de profesionales especializados y/o la derivación a instituciones específicas.
- Complementar esas acciones de promoción de la salud con la producción y distribución de materiales educativos impresos y sonoros (folletos, boletines⁶ y micro radiales⁷) y acciones educativas presenciales con distintos grupos de la comunidad que así lo requieran.
- Organizar un Banco de Datos actualizado sobre instituciones de nuestro medio que realizan atención, prevención y/o promoción de la salud.
- Organizar el material bibliográfico y de consulta en el área.
- Propender a la formación y capacitación de recursos humanos en promoción de la salud
- Establecer vínculos y/o convenios con otros servicios e instituciones afines del medio y de otros puntos del país y del extranjero para desarrollar acciones de intercambio y cooperación en los distintos ámbitos de trabajo de este servicio.
- Asesorar y/o prestar servicios a entidades públicas y/o privadas en el ámbito de la educación para la salud.
- Investigar:
 - El impacto del proyecto en la comunidad
 - Las características de la población que hace uso del servicio
 - Las cuestiones de salud más frecuentes que originen las consultas.

Desde sus orígenes hasta la actualidad el Servicio fue creciendo en cuanto a la cantidad de miembros integrantes y a las acciones que se fueron desarrollando. El funcionamiento del mismo fue posible gracias al esfuerzo pionero de muchas docentes que se desempeñaron por extensión de funciones (y aún lo hacen). Progresivamente, fueron ingresando al Servicio Miembros Adherentes, Profesionales y Alumnos Adscriptos y Auxiliar Docente de 2ª Categoría (temporario) y gracias a gestiones realizadas en Rectorado se incorporó a la planta docente de El Teléfono de la Salud tres cargos de Auxiliares Docentes de 1ª Categoría, dedicación simple.

⁶ Desde 1996 El Teléfono de la Salud publica la serie JUNTOS POR LA SALUD, ISSN N° 0329-1987 (19 números publicados)

⁷ Desde 1995 a la fecha, lo/as asesoras del Servicio salen al aire todos los días en micro radiofónicos sobre temas de promoción de la salud en el Programa “Enfoque universitario”, de Radio FM Universidad (FM 93.9)

Las autoridades de El Teléfono de la Salud fueron desde sus comienzos a la actualidad:

DIRECTORA	VICEDIRECTORA
Mg. Stella M. Briones (1995)	-
Mg. Stella M. Briones (2002)	Esp. Casermeiro Alejandra
Esp. Casermeiro Alejandra (2004)	Esp. Elizabeth Allemand
Esp. Casermeiro Alejandra (2006)	Esp. Gasparini Sandra
Mg. Stella M. Briones (2008)	Lic. Pérez, María Isabel
Mg. Stella M. Briones (2010)	Esp. Sandra Gasparini
Esp. Sandra Gasparini (2012)	Mg. Marcela Martínez Bustos

En la actualidad se desempeñan como integrantes del Servicio, los siguientes profesionales y estudiantes:

Miembros Titulares: Mg. Stella Briones, Esp. Sandra Gasparini, Mg. Marcela Martínez Bustos, Nut. Ana María, Rocha, Esp. María Alejandra Casermeiro, Lic. María Isabel Pérez, Lic. Patricia Zelaya y Méd. Raquel López.

Miembros Adherentes: Lic. Mónica, Gil, Lic. Natalia Figueroa, Lic. Enzo Goncalvez, Lic. Agustina Lotufo.

Profesionales Adscriptos: Realizadora Noelia Gorriá y Lic. Inés Mendoza

Alumna Auxiliar Adscripta: Natalia Choque

Auxiliares Docentes de 1ª Categoría: Lic. Enzo Goncalvez - Lic. Agustina Lotufo

Asesora Telefónica: Dra. Alicia Bassani

PROYECTOS VIGENTES

Después de 18 años de funcionamiento, hoy podemos decir con orgullo y satisfacción que El Teléfono de la Salud está posicionado tanto en la institución como en la comunidad y que se desempeña en el Servicio un equipo de docentes y estudiantes comprometidos que favorecen el cumplimiento de los propósitos y funciones que le dieron origen y permiten dar cada vez más respuestas a las solicitudes de la comunidad (instituciones educativas, religiosas, centros vecinales y de salud y ONG) mediante diversas actividades de promoción de la salud.

En esta publicación deseamos dar a conocer los proyectos vigentes y las acciones desarrolladas en el período 2012-2013.

A) Programa "Universidad Promotora de la Salud", aprobado por Res. CD. N° 118/11

Una Universidad Promotora de la Salud es aquella que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el objetivo de favorecer el desarrollo humano a la vez que se mejora la calidad de vida de quienes allí asisten, tanto los alumnos como los docentes y demás trabajadores como Personal de Apoyo Universitario, formándolos para que sean y actúen como modelos y promotores de las conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales, y en la sociedad en general.

El Programa "Universidad Promotora de la Salud" tiene como objetivo llevar a cabo un conjunto de acciones estratégicas permanentes, dirigidas a hacer más saludables los escenarios educativos y laborales y al mismo tiempo, realizar intervenciones educativas para el desarrollo de estilos de vida saludables de los miembros de la comunidad universitaria. Es importante tener en cuenta que no alcanza con llevar a cabo acciones aisladas, sino que se precisa de una oferta democrática y permanente, insertada en una política de universidad saludable, que haga que estas acciones sean factibles y puedan tener continuidad en el tiempo.

El programa tiene las siguientes Áreas de Intervención: Salud nutricional: alimentación saludable y prevención de enfermedades; Higiene y Saneamiento ambiental; Actividad Física y Salud; Prevención de adicciones: tabaquismo, drogadicción y alcoholismo; Salud sexual y reproductiva;

Salud laboral: estrés, salud mental, violencia laboral, prevención de accidentes y riesgos; Prevención de enfermedades: estacionales, emergentes, crónicas no transmisibles; Otras áreas de interés para la salud y el bienestar de la comunidad universitaria.

Los propósitos del programa son:

- Proporcionar a los integrantes de la comunidad universitaria los conocimientos para que puedan tomar un rol activo en el cuidado y la protección de su propia salud.
- Fomentar a los miembros de la comunidad universitaria el desarrollo de habilidades y actitudes para adoptar estilos de vida saludables y decisiones responsables relacionadas con su salud y contribuir al desarrollo de entornos saludables.
- Realizar acciones estratégicas permanentes, con el objetivo de hacer más saludables los escenarios educativos y laborales.
- Realizar difusión entre los miembros de la comunidad universitaria de las actividades de promoción de la salud que desarrolla El Teléfono de la Salud, de manera que puedan, por una parte, utilizar más y mejor este servicio de extensión universitaria, y por otra parte, participar si lo desean en las acciones que el mismo emprende.
- Establecer vínculos con otras dependencias, proyectos, programas, cátedras y/o comisiones de la universidad a fin de trabajar aunadamente en la promoción de la salud en el contexto universitario.
- Permitir que los alumnos de las cátedras participantes en el proyecto puedan realizar genuinos procesos de aprendizajes al participar en la planificación, desarrollo y evaluación de estas actividades, en las que puedan aprender cómo se articulan las funciones de docencia, extensión e investigación en la universidad.

En el marco de este Programa se desarrollaron, en noviembre de 2012 y junio de 2013, las **Jornadas de Prevención de Adicciones "Las Sustancias adictivas: algo más que unas sustancias"** (Resol. CD N°471/12 y N° 031/13). En base a una encuesta realizada a los alumno/as de Curso de Apoyo al Ingreso de la Universidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, año 2012, se pudo conocer que existe un alto porcentaje de estudiantes que consumen distintos tipos de sustancias psicoactivas, se consideró importante organizar estas Jornadas con los siguientes propósitos:

- Presentar una visión de las adicciones que enfatice los factores biopsicosociales que interactúan en el fenómeno adictivo.
- Promover el análisis acerca de la influencia del contexto social en la aparición de conductas adictivas.
- Favorecer la reflexión sobre la condición emocional, psicológica que desarrolla la familia dentro del marco de un vínculo afectivo con una persona adicta.
- Promover la reflexión y el debate, acerca de los factores de riesgo, que condicionan y/o inciden en el sujeto adicto.

B) Plan de Formación de "Promotores Estudiantiles Universitarios en Salud", aprobado por Res. CD 129/12.

En el marco del Programa Universidad Promotora de la Salud, tiene como finalidad formar grupos de estudiantes en diferentes temáticas, de tal manera que puedan actuar como promotores de la salud en las distintas unidades académicas.

Se desarrollarán diferentes cursos de extensión universitaria en las siguientes temáticas: Salud Alimentaria, Sexualidad Integral, Prevención de drogas y otras adicciones, Prevención de violencia entre pares, violencia institucional y de género, Salud mental y Actividad Física y Salud.

Los propósitos de este Plan de Formación son:

- Promover la salud, el bienestar y la calidad de vida de los estudiantes.
- Potenciar la formación de Promotores Estudiantiles Universitarios en distintas áreas de salud.
- Ofrecer a los estudiantes instrumentos y herramientas para la intervención con la población universitaria juvenil.
- Dar a conocer el proyecto Universidad Promotora de la Salud en la comunidad universitaria.

En el año 2103, entre agosto y noviembre, se desarrollará el Curso de Promotores Estudiantiles Universitarios en Salud Alimentaria (Resol. CD N°531/12).

C) Proyecto de Extensión Universitaria “Promoviendo kioscos Saludables en Escuelas de Salta”, aprobado por Resolución CD N° 077/13 y financiado por la Secretaria de Postgrado, extensión e Investigación de la facultad.

En este Proyecto participan docentes del Servicio y estudiantes avanzados de las carreras de Nutrición y Ciencias de la Comunicación. Son sus objetivos:

- Aumentar la oferta de kioscos saludables escolares.
- Promover la alimentación saludable en el ámbito escolar.
- Promover la concientización de la comunidad educativa sobre la importancia de proteger la salud y prevenir enfermedades.

Está destinado a autoridades, alumnos de 7° grado, docentes y padres de las Escuelas Dody Aráoz de Campo Quijano, Virrey Francisco de Toledo de La Silleta y Camino del Inca de Vaqueros.

Otras instituciones escolares de distintos municipios de la provincia están solicitando la implementación de este Proyecto en sus comunidades educativas.

Las intervenciones que se realizan en el marco del proyecto son: Diagnostico del estado nutricional de escolares; Talleres de alimentación saludable, actividad física y salud y buenas prácticas de manufactura; Asesoramiento y Plan de mejoras del kiosco escolar con características saludables; Asesoramiento y plan de mejoras en la huerta escolar; Elaboración de materiales educativos; Difusión del proyecto en los medios de comunicación.

EL TELEFONO DE LA SALUD

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta

Box 6, Edificio Multifuncional

Teléfono: 0387-4255488. 0800-444-5488

Web: <http://fsalud.unsa.edu.ar/telsalud/>

Mail: telsalud@unsa.edu.ar

XII JORNADA ACADÉMICA, INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Aprobada por RES. C.D. N°541/13
10 y 11 de Diciembre de 2013

OBJETIVOS:

- Difundir las actividades docentes, de investigación y de extensión al medio desarrolladas por docentes, investigadores, PAU, estudiantes y graduados de esta Facultad.
- Favorecer la integración e intercambio de experiencias pedagógicas, proyectos de investigación, servicios y actividades de extensión al medio de las carreras de grado y de postgrado.

DESTINATARIOS:

- Docentes de la carrera de grado y postgrado
- Investigadores
- Personal de Apoyo Universitario
- Estudiantes y Graduados de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ORGANIZACIÓN:

Secretaría de Postgrado, Investigación y Extensión al Medio; Secretaría Académica y Dirección General Administrativa Académica.

FECHA DE REALIZACIÓN:

Martes 10 y Miércoles 11 de diciembre

Martes de 09:00 a 12:00 y de 14:30 a 18:30

Miércoles de 09:00 a 13:30 y de 15:30 a 18:30

LUGAR:

Aula A y B de Anatomía y Aula de Postgrado planta baja Edificio A de la Facultad de Ciencias de la Salud – unas. Avda Bolivia 5150

METODOLOGÍA:

Se podrán presentar trabajos inéditos y aquellos trabajos que fueron presentados en diversos eventos académicos durante el presente año lectivo.

Avances y/o conclusiones de trabajos de investigación, de proyectos de extensión. Relatos de experiencias relacionados con prácticas pedagógicas y actividades de servicios y de extensión al medio. Exposición de resúmenes de Tesis de grado y postgrado.

Los trabajos podrán se presentados en dos modalidades: Presentación Oral y Presentación de Pósters.

CERTIFICACIÓN: Se otorgarán certificados en calidad de: Expositores y Asistentes

ARANCEL: Sin Arancel

CONVOCATORIA PARA PUBLICAR EN EL PRÓXIMO NÚMERO DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se recibirá trabajos para ser publicados en el N° 5 de la Revista hasta el 28 de febrero de 2014. Enviar los trabajos a la siguiente dirección electrónica: revistafsalud@gmail.com y presentarlos en sobre cerrado en Mesa de Entradas de la Facultad de Ciencias de la Salud, dirigido a: Comisión Editorial de la Facultad de Ciencias de la Salud. Avda. Bolivia 5120 – 4400 Salta – Capital. Los trabajos deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento de Publicaciones. Para mayor información dirigirse a la Secretaría de Postgrado, Investigación y Extensión al Medio de la Facultad (sepeisal@unsa.edu.ar) Teléfono: 0387-4255331

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa tiene como objetivo difundir el conocimiento científico en el campo de las ciencias de la salud, actividades de extensión y de investigación realizadas por miembros de la comunidad de la Facultad.

Comprenderá las siguientes secciones:

<i>Artículos de investigación originales:</i> incluyen trabajos de investigación que contemplen los siguientes apartados: introducción, objetivos, metodología, resultados principales, discusión, conclusiones y bibliografía. Deberán ser inéditos y tendrán una extensión mínima de 5 y máxima de 10 hojas.
<i>Relatos de experiencias, ensayos, artículos de revisión y actualización:</i> tendrán una extensión mínima de 3 y máximo de 5 hojas. Los ensayos deberán contener introducción, desarrollo del tema y conclusiones
<i>Comunicaciones breves de avances de proyectos de investigación o de extensión y de tesis en desarrollo:</i> tendrán una extensión mínima de 1 hoja y máxima 2 hojas.
<i>Tesis de grado y de post-grado con recomendación de publicación por parte del Tribunal Evaluador:</i> se publicará una síntesis con una extensión mínima de 3 y máximo de 5 hojas.
<i>Novedades:</i> información de reuniones científicas y otras que se consideren de interés.
<i>Actualización institucional:</i> información proporcionada por las distintas dependencias académicas y administrativas de la Facultad referidas a las actividades de gestión, de extensión, docencia y capacitación PAU.
Página informativa del Centro de Estudiantes.

Estas 3 últimas secciones dispondrán de una columna en una página de la Revista.

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES

Los manuscritos deberán presentarse en original y 2 copias, impreso en papel blanco en hoja A4, en una sola cara, en letra Arial 10, a espacio 1,5, numeradas en orden consecutivo. Además 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 hoja 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 electrónica.
<i>Resumen:</i> debe tener una extensión máxima de 200 palabras y estructurarse con los subtítulos: objetivos, metodología, 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 su 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 o cuadros y figuras deben enviarse en hoja separada, numerando los primeros con números romanos y las figuras con números arábigos, en el mismo orden en que se mencionan en el texto. Se aceptará un máximo de 5 tablas y/o figuras en blanco y negro. Las imágenes deberán ser de alta resolución.

Página de copyright: 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 no ha sido publicado ni total ni parcialmente, ni ha sido enviado para su evaluación a otra revista científica.

Todos los manuscritos se someterán a una revisión preliminar en la que se determinará si el artículo se encuadra en los objetivos, la política editorial y las normas de la revista, en cuyo caso se enviará a dos especialistas en el tema. 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 revistafsalud@gmail.com o dejarlo en sobre cerrado en Mesa de Entradas de Facultad de Ciencias dirigido a: *Comisión Editorial de la Facultad de Ciencias de la Salud. Avda Bolivia 5150. 4400 Salta. Capital*

FE DE ERRATA

En Comité de Referato el nombre correcto es: Mgs. Mónica Sacchi

se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2013,
en los talleres de



Córdoba 714 - 4400 Salta - R. Argentina - Tel/fax 54 387 4234572
administracion@mundograficosa.com.ar



Universidad Nacional de Salta