



Universidad de Concepción del Uruguay

Centro Regional Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Licenciatura en Nutrición

“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE JÓVENES ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE CONCURREN AL CENTRO DE DÍA Y CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO DE PINQUÉN EN LA CIUDAD DE GÁLVEZ”

Tesina presentada para completar los
requisitos del Plan de Estudio de la

Licenciatura en Nutrición.

Nombre y apellido: ALBERTINA MOGNI

Directora: Licenciada en Nutrición MARINA JULLIER

Ciudad y fecha: GÁLVEZ, JUNIO 2024

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representan necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”.



PÁGINA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL EVALUADOR:

.....
Licenciada en Nutrición Diamelo, Romina.

.....
Licenciada en Nutrición Eezckui, Alicia.

.....
Licenciada en Nutrición Gentili, Greta.

LUGAR Y FECHA:

.....
.....

CALIFICACIÓN:

.....
.....



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento y reconocimiento a Marina Jullier, mi directora de Tesina, por su valioso apoyo y orientación a lo largo de todo el desarrollo de este proyecto. Quiero reconocer especialmente su disponibilidad y prontitud para organizar reuniones y responder mis inquietudes, siempre brindándome el apoyo necesario para superar los desafíos que se presentaron en el camino. Su compromiso, dedicación y experiencia han sido fundamentales para el éxito de esta investigación.

También quiero expresar mi profundo agradecimiento a Greta, Romina y Alicia por su dedicación y compromiso a la hora de evaluar mi Tesina. Sus aportes han sido de gran valor para mejorar y enriquecer mi trabajo.

Agradezco a la Universidad de Concepción del Uruguay, especialmente al Centro Regional Rosario, por brindarme un ambiente de aprendizaje enriquecedor. Además, quiero reconocer el valioso apoyo y la dedicación de los profesores que han guiado mi educación.

Agradezco infinitamente a las directoras y profesionales de Pinquén, especialmente, la Licenciada Eliana Amprimo, la Doctora Monserrat Sarli y la Terapeuta ocupacional María Eugenia Marzal por abrirme las puertas del establecimiento, y a todos los jóvenes adultos que participaron de esta investigación y fueron clave para su realización.

Y, por último, agradezco profundamente y les dedico este gran logro personal...

A mi hijo Gino que, con amor, dulzura y alegría fue muy paciente en el proceso para que hoy pueda finalizar mi investigación.

A Nicolás, mi compañero, que estuvo a la par, sosteniendo y alentando cada logro con amor y paciencia como si fuese suyo.



A mis padres, a quienes agradezco profundamente por su inquebrantable amor, apoyo y sacrificio a lo largo de mi camino académico. Han sido mi fuente de aliento y motivación constante, animándome a perseguir mis sueños y a nunca rendirme.

A mis hermanas, por acompañarme todos estos años y confiar en mí, siempre.

A mis amigas de toda la vida, que jamás me dejaron caer y me incentivaron constantemente para que logre mi objetivo y aquellas que formé gracias a esta hermosa carrera, por bancarme en cada etapa y entender lo que es el largo y bello camino del estudiante.



RESUMEN

La discapacidad se manifiesta de manera variable en las personas, lo cual hace compleja la tarea de unificación de criterio en lo que respecta a la atención en salud, y específicamente a la alimentación. Algunas personas con discapacidad requieren de cuidados especiales que aseguren el cumplimiento de objetivos nutricionales mediante adaptaciones individuales a la realidad de cada persona; poniendo particular atención en aquellos casos donde existan condiciones de vulnerabilidad.

Es por esto que la presente Tesina tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de jóvenes adultos con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén de la ciudad de Gálvez en el año 2024. La investigación adoptó un enfoque metodológico de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 29 jóvenes adultos con discapacidad intelectual que asistieron a dicho establecimiento y cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de la información se ha efectuado mediante datos antropométricos y una encuesta adaptada, realizada de manera presencial, anónima y escrita. Posteriormente, los datos obtenidos fueron volcados en el Software Microsoft Excel 2016, donde se analizaron mediante la confección de gráficos y tablas. Los resultados de esta investigación mostraron que en la muestra seleccionada ($n=29$), el 66% ($n=19$) exhibió un Índice de Masa Corporal mayor a 27, correspondientes a sobrepeso y obesidad en sus 3 grados. Así mismo, el 70% ($n=7$) de las mujeres presenta riesgo cardiovascular aumentado y sólo el 47% ($n=9$) de los hombres evidencia una circunferencia de cintura en parámetros saludables.

Palabras claves: Discapacidad, Discapacidad intelectual, Nutrición, Alimentación, Valoración del estado nutricional, Hábitos alimentarios, Disfagia.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. ANTECEDENTES	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
5.1 Objetivo general	19
5.2 Objetivos específicos	19
6. HIPÓTESIS	20
7. MARCO TEÓRICO	21
7.1 Discapacidad.....	21
7.2 Clasificación de discapacidad	22
7.3 Causas de la discapacidad intelectual	24
7.4 Prevalencia de la discapacidad intelectual.....	26
7.5 Importancia de la alimentación en la discapacidad	28
7.5.1 Problemas nutricionales y dietéticos asociados a la discapacidad intelectual.....	30
a) Problemas bucales.	30
b) Problemas digestivos.	31
c) Problemas cardiorrespiratorios.....	39
d) Problemas oculares	40
e) Problemas psicomotrices y neurológicos.....	40
f) Problemas endócrino-metabólicos:	40
7.6 Alimentación y nutrición en personas con discapacidad.	46
7.7 Valoración del Estado Nutricional.	57
7.7.1 Valoración del estado nutricional de los concurrentes.....	60
8. DISEÑO METODOLÓGICO	63
8.1 Tipo de estudio.....	63
8.2 Unidad de análisis.	64



8.3 Población	64
8.4 Muestra	64
8.5 Variables:	65
8.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	85
9. REFERENTE EMPÍRICO	90
10. RESULTADOS ALCANZADOS	92
11. DISCUSIÓN.....	125
12. CONCLUSIONES.....	132
13. RECOMENDACIONES.....	135
14. BIBLIOGRAFÍA.....	138
ANEXOS	145
ANEXO I.	146
ANEXO II.	148
ANEXO III.	153
ANEXO IV	156
ANEXO V	157



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas de discapacidad intelectual.	24
Tabla 2. Marco y descriptores de la IDDSI.	34
Tabla 3. Efectos ponderales de fármacos psicotrópicos utilizados en el tratamiento de trastornos mentales en personas con DI.	43
Tabla 4. IMC y su interpretación clínica.	61
Tabla 5. Edad de la muestra.	92
Tabla 6. Frecuencia de consumo semanal de los concurrentes.	98
Tabla 7. Evaluación antropométrica. Peso de la muestra.	105
Tabla 8. Evaluación antropométrica. Talla de la muestra.	106
Tabla 9. Evaluación antropométrica. IMC de la muestra.	106
Tabla 10. Evaluación bioquímica. Glóbulos blancos.	108
Tabla 11. Evaluación bioquímica. Glóbulos rojos.	108
Tabla 12. Evaluación bioquímica. Hemoglobina.	109
Tabla 13. Evaluación bioquímica. Hematocrito.	110
Tabla 14. Evaluación bioquímica. Glucemia en ayunas.	111
Tabla 15. Evaluación bioquímica. Colesterol total en ayunas.	112
Tabla 16. Evaluación bioquímica. Colesterol HDL en ayunas.	113
Tabla 17. Evaluación bioquímica. Colesterol LDL en ayunas.	115
Tabla 18. Evaluación bioquímica. Triglicéridos en ayunas.	116
Tabla 19. Evaluación antropométrica. Circunferencia de cintura.	119
Tabla 20. Evaluación antropométrica. Circunferencia de cadera.	120
Tabla 21. Evaluación antropométrica. Índice cintura-cadera.	121



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Clasificación por edad de los concurrentes.	93
Gráfico 2. Distribución según sexo.....	93
Gráfico 3. Distribución según tipo de discapacidad.....	94
Gráfico 4. Tipo de cocción más utilizada	95
Gráfico 5. Distribución del consumo de agua.	97
Gráfico 6. Distribución del tipo de consistencia que consumen los concurrentes.	103
Gráfico 7. Distribución de la percepción del apetito de los concurrentes.	104
Gráfico 8. Tipo de actividad física realizada por los concurrentes.....	105
Gráfico 9. Distribución del estado nutricional según IMC.	107
Gráfico 10. Distribución de los valores de glucemia en ayuno.	111
Gráfico 11. Distribución de los valores de Colesterol total en ayuno.....	113
Gráfico 12. Distribución masculina y femenina de los valores de Col-HDL en ayuno. .	114
Gráfico 13. Distribución de los valores de Colesterol LDL en ayuno.....	115
Gráfico 14. Distribución de los valores de Triglicéridos en ayuno.	117
Gráfico 15. Categorización de los valores de presión arterial.	118
Gráfico 16. Distribución masculina y femenina de los riesgos en función de la CC.	120
Gráfico 17. Distribución masculina y femenina de los riesgos en función del ICC.	122
Gráfico 18. Distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles.....	123
Gráfico 19. Distribución del consumo de medicamentos.....	124



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Pirámide de la población con discapacidad certificada durante 2020. Región centro (excluye CABA y Provincia de Buenos Aires)	27
Ilustración 2. Niveles de texturas para disfagia.	33
Ilustración 3. Gráfica de la alimentación diaria.	55
Ilustración 4. Imagen del frente de la institución.....	91
Ilustración 5. Imagen del frente de la institución.....	91



1. INTRODUCCIÓN

El abordaje del tratamiento de personas con discapacidad fue modificándose a lo largo del tiempo y con el correr de los años se logró (y se sigue trabajando en ello) una mirada más integral donde se tiene en cuenta, no solo su patología y su sintomatología, sino también las condiciones socioeconómicas y culturales, hábitos y la realización de actividad física.

Es relevante destacar la importancia de la nutrición en la salud de los usuarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual. Entre las ventajas comunes al resto de la población que atribuyen a una alimentación adecuada, está el contribuir al mejor desarrollo y crecimiento, la mejora en el rendimiento de las actividades, el aumento de la capacidad de atención, la protección frente al agravamiento de las enfermedades intercurrentes y la disminución del riesgo de contraer enfermedades por carencias nutricionales.

Los individuos con discapacidad intelectual, independientemente de su condición de base, pueden estar más expuestos a factores desfavorables que inciden sobre la prevalencia de diversos estados nutricionales.

Entre las posibles consecuencias de una alimentación inadecuada, unida a situaciones de escaso ejercicio físico, se encuentra la obesidad que no sólo puede repercutir negativamente en la salud física, sino también en la percepción de uno mismo y en la aceptación de los demás. El sobrepeso supone un riesgo importante para enfermedades crónicas (cardiopatía, diabetes tipo II, artritis) y afecta también a otros problemas de salud como la hipertensión, dislipemias y el asma por lo que debe considerarse como un grupo vulnerable y de alto riesgo nutricional.



2. JUSTIFICACIÓN

Caminando mis últimos pasos en esta Licenciatura, tuve el enorme placer de realizar mis Prácticas Profesionales observando y analizando nutricionalmente a personas con discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”*.¹ Teniendo en cuenta el Informe Mundial sobre la Discapacidad, alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad. El INDEC (Instituto de Estadísticas y Censos de la República Argentina) publicó los resultados preliminares del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, a través del cual se sabe que el 10,2% de la población argentina tiene algún tipo de discapacidad.

Uno de los aspectos que forman parte del conjunto de problemas propios del sujeto con discapacidad intelectual, es el relativo a su alimentación y nutrición. Muchas investigaciones confluyen en la idea de que la deficiencia intelectual leve, incluyendo factores de riesgo como el Síndrome de Down, los efectos secundarios de los medicamentos, la edad, el sexo, la inactividad física y el contexto socio familiar se asocia con hábitos nutricionales inadecuados que promueven la aparición de sobrepeso y obesidad en este grupo.

Contemplando los resultados obtenidos en la cuarta y última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2018/2019, 6 de cada 10 adultos presentan sobrepeso u obesidad. Por lo tanto, es importante valorar y mejorar en lo posible los aspectos nutricionales y dietéticos de los concurrentes al Centro de Día y Centro

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). *“Informe mundial sobre discapacidad”*. Malta. 2011.



Educativo Terapéutico Pinquén de Gálvez ya que contribuiría a mejorar la calidad de vida de estas personas. Así entendido, un plan de atención nutricional y dietético puesto en práctica en el contexto de un centro ocupacional, y destinado a mejorar el estado nutricional de personas jóvenes adultas con discapacidad intelectual y a la adquisición de habilidades en materia de alimentación sana y equilibrada, fracasará si no se valoran completa y adecuadamente aquellas variables internas, pero por sobre todas las cosas, externas al centro, como son los hábitos y costumbres de los padres o tutores.

Teniendo en cuenta las personas que concurren al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén de Gálvez considero oportuna una investigación cuali-cuantitativa, no sólo por la necesidad de la misma ante la escasez de investigaciones de este tipo en los aspectos nutricionales y dietéticos de las personas con discapacidad intelectual, sino también para poder orientar a sus referentes y directivos acerca de la situación nutricional que están atravesando sus concurrentes.



3. ANTECEDENTES

- Bronberg, R. A., Alfaro, E. L., Bejarano, I. F., Dipierri, J. E. (2011). ***Prevalencia de malnutrición en pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados.*** Servicio de Genética, Hospital Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Provincia de Buenos Aires. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v71n1/v71n1a01.pdf>

En este estudio de corte transversal fueron incluidos pacientes entre 19 y 87 años de ambos sexos con diagnóstico de Discapacidad Intelectual (DI) internados en la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Provincia de Buenos Aires. Argentina. Los pacientes se dividieron en tres grupos de DI de acuerdo al coeficiente de inteligencia (CI): con $CI > 52$ DI leve (DIL); CI entre 36 y 51 DI moderada (DIM) y $CI < 35$ DI grave o severa (DIS). Se utilizaron las siguientes mediciones antropométricas: peso (kg) y talla (cm). El estado nutricional se determinó mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$). En cuanto a las prevalencias, los resultados obtenidos, independientemente del sexo, fueron de bajo peso (2.9%), sobrepeso (30%) y obesidad (27.7%). En mujeres se observó mayor prevalencia de obesidad (41.2%) y en varones de sobrepeso (34.7%). Teniendo en cuenta el grado de DI e independientemente del sexo se observó mayor prevalencia de bajo peso en DI grave y de sobrepeso y obesidad en DI leve. Ninguno de los pacientes con DI leve presentó bajo peso. Teniendo en cuenta el sexo y el grupo de DI las mayores prevalencias de bajo peso y sobrepeso se hallaron en varones con DI leve, (7% y 38.4% respectivamente) y de obesidad en mujeres con DI moderada (44%). Los resultados obtenidos indicarían la importancia del control del ingreso calórico y gasto



energético de adultos con DI, prestando especial atención a las condiciones de vida y a los desórdenes alimentarios en relación al grado de DI y a sus múltiples discapacidades asociadas.

- García, E. G. (2010). ***El estado del peso corporal en sujetos con retraso mental en un centro de día.*** Tesis de grado Licenciatura en Educación Física. Repositorio institucional Universidad de La Plata. Argentina.

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/2909>

Se realizó un estudio con diseño descriptivo transversal teniendo en cuenta las siguientes medidas antropométricas: peso, talla e IMC; recolectándose los datos en concurrentes al Centro de Día Avance ubicado en la localidad de Villa del Plata, partido de Ensenada, provincia de Buenos Aires, República Argentina. Concurren 32 individuos cuya patología en común es la discapacidad mental, aunque también se encuentran discapacidades motoras y sensoriales. Según este trabajo, el estado de peso corporal en sujetos con retraso mental (RM) varía entre el peso normal y el exceso de peso en forma de sobrepeso y de obesidad, en menor medida el bajo peso. En el análisis de los 32 concurrentes se observa que 37,5% de los individuos presentan un estado de peso corporal considerado como normal y un 62,5% se apartan de esos valores, comprendiendo 28,1% bajo peso, 15,6% sobrepeso y 18,7% obesidad; sumando sobrepeso y obesidad, obtenemos un 34,3% de exceso de peso corporal. Según los porcentajes obtenidos, las personas que poseen mayor riesgo de sobrepeso y obesidad son los grupos de mujeres mayores de edad, sujetos con capacidad ambulatoria, discapacidad mental y menor grado de retraso mental.



- Acosta, A. (2018) ***Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adolescentes con discapacidad intelectual de la unidad de educación especial del Carchi. período 2017.*** tesis de Licenciatura en nutrición de la Universidad de Ecuador.
[file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/06%20NUT%20220%20TRABAJO%20DE%20GRADO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/06%20NUT%20220%20TRABAJO%20DE%20GRADO%20(1).pdf)

El objetivo del presente estudio fue determinar el estado nutricional y hábitos alimentarios de los adolescentes con discapacidad intelectual de la unidad de educación especial del Carchi. El tipo de estudio fue cualitativo, descriptivo y transversal. Los indicadores utilizados fueron: sociodemográficos, IMC/edad, talla/edad, porcentaje de grasa corporal y hábitos alimentarios; incorporándose encuestas de acuerdo a las necesidades del estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: Según el IMC/edad el 65,5% de los estudiantes presentan un estado nutricional normal, mientras que el 20,6% presentó sobrepeso, y los de bajo peso corresponden al 13,8%. Según el porcentaje de grasa corporal se encontró que el 37,9% tienen bajo peso, el 34,5% se encuentran con obesidad, el 24,1% tienen un estado nutricional normal y el 3,4% presentaron sobrepeso. En cuanto al consumo de calorías y macronutrientes, según el porcentaje de adecuación ninguno cubrió los requerimientos necesarios en la dieta. En cuanto a los hábitos alimentarios de los adolescentes se encontró que el 100% desayunan todos los días y realizan 4 a 5 comidas diarias en horario regular. Finalmente, en la frecuencia de consumo, al relacionar con los tres indicadores de evaluación nutricional se evidenció que la mayoría consume frecuentemente frutas y verduras por lo menos una vez por día.



- San Mauro-Martín, I., Onrubia-González-De la Aleja, J., Garicano-Vilar, E., Cadenato-Ruiz, C., Hernández-Villa, I., Rodríguez-Alonso, P., Pina-Ordúñez, D., Fortúnez-Garrido, E., Villacorta-Pérez, P., Sanz-Guisado, P., Galdine-Martín, P., Bonilla-Navarro, M., Figueroa-Borque, M., García de Angulo, B. **Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual.** Rev Neurol 2016; 62: 493-501. <file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/Lo%20que%20estaba%20en%20la%20pc%20antes%20del%20formateo/Facultad%20Alber/ANTECEDENTES%20DISCAPACIDAD/AnlisisdelestadonutricionalycomposicincorporaldepersonasconDI2016%20ESPA%C3%91A.pdf>

Las personas con discapacidad intelectual tienen tasas significativamente más altas de mortalidad y morbilidad respecto de las personas con típico desarrollo. El primer factor de riesgo más dominante es el sexo: las mujeres con discapacidad intelectual tienen mucho más riesgo que los hombres de tener sobrepeso (53,9% frente a 39,9%) y obesidad (28,2% frente a 9,5%). El segundo es la edad: existe una disparidad de obesidad en los jóvenes con discapacidad intelectual, especialmente a medida que envejecen. Y, por último, la evidencia sugiere que la mayoría de los adultos con discapacidad intelectual, no practica suficiente cantidad de actividad física, es decir, resulta significativamente menos propensa a ser físicamente activa. La mayoría de los adultos con discapacidad intelectual tiene el potencial para satisfacer las pautas de actividad física, pero necesitan apoyo directo y personal para planificar, organizar y participar en las actividades físicas.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación constituye un pilar importante para lograr una adecuada calidad de vida y bienestar, así como para conseguir una plena inclusión social. Las personas con discapacidad pueden mostrar cierto retraso en sus habilidades para comer y beber, ya sea por una condición puramente cognitiva o motora que repercute directamente en su estado nutricional.

Asimismo, es muy común observar el desconocimiento del padre, madre o tutor acerca de una alimentación saludable para estas personas, es decir un régimen alimentario que cumpla con las leyes de una buena alimentación, que sea de calidad, cantidad adecuada, inocua y completa, que cubra los requerimientos necesarios de cada individuo y que el equilibrio entre gasto y consumo sea equitativo para prevenir el sobrepeso y la obesidad comúnmente frecuentes en este grupo de personas.

Son muy diferentes las condiciones que presentan los concurrentes a esta Institución por lo que será enriquecedor conocer, profundizar y por qué no, aconsejar acerca de la mejor forma de tratar nutricionalmente a dichas personas.

Siendo una estudiante con un fuerte interés en este tipo de población me surgió la siguiente pregunta que fue el puntapié inicial para mi posterior investigación:

¿Cómo son los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual que concurren al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén en la ciudad de Gálvez?



5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Objetivo general

Determinar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual que concurren al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén, de la ciudad de Gálvez, durante el mes de mayo de 2024.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar las características de las personas con discapacidad que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén contemplando las siguientes variables: sexo y edad; tipo de discapacidad y patologías asociadas.
- Identificar los hábitos alimentarios y evaluar la ingesta dietética de jóvenes adultos con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén.
- Determinar el estado nutricional por medio del índice de masa corporal, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera e índice Cintura-Cadera de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén.
- Analizar los valores, y posibles alteraciones, de los indicadores bioquímicos (obtenidos de las historias clínicas).
- Identificar a través de los indicadores antropométricos riesgo de enfermedad cardiovascular y enfermedades crónicas no transmisibles.
- Relacionar el estado nutricional con los hábitos alimentarios de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén con el fin de conocer la realidad de los concurrentes a la Institución.
- Indagar sobre la frecuencia y el tipo de actividad física que realizan.



6. HIPÓTESIS

La relación que existe entre la valoración del estado nutricional y los hábitos alimentarios de los jóvenes adultos que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén de Gálvez durante el mes de mayo de 2024, es directa.



7. MARCO TEÓRICO

Palabras claves: Discapacidad, Discapacidad intelectual, Nutrición, Alimentación, Valoración del estado nutricional, Hábitos alimentarios, Disfagia.

7.1 Discapacidad

Las personas con discapacidad son definidas según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“aquellas que tienen deficiencias físicas, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.”*² A partir de la convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el 2006 donde se aprueban los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), es posible reconocerla como un concepto que evoluciona, por lo que no es un “atributo de una persona” (como se creía antes), sino que se pueden lograr avances para mejorar la participación social y contribuir al pleno desenvolvimiento en la vida cotidiana. Se puede decir entonces que la discapacidad es compleja, dinámica y multidimensional.

En promedio, 1300 millones de personas, es decir, el 16% de la población mundial, sufren actualmente una discapacidad importante. En la Argentina se estima que unos 5 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad, el 55% son mujeres y 45%, varones, según datos de la Agencia Nacional de Discapacidad.

El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento público y válido en todo el país que permite ejercer los derechos y acceder a las prestaciones previstas en las leyes nacionales 22.431 y 24.901. La evaluación es realizada por una Junta Evaluadora interdisciplinaria que determina si corresponde la emisión del Certificado Único de

² Organización Mundial de la Salud (OMS). *“Informe mundial sobre discapacidad”*. Malta. 2011.



Discapacidad o no. Su tramitación es voluntaria, gratuita y, a partir del 2023, sin vencimiento.

7.2 Clasificación de discapacidad

En la 11.a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)³ promovida por la OMS, la discapacidad intelectual es definida como un grupo de afecciones etiológicamente diversas originadas durante el periodo del desarrollo y caracterizadas por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, que son aproximadamente de dos o más desviaciones típicas por debajo de la media (aproximadamente menos del percentil 2,3).

Existen diferentes niveles de discapacidad intelectual categorizadas según el Instrumento WAISS-III (escala de inteligencia de Wechsler) para adultos, que evalúan la inteligencia general y del desarrollo psicomotor.

- **Trastorno del desarrollo intelectual LEVE.** Las personas afectadas a menudo presentan dificultades en la adquisición y comprensión de conceptos de lenguaje complejo y de habilidades académicas. Sin embargo, se cuenta con la mayoría de las actividades principales de autocuidado básico, domésticas y prácticas, por lo que, aunque podrían requerir de apoyo, generalmente las personas afectadas por un trastorno del desarrollo intelectual leve logran vivir de manera relativamente independiente. El coeficiente intelectual (CI) oscila entre 50-55 hasta aproximadamente los 70.

- **Trastorno del desarrollo intelectual MODERADO:** El lenguaje y la capacidad para la adquisición de las habilidades académicas de las personas afectadas se limita a las competencias básicas. Algunos pueden dominar el autocuidado básico, doméstico y práctico. Las personas más afectadas requieren un apoyo considerable y constante con

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). "CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades". 2022



el fin de lograr una vida independiente y el empleo en la edad adulta. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. La mayoría es físicamente activa y tienen total capacidad de movimientos. Un porcentaje de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples. El CI se encuentra entre 35 y 49.

- **Trastorno del desarrollo intelectual GRAVE:** Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos que las mencionadas en el grupo anterior. Muchas personas, dentro de esta categoría, padecen un grado marcado de déficit motor u otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica. El CI está comprendido entre 20 y 34.

- **Trastorno del desarrollo intelectual PROFUNDO:** El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces, en el mejor de los casos, sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constante. Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad o la



capacidad visual o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

7.3 Causas de la discapacidad intelectual

Teniendo en cuenta lo expresado en la Reunión Nacional de Alimentación para personas con Discapacidad (ReNADis), *“las causas de la discapacidad ya sea física, intelectual, sensorial, psíquica o mixta pueden ser ocasionadas por diversas patologías de carácter congénito o adquirido a raíz de un accidente o enfermedad. Sus consecuencias provocan alteraciones permanentes o transitorias, de diferentes funciones de aprendizaje, comunicación, lenguaje, mentales, motoras e integración social.”*⁴ No obstante, cabe añadir que en muchos casos se desconoce la etiología. A continuación, se enumeran las causas más relevantes:

Tabla 1. Causas de discapacidad intelectual.

Problemas relacionados al embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Infecciones• Teratogénesis (anormalidades estructurales o funcionales durante el desarrollo embrionario)• Tóxicos• Insuficiencia placentaria (flujo sanguíneo inadecuado a la placenta durante el periodo de gestación, que da lugar a una
------------------------------------	---

⁴ Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN). *“Reunión nacional de alimentación para personas con discapacidad”*. 1er edición. C.A.B.A. 2018



	disminución de la transferencia transplacentaria de oxígeno y nutrientes al feto)
Alteraciones genéticas	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de Down• Errores innatos del metabolismo
Problemas perinatales	<ul style="list-style-type: none">• Traumatismos• Sufrimiento fetal• Tóxicos• Malnutrición• Hemorragias intracraneales• Alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipernatremia, hiperbilirrubinemia, fenilcetonuria)• Infecciones (meningitis)
Trastornos adquiridos	<ul style="list-style-type: none">• Accidentes

Fuente: Adaptado de “*Hábitos dietéticos y problemas alimentarios y nutricionales en personas adultas con discapacidad intelectual leve-moderada*” Gallar Pérez-Albaradejo, M. (2014).

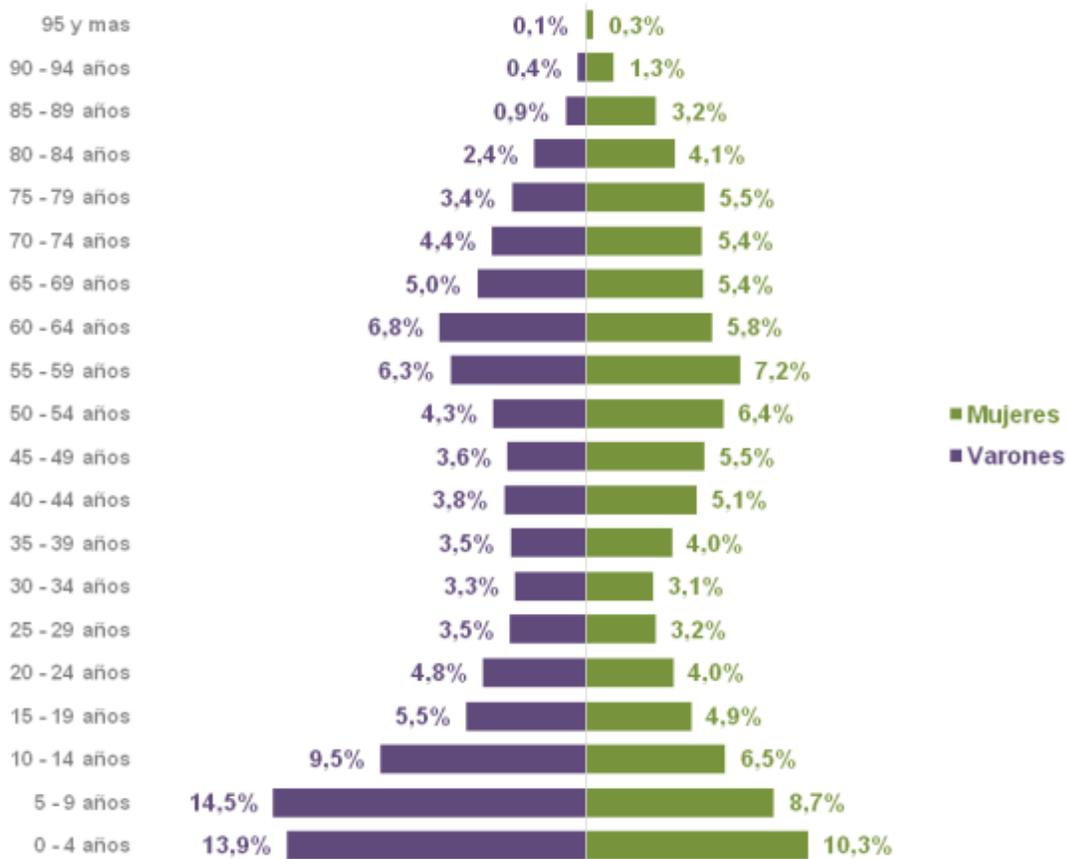


7.4 Prevalencia de la discapacidad intelectual

La Agencia Nacional de Discapacidad de la República Argentina publicó en el año 2020 un “Anuario estadístico del Registro Nacional de Personas con Discapacidad” en el que se registró la cantidad de personas con diferentes discapacidades del territorio nacional. Hasta ese momento, se registraban 1.352.301 CUD vigentes. En noviembre de ese mismo año, se hizo el relevamiento anual y se concluyó que fueron emitidas 119.570 nuevas CUD. En la Ilustración 1 se puede observar que, en su base, hay una considerable concentración de casos entre las personas menores de 14 años con una concentración marcadamente mayor entre los varones. Al igual que en el total del país, entre los varones de 5 a 9 años, se concentró el 14,5% del total de los casos para esta categoría. Entre 15 y 54 años, se observó una disminución de los casos con una concentración mayoritaria entre las mujeres. A partir de los 55 años, la pirámide vuelve a ensancharse con una proporción de casos generalmente mayor entre las mujeres y alcanzando la mayor concentración entre los rangos que comprenden los 55 y los 59 años. A partir de los 65 años, se observó el inicio definitivo de la reducción de la estructura, con una proporción también mayor entre las mujeres. Durante 2020, se registró 1 persona transexual con CUD y 4 que se ubicaron en la categoría “Otro”.



Ilustración 1. Pirámide de la población con discapacidad certificada durante 2020. Región centro (excluye CABA y Provincia de Buenos Aires)



Fuente: Registro Nacional de Personas con Discapacidad-ANDIS

Nota: adaptado de “Pirámide de la población con discapacidad certificada durante 2020. Región centro (excluye CABA y Provincia de Buenos Aires)”. Agencia Nacional de Discapacidad. 2020



De las 119.570 personas certificadas en todo el país, 13.088 corresponden a una deficiencia de origen intelectual, de las cuales, 7.160 corresponden a la Región Centro. El 9,1% de las personas con deficiencia intelectual a nivel nacional son mujeres entre 15 y 64 años. Con respecto a los hombres de la misma edad y en la misma condición, la prevalencia nacional es de 10,3%.

7.5 Importancia de la alimentación en la discapacidad

La alimentación es una actividad personal e individual, pero que permite la comunicación, la cohesión, la participación, el disfrute, el sentimiento de autonomía y la motivación.

Dentro de las llamadas “Actividades de la Vida Diaria” (AVD), la alimentación es una de las áreas de ocupación más importantes, que puede verse afectada en determinadas patologías o momentos vitales o circunstanciales.

Estas dificultades abarcan desde el conflicto físico (llevar comida a la boca), el procesamiento de alimentos en la boca (déficit motor o sensorial), la disfagia, los desórdenes alimentarios psicosociales (obsesiones alimentarias, malos hábitos), las disfunciones relacionadas con discapacidades cognitivas (incomprensión de la nutrición o la preparación de alimentos), la intervención quirúrgica, y las alteraciones neurológicas, hasta los problemas de posicionamiento que afectan la alimentación.⁵

Es estrecha la relación entre la nutrición y la enfermedad neurológica. El sistema nervioso requiere un aporte suficiente de macro y micronutrientes para que su funcionamiento sea óptimo. Existen diversos problemas que condicionan la alimentación y la nutrición de las personas. En general, limitan su alimentación todos aquellos trastornos que impiden o

⁵ Martín Martín LM, Serrano Guzmán M, Valenza Marie C, Cabrera Martos I. (2011) “*La alimentación humana. La perspectiva de la terapia ocupacional y la antropología*”. TOG (A Coruña) [revista en Internet].



dificultan el proceso de captación e interiorización de los alimentos en el organismo (Cervera, 2002). Existe un evidente riesgo de malnutrición en las personas con discapacidad que influye negativamente en el pronóstico de su enfermedad, ya sea por afecciones en el SNC que repercuten en el hambre y la saciedad, hipotonía o hipertrofia muscular, en el proceso de deglución, apraxia y la limitada (o la falta) de autonomía que influyen en el aporte dietético. En este último caso, es de vital importancia promover la educación alimentaria en cuanto a conocimientos básicos del área de nutrición, higiene y salud a las personas que los asistan, con el fin de que se pueda garantizar una alimentación saludable y evitar enfermedades o infecciones de origen alimentario.

Por su parte, la nutrición, como proceso fisiológico de asimilación y metabolismo de nutrientes, puede hallarse alterada por múltiples causas congénitas o adquiridas.

Dentro de los cuidados que necesitan las personas con discapacidad, los aspectos dietéticos ocupan un papel esencial debido a:

- La necesidad de preservar una adecuada nutrición para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo, prevenir complicaciones y contribuir a mantener una adecuada salud física y psíquica.
- La implicación en el ámbito de la reinserción social, promoviendo habilidades de auto alimentación y una educación nutricional adecuada.

En cuanto al proceso de alimentación en personas con discapacidad grave o profunda, como puede ser en el caso de parálisis cerebral, el equipo de salud debe realizar evaluaciones funcionales para garantizar que el proceso sea óptimo. Entre ellas se pueden mencionar: presencia o ausencia de sostén cefálico acompañado de un correcto ajuste postural, adecuación del proceso de deglución y de masticación; necesidad de utensilios adaptados a su motricidad; evaluar la coordinación mano-boca en las personas con motricidad reducida, entre otros.



7.5.1 Problemas nutricionales y dietéticos asociados a la discapacidad intelectual.

Con ésta denominación se hace referencia a aquellos trastornos de cualquier índole (física, mental o social) que puedan perturbar la normal alimentación y nutrición de las personas con discapacidad intelectual, y cuya resolución entraña a su vez una dificultad añadida.

La severidad de los problemas nutricionales depende de múltiples factores propios de cada individuo, tales como la edad, nivel de funcionalidad, severidad de la discapacidad, estado general de salud, así como las condiciones de su entorno, educación, entrenamiento de habilidades, trabajo o condiciones sociales.

A continuación, se exponen los principales trastornos que pueden perturbar la alimentación y la nutrición de las personas con discapacidad.

a) *Problemas bucales.* El Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de Estados Unidos describe algunos problemas orales que pueden observarse frecuentemente en personas con discapacidad. Las enfermedades periodontales (encías), la maloclusión, el retraso en la erupción de los dientes, malformaciones de la boca, hábitos perjudiciales como rechinar, apretar o empujar los dientes con la lengua y la falta o deficiente limpieza dentaria son algunos de los escenarios posibles. Los factores que contribuyen a una mala salud bucal pueden estar relacionados al uso de anticonvulsivos, menor exposición solar, escaso consumo de alimentos fuentes de calcio, mujeres postmenopáusicas o hipogonadismo en el hombre. (Humphries 2009). En el colectivo de las personas con Síndrome de Down es posible observar complicaciones relacionadas a la masticación debido a una característica de la estructura orofacial que perturba la función masticatoria.



Especificando aún más los problemas bucales, es posible observar la aparición de caries, la pérdida de piezas dentarias, macroglosia (lengua grande) o una cavidad bucal pequeña, ambas presentes generalmente en las personas con SD; hiposialia o asialia (insuficiente o nula producción de saliva respectivamente) que conducen a la xerostomía y la hipertrofia de las amígdalas.

b) *Problemas digestivos*. A nivel proximal (y muy común en personas con DI), se puede observar *disfagia*. Ésta afección se trata de la dificultad o incapacidad para la deglución de alimentos sólidos y/o líquidos o incluso la propia saliva. Puede tener su etiología en un trastorno mecánico (estrechamiento, tumoración o inflamación) o en trastornos neuromusculares como en el caso de la parálisis cerebral. En el propio proceso de la deglución, donde interaccionan tanto el aparato digestivo, como el sistema nervioso (central y periférico) y el sistema cardiorrespiratorio, se pueden diferenciar distintas fases. El tipo de disfagia que se observa con mayor frecuencia es la que se produce en la “fase oro-faríngea”. Es decir, la fase oral, donde el alimento es recogido por la lengua cuya parte media se eleva para presionar el bolo contra el paladar duro para desplazarlo hacia atrás. Y, en segundo lugar, la fase faríngea, que se inicia cuando se desencadena el reflejo deglutorio que, en condiciones normales, su duración no sobrepasa un segundo o uno y medio. En ésta última etapa se desencadenan diferentes pasos que lograrán el éxito de la deglución (cierre velofaríngeo – cierre laríngeo - elevación y desplazamiento anterior de la laringe para proteger la tráquea - peristaltismo faríngeo - relajación del esfínter esofágico superior para permitir que el bolo pase de la faringe al esófago).

La postura es un factor muy importante a tener en cuenta al momento de administrar las comidas, ya que, si la misma es adecuada, se verá favorecida la deglución y digestión de los alimentos y disminuirá el riesgo de broncoaspiración. Una buena postura garantiza



condiciones adecuadas para una alimentación placentera y segura. Las indicaciones posturales se deben realizar junto con el equipo interdisciplinario: fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, fisiatría, entre otros.

Las recomendaciones más eficaces para el tratamiento de ésta afección son: adaptación del entorno (comer en un lugar tranquilo, sin distracciones, y sin prisa), ayuda con terapias sensoriales y maniobras adaptadas, control de la postura evitando hiperextender el cuello, promover la independencia con el uso de elementos de apoyo en los momentos de alimentación (ejemplo: utensilios y mobiliario adaptados), enriquecer la dieta (dependerá de las características y necesidades nutricionales de la persona) y por último, adaptación de texturas y viscosidad del bolo alimenticio (distintas texturas para líquidos y sólidos) o adición de espesantes artificiales (almidones, gomas, etc).

En cuanto a la adaptación de texturas, tanto la Reunión Nacional de Alimentación para personas con Discapacidad (ReNADis) como el Atlas Fotográfico de Consistencias de Alimentos para el Tratamiento de personas con Discapacidad de Ruiz Brünner M, et al (2019), expresan lo que citó la “International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)” en el año 2017. Se establecen 8 niveles (0 - 7), donde las bebidas se miden en los niveles 0 - 4, mientras que los alimentos se miden en los niveles 3 - 7. El marco IDDSI proporciona una terminología común para describir las texturas de los alimentos y el espesor de las bebidas. En la ilustración 2 se podrán observar los diferentes niveles.

Ilustración 2. Niveles de texturas para disfagia.



Fuente: www.iddsi.org

En la Ilustración 2 se expresan los diferentes niveles que a continuación se detallarán en la Tabla 2.



Tabla 2. Marco y descriptores de la IDDSI.

NIVELES		DESCRIPCIÓN/CARACTERÍSTICAS	INDICADORES FISIOLÓGICOS
B E B I D A S	<u>Nivel 0:</u> FINA	<ul style="list-style-type: none"> • Fluye rápidamente como el agua. • Puede ser ingerida mediante cualquier tipo de tetina, vaso o pajilla, según proceda por edad y destrezas. 	Se propone como marcador la habilidad funcional para manejar toda clase de líquidos de manera segura.
	<u>Nivel 1:</u> LIGERAMENTE ESPESA	<ul style="list-style-type: none"> • Es más espesa que el agua. • Fluye a través de una pajilla, jeringa o tetina. • Requiere un poco más de esfuerzo que la textura líquida fina para ser ingerida. • Presenta una textura similar a la de la fórmula infantil antirreflujo disponible comercialmente. 	Se utiliza en población adulta cuando líquidos finos fluyen demasiado rápido para ser controlados. Los líquidos ligeramente espesos fluyen a una velocidad menor.
	<u>Nivel 2:</u> POCO ESPESA	<ul style="list-style-type: none"> • Se derrama de una cuchara con rapidez, pero de modo más lento que una bebida con textura fina. • Es sorbible con pajilla. • Requiere esfuerzo para ser succionada a través de una pajilla con diámetro estándar (diámetro estándar = 0.209 pulgadas o 5.3 mm) 	Si la bebida fina fluye demasiado rápido para ser controlada de manera segura, la poco espesa (Nivel 2) fluirá a una velocidad más lenta; por lo tanto, podrá ser adecuada si el control lingual se encuentra ligeramente reducido.
	<u>Nivel 3:</u> MODERADAMENTE ESPESA (BEBIDAS) LICUADAS (ALIMENTOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Puede beberse de un vaso o comerse con cuchara, pero no con tenedor, ya que gotea lentamente en porciones a través de las ranuras del cubierto. • Requiere cierto esfuerzo para ser succionada a través de una pajilla con un diámetro estándar o más ancho (pajilla con diámetro ancho= 0.275 pulgadas o 6.9 mm). • No logra amontonarse, formar capas o ser moldeada sobre un plato. • No necesita trituración o masticación - puede deglutirse directamente. 	Debido a que aumenta el tiempo de contención oral, la textura licuada/moderadamente espesa (Nivel 3) puede indicarse si el control lingual es insuficiente para manejar bebidas poco espesas (Nivel 2). Este nivel de textura requiere cierto esfuerzo de propulsión lingual y es adecuado si se siente dolor al deglutir.



A L I M E N T O S		<ul style="list-style-type: none"> • Presenta textura homogénea (sin grumos, fibras, parte de la cáscara o piel, partículas de cartílago o hueso). 	
	<p><u>Nivel 4:</u> EXTREMADA MENTE ESPESA (BEBIDAS) PURÉ (ALIMENTOS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usualmente, se lleva a la boca con cuchara (es posible con tenedor). • No puede beberse de un vaso. • No es succionable a través de pajilla. • No requiere masticación. • Puede almacenarse, formar capas y ser moldeada. • Mantiene su forma sobre la cuchara. • Muestra un movimiento muy lento bajo gravedad, a pesar de ello, no puede verterse. • Cuando la cuchara se inclina, cae en una sola cucharada y continúa manteniendo su forma sobre el plato. • No tiene grumos. • No es pegajosa. • El líquido no se separa del sólido 	<p>Si el control lingual está reducido significativamente, la textura puré/ extremadamente espesa (Nivel 4) puede manejarse con mayor facilidad. Demanda menor esfuerzo de propulsión lingual que la textura picada y húmeda (Nivel 5), suave y tamaño bocado (Nivel 6) y normal (Nivel 7), pero más esfuerzo que la licuada / moderadamente espesa (Nivel 3). Por otra parte, no requiere mordiscos ni masticación, de ahí que es adecuada si se siente dolor o fatiga al masticar, si se utilizan prótesis dentales mal ajustadas o hay falta de piezas dentales. El riesgo de residuos se incrementa si la textura es muy pegajosa. Cualquier alimento que requiera masticación, control de manipulación o formación del bolo, no se ajusta a esta categoría.</p>
	<p><u>Nivel 5:</u> PICADA Y HÚMEDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede comerse con tenedor o cuchara y, en algunos casos, con palillos si el individuo tiene muy buen control manual. 	<p>La textura picada húmeda (Nivel 5) no requiere mordidas. Exige masticación</p>



ALIMENTOS		<ul style="list-style-type: none"> • Podría servirse y ser moldeada (p. ej., en forma de bola) sobre un plato. • Es blanda y húmeda, sin líquido fino aparte. • Contiene pequeños grumos visibles (niños 2-4 mm; adultos 4 mm) que se aplastan fácilmente con la lengua. 	<p>mínima; por lo tanto, es adecuada si se siente dolor o fatiga al masticar, si hay prótesis dentales mal ajustadas o falta de piezas dentales. Los grumos suaves de este tipo de alimento pueden deshacerse tan solo empleando fuerza lingual, fuerza que se necesita para el transporte del bolo.</p>
	<p><u>Nivel 6:</u> SUAVE Y TAMAÑO BOCADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede comerse con tenedor. • Para cortar esta textura, no se hace necesario el uso de un cuchillo, sin embargo, éste puede emplearse para cargar el tenedor o la cuchara. • Podría ser aplastada/quebrada con la presión de un tenedor, cuchara o palillos. • Requiere masticación antes de ser deglutida. • Es completamente suave, blanda y húmeda, sin líquido fino aparte. • El “tamaño bocado” de las piezas depende del tamaño del alimento y las habilidades de procesamiento oral del individuo (adultos, piezas de 15 mm = 1.5 cm). 	<p>La textura suave y tamaño bocado (Nivel 6) no requiere mordiscos, pero sí masticación. Demanda fuerza y control lingual para movilizar y mantener el alimento dentro de la boca durante el proceso masticatorio. Este tipo de comida precisa fuerza lingual para ser transportada y deglutida como bolo. Además, es adecuada si hay dolor o fatiga al masticar, si hay falta de piezas dentales o prótesis dentales mal ajustadas.</p>
	<p><u>Nivel EC 7:</u> FÁCIL DE MASTICAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, aplican alimentos cotidianos con textura suave/blanda, apropiados según edad y nivel de desarrollo. • Estos alimentos pueden comerse empleando cualquier método. • El tamaño de la muestra no es restrictivo en el Nivel 7, por lo tanto, los alimentos podrían tener una variedad de tamaños: Ø Trozos menores o 	<p>Requiere la habilidad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morder, masticar y procesar oralmente alimentos suaves hasta que se forme un bolo cohesivo listo para ser deglutido. • Morder y procesar de forma oral alimentos



A L I M E N T O S		<p>mayores a 8 mm (niños). Ø Trozos menores o mayores a 15 mm = 1.5 cm (adultos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • No incluye alimentos: Duros, rígidos, fibrosos, con hebras, crujientes, que se desmenuzan/desmoronan al ser mordidos, con pepitas, granos, semillas, pulpa de fruta, cartílagos o huesos. • Podría incluir: Bebidas y alimentos con consistencia mixta, si se consideran seguros para el Nivel 0 (Fina) y, a discreción clínica. Por el contrario, si no se consideran seguros, la porción líquida puede espesarse al nivel recomendado por el profesional clínico (fonoaudiólogo) 	<p>suaves/blandos sin fatigarse fácilmente. Apropiado para individuos que mastican o degluten los alimentos con dificultad o dolor. • Aumentar el riesgo de atragantamiento de quienes han sido clínicamente identificados con tal riesgo, ya que los trozos de alimento pueden ser de cualquier tamaño. De ahí que restringir el tamaño de las piezas, minimiza el riesgo de atragantamiento (ver Nivel 4 Puré, Nivel 5 Picada y húmeda, Nivel 6 Suave y tamaño bocado). • Ser utilizado por el profesional clínico calificado para evolucionar o progresar la textura de la dieta a alimentos que demanden habilidades de masticación avanzadas.</p>
	<p><u>Nivel 7:</u> NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, aplica cualquier alimento de textura variada apropiado según edad cronológica y Desarrollo. • Para comer estos alimentos, se puede emplear cualquiera de los métodos anteriormente descritos. • En el Nivel 7, es posible encontrar una variedad de muestras, puesto que no existe restricción de tamaño. • NO hay restricción de texturas en este nivel. Incluye: alimentos rígidos, duros, masticables, fibrosos, secos, crujientes, punzantes, naturalmente suaves o que se desmenuzan a 	<p>La textura regular requiere habilidad para morder alimentos duros o suaves y masticarlos lo suficiente con el fin de formar un bolo cohesivo listo para ser deglutido; capacidad para masticar cualquier textura sin agotarse fácilmente; y destrezas para remover huesos o cartílagos que</p>



		mordiscos; con semillas, pulpa bajo la cascara, hojas, cartilago o hueso; comidas y líquidos con doble consistencia o consistencia mixta.	puedan deglutirse de manera segura.
--	--	---	-------------------------------------

Fuente: Adaptado de Marco y descriptores de la IDDSI (2019).

Continuando con los trastornos que pueden generar problemas digestivos se puede nombrar a la *regurgitación* que, a diferencia del vómito, la salida del alimento por la boca se da de manera involuntaria por una relajación del esfínter esofágico inferior y que puede ser causada por escoliosis, parálisis cerebral o el uso de fármacos anticonvulsivantes. El vómito por su parte, se produce por una activación del reflejo nauseoso consecuencia de un rechazo al alimento, ya sea por sus características organolépticas o por patologías orgánicas como gastritis, úlceras o estenosis, éstas últimas frecuentes en SD. (Gallar 2002). La principal consecuencia observada es la desnutrición (por la pérdida de nutrientes) y el deterioro de las piezas dentales por la corrosión que generan los jugos gástricos.

La *hernia de hiato* es una protrusión o prolapso del estómago proximal hacia el tórax, a través del hiato esofágico. Se asocia frecuentemente al Reflujo Gastroesofágico y a pirosis (sensación de ardor retroesternal ascendente).

Por otro lado, la *gastritis*, es la inflamación, aguda o crónica, de la mucosa gástrica. La etiología de esta enfermedad puede ser múltiple y heterogénea. Puede presentarse por un incremento en la secreción del ácido, una disminución en la producción de bicarbonato, una disminución del flujo sanguíneo, una deficiente capa adherente de moco o una lesión directa por infecciones, consumo de AINES (antiinflamatorios no esteroideos), consumo de alcohol, tabaco o estrés.

El *síndrome de intestino irritable* o, comúnmente llamado, colon irritable, es una enfermedad biológica debida a un trastorno de la motilidad intestinal, sin daño estructural,



caracterizado por la presencia de dolor abdominal, diarrea dolorosa y/o constipación asociada a la distensión abdominal post-ingesta.

El *estreñimiento* merece una mención aparte ya que es frecuentemente observado en personas con discapacidad como consecuencia de trastornos de la motilidad intestinal, medicaciones asociadas (Psicótrópos) y principalmente el sedentarismo (asociado a hipotonía o parálisis).

Las *intolerancias o alergias alimentarias* de etiología congénita son comunes en las discapacidades intelectuales ya sea por defectos genéticos, inmunodeficiencias o trastornos auto inmunitarios como en la hipersensibilidad o atopía.

Otra de las dificultades que es posible observar en personas con discapacidad es la *malabsorción* que, en la mayoría de los casos, suele ser consecuencia de un síndrome congénito. En las personas adultas con DI el abanico etiológico es similar al de la población general.

c) *Problemas cardiorrespiratorios*. Son muy frecuentes en las personas con discapacidad y dificultan la alimentación debido a la disnea, la fatiga y la frecuente hipersecreción bronquial asociada a procesos infecciosos o inmunoalérgicos. El peligro de broncoaspiración es muy elevado principalmente en personas con parálisis cerebral.

Gallar (2014) en su estudio propone aspectos a tener en cuenta:

- Una alimentación de fácil masticación que no requiera esfuerzo mecánico.
- Una alimentación de fácil deglución.
- Evitar alimentos de consistencias muy líquidas.
- En el caso de bronquitis asociadas, asegurar el aporte de líquidos, si es necesario, con espesantes para favorecer la fluidificación de las secreciones tráqueobronquiales.



d) *Problemas oculares*. Son muy comunes en las discapacidades intelectuales. Por tal motivo, es de vital importancia la consulta oftalmológica en la atención primaria. Pueden perturbar la alimentación y la capacidad de aprendizaje.

e) *Problemas psicomotrices y neurológicos*. Están presentes en casi todos los casos de discapacidad. La epilepsia es una entidad patológica frecuente que requiere tratamiento farmacológico. Se debe tener en cuenta ya que tiene efectos secundarios como aumento del apetito, contribuyendo a la ganancia de peso corporal. En contraposición, es posible observar alteraciones espásticas, cuya hiperactividad muscular incrementa el gasto calórico lo que obliga a aumentar la carga calórica de la alimentación.

f) *Problemas endócrino-metabólicos*: La desnutrición y el sobrepeso se han considerado históricamente desafíos separados que afectan a distintas poblaciones y con factores de riesgo contrastantes. La desnutrición se ha relacionado con la pobreza, la inseguridad alimentaria y la infección, mientras que la obesidad con la abundancia, la riqueza de la dieta y el comportamiento sedentario. Cada vez más, las dos formas de malnutrición ocurren simultáneamente en las comunidades, familias e incluso personas, tales como las que tienen retraso del crecimiento y sobrepeso comúnmente observados en personas con Síndrome de Down.

Dentro de los problemas endócrino-metabólicos se pueden nombrar:

- **Obesidad**

El “Tratado de nutrición” del Lic. Ángel Gil Fernández y colaboradores (2010) define la OBESIDAD como una enfermedad crónica multifactorial que se caracteriza por el aumento de la masa grasa y, en consecuencia, por un incremento del peso corporal con respecto al que le correspondería tener una persona por su talla, edad y sexo. En éste



sentido, es relevante conocer el patrón de distribución de dicha grasa ya que representa un riesgo cardiovascular mayor la que se sitúa a nivel abdominal. (p. 421).

La obesidad se considera un importante factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, los trastornos del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles aumenta con el mayor grado de obesidad. En Argentina la prevalencia de exceso de peso según la 4° edición de la ENFR expresada por INDEC fue de 61,6 %. Con respecto a la prevalencia de sobrepeso, la misma fue de 36,3 %. En cuanto a la obesidad se observó una prevalencia de 25,3 %.

En el estudio de Bronberg et al (2011) los resultados obtenidos, independientemente del sexo, fueron del 2.9 % de bajo peso, 30 % sobrepeso y 27.7 % de obesidad.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas: un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización (Organización Mundial de la Salud, 2020).



Tipos de obesidad:

- Según la distribución grasa → ANDROIDE (abdomin visceral, la que presenta mayores riesgos), GINOIDE (femoroglútea) Y DIFUSA.
- Según el IMC → SOBREPESO, OBESIDAD GRADO I, OBESIDAD GRADO II Y OBESIDAD GRADO III (mórbida).
- Según su histología → HIPERPLÁSICA (aumento del número de adipocitos) E HIPERTRÓFICA (aumento del volumen de los adipocitos en donde se almacenan triglicéridos).

En cuanto a la *obesidad*, tanto un estudio comparativo americano (Stancliffe, 2011) como un estudio transversal español (Martínez Leal R. Y col, 2014), concluyeron que el riesgo de obesidad es mayor en los niveles leves de discapacidad que en los graves, registrándose menores niveles de exceso de peso en las personas con parálisis cerebral y los mayores en el colectivo de personas con Síndrome de Down. Pomona II, el estudio europeo, detalló que la obesidad en su población (n=111) se representaba en un 44,1 % en DI leve, 29,7 % en DI moderada y 22,5 % en DI grave.

En las personas con Síndrome de Down es posible observar un “círculo vicioso”, como lo prefiere llamar Gallar en su estudio del 2002 debido a:

- a) Retraso del crecimiento con un desarrollo normal del tejido adiposo, lo que implica una obesidad relativa.
- b) La hipotonía, que conlleva a una disminución de la actividad física que fomenta el sobrepeso
- c) Disminución del Gasto Energético Basal (GEB) en ocasiones relacionados con hipotiroidismo.



En la etiopatogenia de la Obesidad en personas con discapacidad es necesaria la atención sobre el tipo y la frecuencia de actividad física que realicen y los fármacos recetados que consumen.

Otro factor coadyuvante en la etiopatogenia de la obesidad es la medicación que tienen prescrita, a menudo psicotrópica, y de conocidos efectos secundarios sobre el peso corporal. En la Tabla 3 se nombran los psicotrópicos más comúnmente recetados y sus efectos ponderales.

Tabla 3. Efectos ponderales de fármacos psicotrópicos utilizados en el tratamiento de trastornos mentales en personas con DI.

Fármaco	Indicación	Efecto ponderal
Valproato de sodio	Trastorno bipolar, epilepsia.	+1.2 - 5.5 kg
Risperidona	Psicosis	+2.1 - 2.3 kg

Fuente: Adaptado de Leslie et al (2007).

- Desnutrición

El estudio transversal de Bonberg et al (2011) realizado en Buenos Aires sobre 614 personas institucionalizadas detectó una mayor prevalencia de bajo peso en los niveles de discapacidad intelectual grave. Dicho estudio fue un impulso para poder estudiar la situación que se presentaba en el Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén, ya que era posible observar lo que “The Lancet” en su revista denominó “LA DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN”.

La desnutrición es definida, según Torresani, como la *“pérdida de peso el paciente enflaquecido, a expensas del consumo de sus propios tejidos, por encontrarse ya agotadas sus reservas. Supone perturbación metabólica y modificaciones en tejidos y hormonas”*.



Este diagnóstico se expresa a través de una valoración nutricional donde el IMC y los valores bioquímicos como el de la albúmina y la transferrina sérica toman importante valor.

Las principales causas de la desnutrición son:

- Ingesta insuficiente de nutrientes.
- Deficiente absorción de nutrientes.
- Gasto calórico excesivo.
- Enfermedades con aumento del metabolismo.

Las dos primeras causas expuestas se pueden observar en el colectivo de personas con DI grave o profunda de la Institución.

- Hipotiroidismo

Se trata de una afección en la que la glándula tiroides no secreta suficiente Hormona Tiroidea. Generalmente se expresa con sintomatología como la fatiga, constipación, sequedad de la piel y aumento de peso. Según el estudio de POMONA II, la prevalencia en personas con DI es del 8 %, siendo en las personas con Síndrome de Down entre un 30 y un 40% consecuencia de una tiroiditis de Hashimoto (trastorno autoinmune en el cual anticuerpos dirigidos contra la glándula tiroides llevan a una inflamación crónica).

- Diabetes Mellitus II (DM)

El “Tratado de nutrición” del Lic. Ángel Gil Fernández y colaboradores (2010) define la Diabetes Mellitus como *“un trastorno endócrino-metabólico complejo en el que predomina una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono por disminución de la secreción pancreática de Insulina, disminución de la sensibilidad de los receptores*



periféricos de la hormona, o ambos factores. Cursa, además, con alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico”.

Es una entidad muy frecuente en las personas con DI, principalmente, con Síndrome de Down. De acuerdo con Gallar (2010), los tres pilares terapéuticos para ésta condición son: medicación, ejercicio físico y la alimentación.

- Dislipidemias

Los trastornos en el metabolismo lipídico inducen a alteraciones en los niveles normales de lípidos plasmáticos. Generalmente la causa es genética y se ocasionan por fallos en la síntesis o el funcionamiento de las apoproteínas, problemas en los receptores de LDL o inconvenientes en las enzimas que participan en el metabolismo de las lipoproteínas.

Se clasifican de la siguiente forma:

- Hipercolesterolemia (aumento de colesterol).
- Hipertrigliceridemia (aumento de triglicéridos).
- Dislipemias mixtas (aumento de triglicéridos y colesterol).

En las personas con DI se asocian sobre todo a obesidad, diabetes y enfermedades de la glándula tiroides.

- Crecimiento retardado

Las causas del crecimiento retardado son multifactoriales como bajo peso al nacer, complicaciones o malos hábitos en el embarazo, complicaciones perinatales, infecciones o abandono social y/o afectivo.



7.6 Alimentación y nutrición en personas con discapacidad.

Desde el conocimiento del sentido común, comer se nos presenta como un hecho biológico, natural, un acto repetitivo y voluntario: “todos necesitamos comer para vivir”. Si bien parece un acto que se simplifica en: “Alimentarse es incorporar al organismo alimentos que pueden contener o no energía y nutrientes” denota mayor complejidad. Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Para ser saludable debe ser variada en alimentos y equilibrada, con el fin de promover la salud y prevenir las enfermedades nutricionales. Cuando se habla de una alimentación variada significa que hay que preparar comidas con diferentes tipos de alimentos todos los días. Cuando se habla de equilibrada significa que en los menús preparados se encuentran el contenido de los nutrientes que el cuerpo necesita para realizar sus funciones vitales. (Ministerio de Salud, 2017)

Las palabras “nutrición” y “alimentación” muchas veces son confundidas y si bien están estrechamente relacionadas, no significan lo mismo.

La *alimentación* es un acto voluntario, consciente, único y complejo ya que obedece a la influencia de diversos factores tanto biológicos como ecológicos, demográficos, tecnológicos, económicos, sociales y simbólicos. Asimismo, los factores de tipo cultural, social y psicológico son los que influyen en mayor medida en la formación de los hábitos alimentarios.

Por otra parte, el término *nutrición*, según la definición del Dr. Pedro Escudero, pionero de esta especialidad a nivel nacional: “...es la resultante de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí que tienen como finalidad mantener la composición e integridad normal de la materia y conservar la vida”. A través de esta definición pueden identificarse los 3 tiempos de la Nutrición: ALIMENTACIÓN, METABOLISMO Y



EXCRECIÓN. Es posible decir entonces, que la nutrición es un acto involuntario, inconsciente y se expresa de manera similar en todas las personas.

Los Licenciados en Nutrición somos pilares fundamentales en la promoción de la educación alimentaria y para ello debemos formular planes alimentarios que permitan mantener constante la composición de los tejidos, que permitan el funcionamiento de aparatos y sistemas (digestivo, urinario, cardiovascular, piel, nervioso, etc.), que aseguren la reproducción, que favorezcan la lactancia y el crecimiento. Para asegurar que un plan de alimentación sea el correcto y que permita desarrollar todas las actividades diarias manteniendo un buen estado de salud se crearon reglas o normas que permiten conocer a priori la normalidad de un plan de alimentación. Así surgieron las: “Leyes fundamentales de la alimentación”⁶

- Ley de la cantidad
- Ley de la calidad
- Ley de la armonía
- Ley de la adecuación

Ley de la cantidad: *“La cantidad de la alimentación debe ser suficiente para cubrir las exigencias calóricas del organismo y mantener el equilibrio de su balance”.*

Desde el punto de vista fisiológico el balance puede ser positivo, negativo o estar en equilibrio; desde el punto de vista clínico interesa más saber si el balance es normal o anormal, considerando que un balance normal es el que permite recuperar o conservar el estado de salud. Un balance normal puede ser positivo (como en el niño o la mujer embarazada), estar en equilibrio (en el adulto) o ser negativo (en el anciano).

Si la alimentación está acorde con esta ley, significa que la misma es *SUFICIENTE*. De

⁶ Suarez M. Y López L. *“Leyes de la alimentación. Fundamentos de la nutrición normal”*. 3er edición. 2012



lo contrario, si no cubre las necesidades energéticas, es *INSUFICIENTE* y si se sobrepasa es *EXCESIVA*.

Ley de la calidad: “El régimen de alimentación debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo, que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integran”.

Para que cada célula del organismo funcione correctamente, se necesita una alimentación que aporte los nutrientes necesarios de manera integral y en una proporción adecuada.

Al cumplir con esta ley se dice que la alimentación es *COMPLETA*. Aquel régimen en el que un principio nutritivo falta o se halla considerablemente reducido se denomina *CARENTE*.

Ley de la armonía: “Las cantidades de los diversos principios nutritivos que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre sí”.

Debe existir *proporcionalidad* entre los distintos componentes. La alimentación no deberá ser arbitraria. Si se cumple con esta ley, se dice que la misma es *ARMÓNICA*.

Ley de la adecuación: “La finalidad de la alimentación está supeditada a su adecuación al organismo”.

La finalidad de la alimentación en el hombre sano debe conservar la salud y en el enfermo debe favorecer la curación y mantener el estado general. Esta finalidad puede lograrse sólo si la alimentación administrada se adapta al individuo que la ingiere. Esta adaptación se hará al individuo sano en función de sus gustos, hábitos, tendencias y de su situación socioeconómica. Mientras que en el enfermo se tendrá en cuenta el estado del aparato digestivo, las perturbaciones de órganos o sistemas enfermos, los síntomas y síndromes concomitantes y el momento evolutivo de la enfermedad. Por ende, la alimentación también deberá ser *ADECUADA*.



Las cuatro leyes de la alimentación están relacionadas entre sí y se complementan, de modo que llega un momento en que el abandono de una de las leyes lleva forzosamente al incumplimiento del resto. Desde el punto de vista biológico existe una sola ley de alimentación que dice que:

LA ALIMENTACION DEBE SER SUFICIENTE, COMPLETA, ARMÓNICA Y ADECUADA

Las intenciones de estas cuatro leyes están desplegadas en las guías alimentarias para la población argentina. Las mismas aportan de manera simple y práctica conocimientos para poder aplicarlas.

A continuación, se procederá a hacer una descripción de las mismas.

[“Guías Alimentarias para la Población Argentina \(GAPA\)”](#)

Las Guías Alimentarias son recomendaciones para la población sana adulta, a través de mensajes que proveen información para que las personas seleccionen los alimentos necesarios para desarrollarse y funcionar en condiciones óptimas de salud y bienestar.

Fueron publicadas en el año 2000 y modificadas en el año 2015 por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas.

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina se acompañan de una gráfica: **“La Gráfica de la Alimentación Diaria”** que ha sido diseñada especialmente para nuestro país. Transmite la idea de “alimentación completa, variada y proporcionada” de manera “llamativa”, “original” y “atractiva”.

Los mensajes de las Guías Alimentarias para la Población Argentina⁷ deberán ser

⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. *“Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina.”* - 1a edición - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2018.



antepuestos con la siguiente frase: “..para vivir con salud es bueno..”

- MENSAJE 1

“Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física”.

1. Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.
2. Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.
3. Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.
4. Elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados.
5. Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

- MENSAJE 2

“Tomar a diario 8 vasos de agua segura”.

1. A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar, preferentemente agua.
2. No esperar a tener sed para hidratarse.
3. Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

- MENSAJE 3

“Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores”.

1. Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
2. Lavar las frutas y verduras con agua segura.
3. Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.



4. El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.

- [MENSAJE 4](#)

“Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio”.

1. Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.
2. Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.).
3. Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas.
4. Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

- [MENSAJE 5](#)

“Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal”.

1. Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).
2. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
3. Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal y crema de leche.
4. Si se consumen, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

- [MENSAJE 6](#)

“Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados”



1. Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
2. Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena de frío.
3. Elegir quesos blandos antes que duros y aquellos que tengan menor contenido de grasas y sal.
4. Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades.

- [MENSAJE 7](#)

“Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo”.

1. La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.
2. Incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana.
3. Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.
4. Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

- [MENSAJE 8](#)

“Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca”.

1. Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.
2. Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno, entre otros.



3. Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cáscara.

MENSAJE 9

“Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas”.

1. Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.
2. Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.
3. En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).
4. Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).
5. El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

MENSAJE 10

“El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir”.

1. Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
2. El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud.

Los alimentos:

Según la definición del Código Alimentario Argentino el alimento “es una sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas que, ingeridas por el hombre, aportan a su organismo los materiales y la energía necesaria para el desarrollo de sus procesos biológicos, así como también a otras sustancias, que a pesar de no tener valor nutritivo



son agregadas para mejorar los caracteres organolépticos (sabor, textura, color de los alimentos) o favorecer su conservación”.⁸

Las funciones que cumplen los alimentos son:

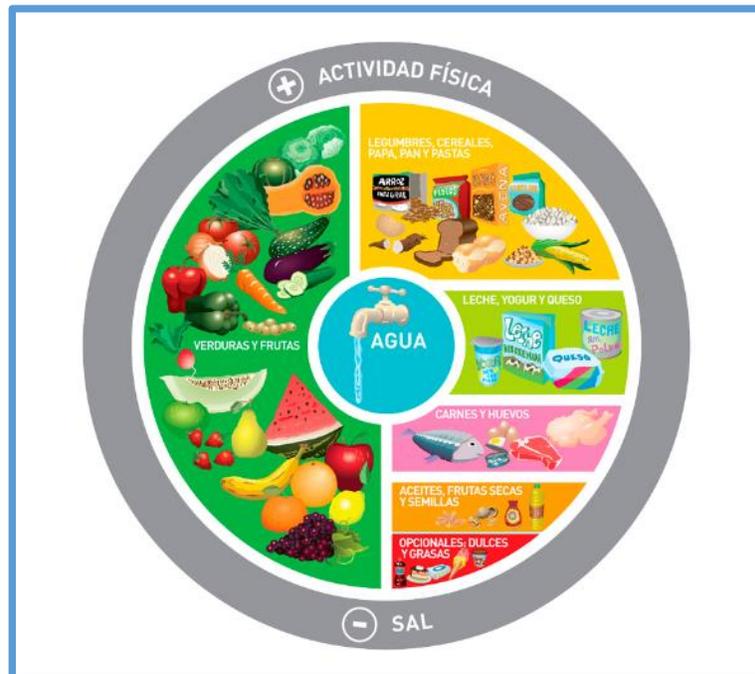
- **ENERGÉTICA:** proveen el material energético necesario para reponer el gasto que se produce para afrontar las funciones del organismo (vivir, movimiento, respiración, actividad o trabajo muscular, temperatura corporal) El organismo obtiene esta energía principalmente de los hidratos de carbono, luego de los lípidos y por último las proteínas.
- **PLÁSTICA:** proveen las sustancias necesarias para producir y formar tejidos (crecimiento), o reponer o reparar lo gastado o dañado respectivamente. Proteínas.
- **REGULADORAS:** suministran las sustancias necesarias para llevar a cabo las funciones orgánicas. Vitaminas y minerales.

Los alimentos se encuentran agrupados teniendo en cuenta las sustancias nutritivas que poseen. Algunos alimentos contienen cantidades mayores de alguna de esas sustancias nutritivas o la contienen de una manera más “biodisponible”, es decir, nuestro organismo puede aprovecharla al máximo.

Existen seis grupos de alimentos, cada uno con sus características especiales, que son plasmados de manera sencilla, clara y eficiente en la Gráfica de la alimentación diaria. La Gráfica estructura a los alimentos en grupos bien discriminados con colores y tamaño diferentes, haciendo alusión a las porciones que se deben incorporar diariamente de dicho grupo. Los grupos del 1 al 5, aportan nutrientes esenciales para el correcto funcionamiento del organismo, mientras que el grupo 6, contiene los alimentos ultra procesados con alto contenido en azúcares, grasas y/o sal, los cuales deben evitarse en forma diaria.

⁸ Código Alimentario Argentino (CAA). “Ley 18.284.” 18 de Julio de 1969. Argentina.

Ilustración 3. Gráfica de la alimentación diaria.



Fuente: Ministerio de salud y Desarrollo social

La distribución acordada en la gráfica fue la siguiente:

1. VERDURAS Y FRUTAS: son fuente principal de vitaminas A y C, de minerales como el Potasio y el Magnesio y fibra. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles. Representa el 45% de la imagen del lado izquierdo del círculo. La intención fue resaltar la importancia de aumentar la cantidad de estos productos en la alimentación diaria, elegir variedad de los mismos y al menos 5 porciones por día. Una porción equivale a medio plato de verduras o una fruta chica.
2. LEGUMBRES, CEREALES, PAPA, PAN Y PASTAS: Aportan principalmente hidratos de carbono y fibra. Representa el 27% de la imagen, a la derecha del grupo anterior



siguiendo en las agujas del reloj. Se busca promover el consumo de legumbres y optar por cereales y derivados integrales. La papa, batata, choclo y mandioca (vegetales feculentos) se incluyen en este grupo porque la composición nutricional de estas hortalizas es similar a los cereales. Se intenta promover el consumo de hidratos de carbono complejos (opciones altas en fibras), 4 porciones por día. Una porción equivale a 60g de pan o 125g de legumbres, cereales, papa o pastas cocidas.

3. LECHE, YOGUR Y QUESO: Aportan proteínas completas y son fuente principal de Calcio. Representa el 12% de la imagen a la derecha del grupo anterior siguiendo el sentido de agujas del reloj. Se busca promover el consumo de 3 porciones y la elección de las versiones con menor aporte de grasa (descremada o parcialmente descremada), preferentemente, una porción equivale a una taza de leche líquida o un pote de yogur o una rodajita (del ancho del pulgar) de queso fresco.

4. CARNES Y HUEVO: Brindan las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Representa el 9% de la imagen a la derecha del grupo anterior siguiendo el sentido de agujas del reloj. Se busca resaltar la importancia de incorporar pescado y huevo en la alimentación y que las carnes sean magras. 1 porción por día, que equivale al tamaño de la palma de la mano o media porción de carne más un huevo.

5. ACEITE, FRUTAS SECAS Y SEMILLAS: Son fuente principal de energía y de Vitamina E. Aportan ácidos grasos esenciales ya que el organismo humano no los puede sintetizar. Este grupo representa el 4% de la imagen y se intenta resaltar la incorporación de las frutas secas y semillas. Uso del aceite preferentemente crudo. 3 porciones por día de este grupo. Una porción equivale a una cucharada de aceite o un puñado cerrado de frutas secas o una cucharada de semillas.

6. ALIMENTOS DE CONSUMO OPCIONAL: Solamente colaboran con el aporte energético. Representa el 3% de la imagen. Son alimentos arraigados a las costumbres



y la cultura. Alimentos con elevado contenido de azúcares y grasas. La presencia en la gráfica resalta el concepto de que su elección debe ser medida y opcional.

7. AGUA SEGURA: se la ubicó en el centro de la imagen. El objetivo es resaltar la importancia de su consumo. Al menos ocho vasos por día.

8. Menor consumo de sal.

9. Actividad física diaria.

7.7 Valoración del Estado Nutricional.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el estado nutricional *“es la condición física que presenta una persona como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes”*.⁹

La Valoración del Estado Nutricional es un instrumento operacional que se utiliza para determinar el estado nutricional de un individuo, permitiendo la identificación de las alteraciones por excesos o déficit nutricional y la estimación de sus requerimientos. Se lleva a cabo por medio de una historia clínica, datos socioeconómicos y psicosociales, estilo de vida, registro dietético, parámetros antropométricos y de composición corporal, y datos bioquímicos. En el ámbito clínico permite identificar a los adultos con riesgo nutricional y en el epidemiológico permite diseñar, implementar y monitorear programas nutricionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Valoración del Estado Nutricional como: *“la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos y clínicos, que se utilizaran para determinar el estado nutricional del individuo o de una población”*.

⁹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). *“Estado nutricional.”* Módulo 3.



Daniel Girolami en su libro “Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal”, asegura que la misma comprende:

➤ Historia clínica: consta de varios aspectos como son un interrogatorio para completar el registro de datos personales y una anamnesis alimentaria que nos permite evaluar el estado nutricional del paciente, para ver si existen alteraciones en áreas en donde se puede afectar la ingesta.

De esta forma se logrará evaluar si la ingesta del individuo en estudio cumple con los requisitos que caracterizan a un régimen normal, es decir, suficiente, adecuado, completo y armónico. Brinda también información cualitativa, en relación a gustos, rechazos, formas de preparación, información semicualitativa referida a la frecuencia de consumo por grupos de alimentos e información cuantitativa a través de recordatorios y/o registros alimentarios.

Dicha anamnesis alimentaria debe ser exhaustiva con el objetivo de conocer la alimentación que llevan a cabo las personas que concurren a la Institución.

En el presente estudio se utilizará el método retrospectivo para estimar la ingesta reciente del concurrente, y así conocer si existe riesgo de carencias a través del *recordatorio 24 horas y de un cuestionario de frecuencia de consumo*. Para llevar a cabo la misma, la encuesta se debe realizar a su padre, madre o tutor y registrar todos los alimentos y las cantidades que consumió el día anterior en el desayuno, almuerzo, merienda, cena y si realizó alguna colación.

Si bien es un método que requiere memoria, entre sus mayores beneficios es que se realiza en un corto tiempo.

➤ Medidas antropométricas: La antropometría se define como la ciencia que se especializa en el estudio de las dimensiones corporales, en donde la palabra “Antropo” nos hace referencia al término hombre y “Metría”, a medición. Consiste en la utilización



de diferentes medidas del cuerpo humano, permitiendo así conocer aspectos relevantes de la composición corporal.

En la presente investigación tendremos en cuenta el *peso y la talla*, que nos informará acerca del Índice de Masa Corporal (IMC) que presenta el paciente y *circunferencia de cintura y de cadera* que determinará la prevalencia de riesgo cardiovascular.

- **Peso:** Es el índice del estado nutricional más ampliamente usado; y representa un indicador valioso para detectar la inminencia de la desnutrición proteica calórica. Es un indicador global del estado nutricional. Una pérdida del peso igual o superior al 10% ya es significativa. Cuanto mayor sea el porcentaje de masa corporal magra perdida, más grave será la desnutrición proteico-calórica. (Torresani & Somoza, 2016).

- **Talla:** La estatura o altura estando de pie se mide de manera más exacta empleando el estadiómetro. En la institución existen casos donde la talla estando de pie es imposible de medir debido a que se encuentran en sillas de ruedas. Es por esto que se empleará la “talla según altura de rodilla”.

- **Circunferencia de cintura:** La medición de la Circunferencia de Cintura (CC) ha sido planteada hace ya varios años como una herramienta fácil y útil de emplear en la práctica clínica para evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes con sobrepeso u obesidad, e implementar medidas terapéuticas o preventivas destinadas a disminuir este riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 centímetros en la mujer, mientras que en el hombre el valor es de 102 centímetros.

- **Circunferencia de cadera.** Se relaciona en el índice cintura-cadera con la circunferencia de cadera para dilucidar la distribución de la masa grasa.

- **Valores bioquímicos:** se basa en el registro de los valores más relevantes de los análisis de laboratorio que complementan a los datos antropométricos dando un valor



pronóstico.

7.7.1 Valoración del estado nutricional de los concurrentes

Para llevar a cabo una exhaustiva y completa VEN, es necesario contar con todos los datos para poder estimar diferentes parámetros:

- a) **Género**
- b) **Edad (en años)**
- c) **Peso (en kg)**
- d) **Talla (en cm)**
- e) **IMC, Índice de Masa Corporal o BMI:** es un indicador del sobrepeso y obesidad que se determina con las mediciones de peso y altura de la persona. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado (kg/m²).

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (mts)}}$$

El IMC o BMI es un método muy simple y económico que sirve para clasificar a las personas con sobrepeso u obesidad. Una única fórmula funciona tanto para hombres como para mujeres, niños como adultos.

Puede ser bueno a la hora de predecir los riesgos para la salud asociados al exceso de grasa y peso, incluyendo la diabetes, hipertensión y las enfermedades coronarias.

Además, un IMC de 17,5 o inferior es un criterio de diagnóstico de la delgadez grave en personas con anorexia nerviosa.

El IMC es un indicador de adiposidad que la SEEDO (Sociedad española para el estudio de la Obesidad) lo recomienda para su uso en estudios epidemiológicos en la población de 20 y 69 años. Si bien no existe un criterio uniforme para determinar los intervalos de



normopeso y sobrepeso, se entiende aceptable como punto de corte para definir peso insuficiente valores de IMC < 18 y para la obesidad valores de IMC > 30 . (SEEDO 2003)

En la Tabla 4 se expresan los puntos de corte para el Índice de Masa Corporal.

Tabla 4. IMC y su interpretación clínica.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	INTERPRETACIÓN
< 16	Desnutrición grado II
16 - 16,9	Desnutrición grado I
17 - 18,4	Bajo peso
18.5 - 24,9	Peso normal
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidad grado I
35 - 39,9	Obesidad grado II
> 40	Obesidad grado III (mórbida)

Fuente: Adaptado de Girolami 2003.

Por otra parte, el IMC posee algunas limitaciones, ya que en el peso corporal de una persona influye no solamente la grasa, sino también el tejido óseo, agua y tejido muscular. (Gil Fernández, 2010. pp 422)

f) Circunferencia de Cintura: Valoración según OMS

- **Hombre:** normal ≤ 102 cm
- **Mujer:** normal ≤ 88 cm



- g) **ICC o Índice CINTURA-CADERA:** indicador antropométrico preciso para predecir riesgo de sobrepeso y enfermedades coronarias.

ICC= circunferencia de la cintura (OMS en cm)

Circunferencia de la cadera (en cm)

- **Hombre:**

- a) Muy bajo riesgo de enfermedades (<0.95) → distribución grasa de tipo “Ginoide”
- b) Bajo riesgo de enfermedades (0.95 - 0.99)
- c) Alto riesgo de enfermedades (>1) → distribución grasa de tipo “Androide”

- **Mujer:**

- a) Muy bajo riesgo de enfermedades (<0.8) → distribución grasa de tipo “Ginoide”
- b) Bajo riesgo de enfermedades (0.81 - 0.84)
- c) Alto riesgo de enfermedades (>0.85) → distribución grasa de tipo “Androide”



8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo una investigación de campo en el Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén ubicado en la localidad de Gálvez. La misma fue de tipo ***observacional cuali-cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y transversal***.

La investigación planteada fue de tipo ***cuali-cuantitativa*** ya que se obtuvieron datos acerca de frecuencias de consumo y calidad de las ingestas teniendo en cuenta patologías de base. Se analizaron subjetivamente los datos recolectados de hábitos alimentarios y calidad de ingestas, al mismo tiempo que se evaluaron de forma objetiva la frecuencia del consumo y las medidas antropométricas.

Se realizó un estudio ***observacional*** ya que no se manipularon las variables y a su vez, ***descriptivo*** con el fin de definir propiedades y describir características del grupo de análisis. *“La ventaja principal de esta técnica en el campo de las ciencias del hombre radica en que los hechos son percibidos directamente, sin ninguna clase de intermediación, colocándonos ante la situación estudiada tal como ésta se da naturalmente. De este modo la subjetividad que posee el propio objeto de estudio ya que en este caso nos referimos, obviamente, a las conductas de seres humanos queda eliminada de los datos que recogemos, pues no se presentan las distorsiones que son usuales en las entrevistas.”*¹⁰

El tipo de diseño según la recolección de datos fue ***retrospectivo*** debido a que se recolectaron los datos que ocurrieron con anterioridad.

¹⁰ Sabino, C. “Observación Científica. El proceso de investigación”. Ed. Panapo, Caracas, 1992, 216 págs.



El mismo presentó un diseño de corte ***transversal*** ya que se estudiaron las variables en un determinado momento realizando así, un corte en el tiempo.

8.2 Unidad de análisis.

Persona con discapacidad

8.3 Población

El universo de estudio estuvo conformado por 65 personas con discapacidad intelectual de ambos sexos que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén en la localidad de Gálvez, en el mes de mayo de 2024.

8.4 Muestra

La muestra fue constituida por 29 personas con discapacidad, de ambos sexos, entre 20 y 50 años y que forman parte de los dispositivos Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico de Pinquén en la ciudad de Gálvez. Las mismas accedieron voluntariamente (con el consentimiento de su madre/padre/tutor) a participar de la investigación, por lo tanto, la muestra no fue aleatoria, sino un muestreo no probabilístico por conveniencia.

8.4 a) Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Que fueran concurrentes de la Institución.
- Que participaran en los dispositivos CET y CENTRO DE DÍA.
- Que tuvieran entre 20 y 50 años.
- Que tuvieran algún grado de discapacidad intelectual.
- Que realicen jornada completa en la Institución (desayuno, colación y almuerzo).



- Que accedieran a participar voluntariamente del estudio.
- Que hayan presentado el consentimiento firmado en tiempo y forma.

8.4 b) Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Que no sean concurrentes de la Institución estudiada.
- Que sean del dispositivo TALLER PROTEGIDO DE PRODUCCIÓN.
- Que tengan menos de 20 o más de 50 años.
- Que, aun teniendo una discapacidad, no sea de tipo intelectual.
- Que no realicen jornada completa en la institución.
- Que no accedan a participar voluntariamente del estudio.
- Que no hayan presentado el consentimiento en tiempo y forma.

8.5 Variables: identificación, definición y operacionalización

Las variables evaluadas en este estudio fueron: características de la muestra, hábitos alimentarios, ingesta dietética, estilo de vida, estado nutricional, percepción sobre apetito y alimentación, riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedades crónicas no transmisibles y consumo de medicamentos.

→ Características de la muestra:

- Variable: edad.

Tipo de variable: cuantitativa discreta.



Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento, expresado en años.

Definición operacional: tiempo que los jóvenes adultos con discapacidad intelectual de la muestra han vivido desde su nacimiento, expresado en años.

Indicador: años

Categorías:

- a) Juventud (14 a 26 años)
- b) Adulthood (27 a 50 años)

- Variable: sexo.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

Categorías:

- a) Mujer
- b) Hombre

- Variable: tipo de discapacidad intelectual.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: grupo de afecciones originadas durante el periodo del desarrollo y caracterizadas por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio.

Definición operacional: condición que hace referencia a la categorización de los diferentes niveles de discapacidad observados en los concurrentes a la Institución.



Categorías:

- a) Discapacidad intelectual LEVE
- b) Discapacidad intelectual MODERADO
- c) Discapacidad intelectual GRAVE
- d) Discapacidad intelectual PROFUNDO

→ Hábitos alimentarios: forma en que un individuo o un grupo de personas selecciona, prepara y consume los alimentos.

- Variable: Formas de preparaciones habituales.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: prácticas o técnicas culinarias utilizadas para la elaboración de las comidas.

Definición operacional: prácticas o técnicas culinarias utilizadas para la elaboración de las comidas dentro de la Institución.

Categorías:

- a) Hervido
- b) Vapor
- c) Horneado
- d) Frito
- e) Guisado



f) Plancha

g) Parrilla

h) Otros:

- Variable: consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios.

Tipo de variable: cualitativo nominal.

Definición conceptual: los alimentos fortificados son aquellos a los que se le añade nutrientes extras o que normalmente no tienen por la industria alimentaria. Los suplementos son productos especialmente formulados y destinados a suplementar la incorporación de nutrientes en la dieta de personas sanas, que presentan necesidades básicas no satisfechas o mayores a las habituales.

Definición operacional: consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios que consuman los concurrentes con el fin de mejorar los requerimientos o recomendaciones según su particularidad.

Categorías:

a) No consume

b) Sí consume

- Variable: consumo de agua.

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Definición conceptual: cantidad de agua que consume diariamente un individuo.



Definición operacional: cantidad de agua que consume diariamente el concurrente dentro de la Institución. Para esta investigación se tuvo en cuenta la mitad de la recomendación diaria según las GAPA ya que los concurrentes asisten la mitad del día a la Institución.

Indicador: vasos.

Categorías:

- a) No consume (0 vasos)
- b) Menos de 4 vasos diarios
- c) 4 vasos diarios
- d) Más de 4 vasos diarios

- Variable: consumo de infusiones.

Tipo de variable: cualitativo nominal.

Definición conceptual: cantidad de bebida obtenida de hojas, flores o frutos de diversas hierbas aromáticas, a las cuales se les vierte agua caliente y se las deja reposar.

Definición operacional: cantidad de bebida obtenida de hojas, flores o frutos de diversas hierbas aromáticas, a las cuales se les vierte agua caliente y se las deja reposar y que son consumidas por los concurrentes dentro de la Institución

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume



- Variable: consumo de sal de mesa.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: agregado de cloruro de sodio a las distintas preparaciones diarias.

Definición operacional: agregado de cloruro de sodio a las distintas preparaciones diarias que realicen los concurrentes dentro de la institución.

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume

- Variable: consumo de azúcar

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: agregado de sacarosa a las distintas preparaciones diarias.

Definición operacional: agregado de sacarosa a las distintas preparaciones diarias que realicen los concurrentes dentro de la institución.

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume

→ Ingesta dietética: consumo de alimentos que realiza un individuo.

- Variable: frecuencia semanal de consumo de alimentos.

Tipo de variable: cualitativa ordinal.



Definición conceptual: consumo semanal de los diferentes alimentos de un individuo.

Definición operacional: frecuencia de consumo de los alimentos que incorporan los concurrentes dentro de la institución.

Categorías:

- a) Alta (diaria o >3 veces semanales)
- b) Moderada (2 o 3 veces semanales)
- c) Baja (1 vez a la semana)
- d) Muy baja (consumo ocasional)
- e) Nula (0 veces semanales)

Para analizar esta variable, es importante recordar que se tendrán en cuenta la mitad de las recomendaciones de las GAPA ya que los concurrentes asisten media jornada diaria.

- Variable: tipo de consistencia de los alimentos.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: La consistencia describe las propiedades de los sólidos, semisólidos y líquidos; y la textura en el alimento es definida como el grupo de propiedades físicas derivadas de la estructura del alimento mismo que puede ser detectada por el tacto.

Descripción operacional: tipo de consistencias que los concurrentes necesitan en su alimentación.

Categorías:

- a) Textura Sólido-firme



- b) Textura procesada
- c) Textura blanda
- d) Textura puré
- e) Líquido tipo néctar o almíbar
- f) Líquido tipo miel o cremoso
- g) Líquido tipo pudín o postre
- h) Mezcla de texturas

→ Percepción sobre apetito y alimentación:

- Variable: percepción sobre el apetito habitual.

Tipo de variable: cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos y necesidades.

Definición operacional: sensación personal del encuestado acerca su apetito.

Categorías:

- a) Aumentado
- b) Normal
- c) Disminuido
- d) Sin apetito

→ Estilo de vida: reacciones o conductas habituales que ejercen una influencia en la salud de los individuos.



- Variable: actividad física.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Definición conceptual: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona.

Definición operacional: cualquier movimiento corporal que realicen los concurrentes utilizando los músculos. Abarca el ejercicio, y otras actividades que exijan movimientos corporales; se incluye el juego, caminata, desplazamiento, tareas domésticas y actividades recreativas.

Categorías:

- a) Ninguna
- b) Programada ≥ 3 veces por semana
- c) Recreativa
- d) Otros

→ Estado nutricional: es la condición física de un individuo reflejada por el equilibrio y balance entre la ingestión de nutrientes y necesidades de nutrientes.

- Variable: *peso corporal*.

Tipo de variable: cuantitativa continua.

Descripción conceptual: es la suma de todos los tejidos del cuerpo y es considerado una medida antropométrica, medida en kilogramos.

Indicador: kilogramos (kg)



- Variable: talla.

Tipo de variable: cuantitativa continua.

Descripción conceptual: distancia máxima entre la región plantar y el vértex, medida en centímetros.

Indicador: centímetros (cm)

- Variable: índice de masa corporal.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa continua.

Descripción conceptual: relación entre el peso y la talla al cuadrado. Se utiliza para clasificar a una persona o población en un estado nutricional determinado.

Indicador: Peso/Talla^2 (kg/m²)

Categorías:

- a) Desnutrición severa (<16)
- b) Desnutrición moderada (16 – 16,9)
- c) Desnutrición leve (17 – 18,4)
- d) Bajo peso (18,5 – 21,9)
- e) Normo peso (22 - 26,9)
- f) Sobrepeso (27 - 29,9)
- g) Obesidad Grado I (30 - 34,9)
- h) Obesidad Grado II (35 - 39,9)
- i) Obesidad Grado III (40 – 49,9)
- j) Obesidad Grado IV (≥ 50)



- Variable: glóbulos blancos.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: son las principales células del sistema de defensa que actúa en la inmunidad específica y que inician la respuesta. Éstos son responsables de la inmunidad celular y humoral.

Indicador: unid/mm³.

Categorías:

- a) Disminuido (<4.5)
- b) Normal (4.5 a 11)

- Variable: glóbulos rojos.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: son un componente importante de la sangre. Su función es transportar oxígeno a los tejidos corporales e intercambiarlo por dióxido de carbono, el cual es transportado y eliminado por los pulmones.

Indicador: unid/mm³.

Categorías:

- ◆ Hombre

- a) Disminuido (<4.7)
- b) Normal (4.7 a 6.1)



◆ Mujer

a) Disminuido (<4.2)

b) Normal (4.2 a 5.4)

- Variable: hemoglobina.

Tipo de variable: cualitativa y cuantitativa discreta.

Definición conceptual: proteína de la sangre, de color rojo característica, que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos.

Indicador: g/dl.

Categorías:

◆ Hombre

c) Disminuido (<13)

d) Normal (13 a 18)

◆ Mujer

c) Disminuido (<12)

d) Normal (12 a 16)



- Variable: hematocrito.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: es el porcentaje de eritrocitos en un volumen dado de sangre completa.

Indicador: %.

Categorías:

- ◆ Hombre
 - a) Disminuido (<40)
 - b) Normal (40 a 54)
- ◆ Mujer
 - a) Disminuido (<37)
 - b) Normal (37 a 47)

- Variable: glucemia en ayunas.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: forma más rápida y simple de medir la glucosa en sangre y evaluar su estado, luego de 8-12 horas de ayuno.

Indicador: mg/dl.

Categorías:

- a) Normal (70 a 100)
- b) Alta (> 100)



- Variable: colesterol total en ayunas.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: se mide la cantidad de colesterol en sangre luego de 8-12 horas de ayuno.

Indicador: mg/dl.

Categorías:

- a) Normal (<200)
- b) Moderadamente alto (200-239)
- c) Elevado (>240)

- Variable: colesterol- HDL en ayunas.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: lipoproteínas de alta densidad, que ayuda a eliminar otras formas de colesterol del torrente sanguíneo. Los niveles más altos de colesterol HDL están asociados con un menor riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca.

Indicador: mg/dl.

Categorías:

- ◆ Hombre
- a) Normal (≥ 40)
- b) Bajo (<40)



◆ Mujer

a) Normal (≥ 50)

b) Bajo (<50)

- Variable: colesterol- LDL en ayunas.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: se encargan de transportar el colesterol desde el hígado hacia el resto de los órganos y tejidos. Tiene la capacidad de penetrar en el tejido que recubre las paredes internas de las arterias, donde se oxida y desencadena una reacción inflamatoria que promueve el crecimiento de las placas de ateroma (aterosclerosis).

Indicador: mg/dl.

Categorías:

a) Riesgo bajo o nulo - valor normal (<100)

b) Riesgo moderado a elevado (100 - 159)

- Variable: triglicéridos en ayunas.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: tipo de lípidos o grasas formadas por glicerol y ácidos grasos, constituyen la principal forma de almacenamiento de energía del organismo.

Indicador: mg/dl.



Categorías:

- a) Normal (<150)
- b) Moderadamente elevado (150 - 199)
- c) Elevado (200 - 499)
- d) Muy elevado (>500)

- Variable: presión arterial.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa discreta.

Descripción conceptual: es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo.

Indicador: mmHg.

Categorías:

- a) Normal (<120 PAS y <80 PAD)
- b) Elevada (120-129 PAS y <80 PAD)
- c) Hipertensión grado I (130-139 PAS y 80-89 PAD)
- d) Hipertensión grado II (≥ 140 PAS o ≥ 90 PAD)
- e) Hipertensión grado III (>180 PAS y/o >120 PAD)

→ Riesgo de enfermedad cardiovascular: probabilidad que presenta un individuo de sufrir algún trastorno cardíaco, y/o de los vasos sanguíneos.



- Variable: circunferencia cintura.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa continua.

Descripción conceptual: máxima circunferencia de la cintura. Línea horizontal en punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca.

Indicador: centímetros (cm)

Categorías:

- ◆ Hombre
 - a) Saludable (<94)
 - b) Riesgo Cardiovascular (≥ 94)
 - c) Riesgo Cardiovascular Aumentado (≥ 102)
- ◆ Mujer
 - a) Saludable (<84)
 - b) Riesgo Cardiovascular (≥ 84)
 - c) Riesgo Cardiovascular Aumentado (≥ 88)

- Variable: circunferencia cadera.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa continua.

Descripción conceptual: máxima circunferencia de la cadera. Línea horizontal a nivel de la máxima protuberancia posterior de los glúteos.

Indicador: centímetros (cm)



- Variable: índice cintura/cadera.

Tipo de variable: cualitativa ordinal y cuantitativa continua.

Descripción conceptual: relación entre la circunferencia de cintura y circunferencia de cadera, constituye un indicador antropométrico preciso para predecir hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.

Categorías:

- ◆ Hombre

- a) Muy bajo riesgo de enfermedades (<0.95)
- b) Bajo riesgo de enfermedades ($0.95 - 0.99$)
- c) Alto riesgo de enfermedades (>1)

- ◆ Mujer

- a) Muy bajo riesgo de enfermedades (<0.8)
- b) Bajo riesgo de enfermedades ($0.81 - 0.84$)
- c) Alto riesgo de enfermedades (>0.85)

→ Enfermedades crónicas no transmisibles y consumo de medicamentos:

- Variable: padecimiento de patología no transmisible.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Descripción conceptual: enfermedades de larga duración, cuya evolución es generalmente lenta.

Categorías:



- a) No padece
 - b) Si padece
- Subcategoría de b)
- a) Anemia SÍ - NO
 - b) Artrosis SÍ - NO
 - c) Celiaquía SÍ - NO
 - d) Constipación SÍ - NO
 - e) Desnutrición SÍ - NO
 - f) Diabetes SÍ - NO
 - g) Diarrea crónica SÍ - NO
 - h) Disfagia SÍ - NO
 - i) Dislipemias SI- NO
 - j) Diverticulosis SÍ - NO
 - k) Enfermedad cardiovascular SÍ - NO
 - l) Fenilcetonuria SÍ - NO
 - m) Gastritis SÍ - NO
 - n) Hernia de Hiato SÍ - NO
 - o) Hipertensión arterial SÍ – NO
 - p) Hipotiroidismo SÍ – NO
 - q) Obesidad SÍ - NO



- Variable: consumo de medicamentos.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Descripción conceptual: consumo de fármacos prescritos por el profesional.

Categorías:

- a) No consume
- b) Menos de 3 medicamentos
- c) 3 medicamentos
- d) Más de 3 medicamentos



8.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

“Un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso del que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información”¹¹

Uno de los instrumentos, la observación participante, es el método etnográfico por excelencia que permite la inmersión del observador-investigador en el contexto del objeto de estudio y de esa forma, poder reflexionar al respecto. El tipo de población elegida en esta investigación demanda la construcción de cierta confianza para permitir la cercanía y poder así, establecer una conversación y, posteriormente realizar mediciones antropométricas.

Como parte del diseño metodológico es necesario determinar y plantear los métodos y las técnicas de recolección de datos, así como el tipo de instrumento que se utilizará, para lo que deberán tomarse en cuenta todas las etapas anteriores, especialmente el problema, los objetivos, las variables y el diseño de la investigación.

En primera instancia se le envió a cada madre, padre o tutor un consentimiento de participación siguiendo las Pautas Éticas CIOMS y la Declaración de Helsinki el cual firmaron. Su principio básico es la transparencia en cuanto a los procedimientos, derechos y deberes de los que se involucran en el proceso de investigación. El impreso del consentimiento informa que los participantes son libres de retirarse de las mediciones en cualquier momento sin ningún perjuicio. Se expresó claramente que los datos que se publiquen de las mediciones no revelarían la identidad de los sujetos sin su consentimiento. (ver Anexo I).

En segunda instancia, se realizó una encuesta semiestructurada, de elaboración propia, con el objetivo de recolectar datos. La misma se conformó de 14 preguntas que posteriormente fueron respondidas por los concurrentes con ayuda del referente de sala

¹¹ Sabino, C. *“El proceso de investigación”*. Editorial Panapo. 1992. Caracas.



a cargo. En la encuesta se incluyeron datos personales, aspectos de su alimentación, formas de preparación, realización de actividad, padecimiento de enfermedades concomitantes y medicamentos consumidos. (Ver Anexo II).

Para la evaluación de la ingesta dietética se llevó a cabo individualmente un cuestionario de frecuencia de consumo (CFC), el cual se encuentra en el Anexo III. El CFC es un método diseñado para investigar las relaciones entre dieta y enfermedades donde, a partir de una lista de alimentos o grupos de ellos, se obtuvieron datos sobre el consumo en un periodo de tiempo concreto. (Girolami, 2002).

Se evaluó la ingesta dietética mediante datos cualitativos. El cuestionario se conformó por una lista de alimentos de consumo habitual y la frecuencia de consumo semanal (diario o más de 3 veces/ 2 o 3 veces/ 1 vez/ consumo ocasional/ nunca), teniendo en cuenta el consumo de ellos en las semanas anteriores a la realización del cuestionario.

Para evaluar los datos antropométricos obtenidos (peso, talla, circunferencia de cintura y circunferencia de cadera) se volcaron en la tabla individual para cada persona con discapacidad del anexo IV. El objetivo de su medición fue poder evaluar el estado nutricional e identificar la existencia o riesgo de enfermedad cardiovascular.

- **Peso:** medición que expresa la masa corporal total pero no define la composición (compartimientos y fluidos).

Instrumento: el instrumento es una balanza electrónica a pilas, marca OMRON modelo HBF-514C. La misma mide 7 indicadores corporales (peso corporal, edad corporal, porcentaje de grasa corporal, grasa visceral, porcentaje de masa magra, IMC, metabolismo basal) y tiene una capacidad de hasta 150 kg.

Técnica: Controlar que la balanza esté en 0. El sujeto deberá estar con ropa liviana y se posicionará en el centro de la misma con el peso distribuido en forma pareja entre ambos pies. La cabeza deberá estar elevada y los ojos mirando hacia adelante.



Resultado: en kilogramos (kg).

- **Talla:** distancia vertical desde la región plantar hasta el vertex.

Instrumento: se utiliza un estadiómetro contra una pared y junto a ella, una escuadra móvil en ángulo recto, la cual debe ser colocada firmemente sobre la cabeza del sujeto, más precisamente en el vertex. Este método tiene una precisión de 0.1 cm.

Técnica: se requiere que el sujeto esté parado con los pies y talones juntos, la cara posterior de los glúteos y la parte superior de la espalda apoyada en el estadiómetro. Los brazos se colocan a ambos lados del cuerpo con las palmas de las manos en dirección a los muslos. Cuando la cabeza se ubica en el plano de Frankfort (arco orbital alineado horizontalmente con la protuberancia cartilaginosa superior de la oreja), el vertex es el punto más alto del cráneo.

En los casos de personas con sillas de ruedas, la estatura se midió a través de la altura de la rodilla. Dicha medición es la distancia desde la planta del pie en el talón, hasta la superficie anterior de muslo. La medición se realizó con el tobillo y la rodilla flexionados en un ángulo de 90°. A partir de esta medida se pudo estimar la talla empleando una fórmula:

- VARONES= $59,01 + (2,08 \times \text{altura de rodilla en cm})$
- MUJERES= $75,00 + (1,91 \times \text{altura de rodilla en cm}) - (0,17 \times \text{edad en años})$

El resultado de dicha fórmula se utilizará en el Índice de Masa Corporal.

Resultado: en centímetros (cm).

- **Índice de masa corporal:** Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros cuadrados. No informa sobre la composición corporal, pero aun así hay puntos de cortes que establecen la normalidad o no del estado nutricional del sujeto.



Resultado: kg/m².

- **Perímetros:**

Instrumento: cinta antropométrica, no extensible ni deformable con divisiones de 1mm.

Técnica: la técnica de manos cruzadas es utilizada para realizar la medición de todos los perímetros corporales. La cinta métrica debe sostenerse en ángulo recto a la extremidad o segmento corporal que está siendo medido, y la tensión de la cinta debe ser constante.

- **Perímetro de cintura:** constituye una estimación de la grasa visceral. Es el punto más estrecho entre el último arco costal (costilla) y la cresta ilíaca.

Técnica: debemos pararnos en frente del sujeto para localizar correctamente la zona más estrecha. La medición se realiza al final de una espiración normal, con los brazos relajados a los costados del cuerpo.

Resultados: en centímetros (cm).

- **Perímetro de cadera:** perímetro de máximo relieve de los músculos glúteos.

Técnica: debemos pararnos al costado del sujeto para asegurar que la cinta se mantenga en plano horizontal. El sujeto debe pararse con los pies juntos y no debería contraer los glúteos.

Resultado: en centímetros (cm).

- **Índice cintura/cadera** relación entre la medición del perímetro de cintura y perímetro de cadera. Constituye un indicador antropométrico preciso para predecir hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.



Nota: las mediciones se realizaron dos veces para luego obtener un promedio de ambos resultados y verificar así una precisión de la medida realizada.

En cuanto a los datos bioquímicos, los mismos se obtuvieron a través de la historia clínica de los concurrentes que formaron parte de la muestra estudiada. Los valores se volcaron en la tabla individual para cada persona con discapacidad del Anexo V. Por último, la obtención de todos los datos y parámetros se llevó a cabo de forma anónima. Solo se les solicitó el nombre para correlacionar los datos bioquímicos. Se identificó a cada concurrente con un número del 1 al 29.



9. REFERENTE EMPÍRICO

La Ciudad de Gálvez es una localidad del Departamento San Jerónimo, en el centro-sur de la Provincia de Santa Fe, Argentina, ubicada a 81 km de la ciudad de Santa Fe, capital provincial.



La investigación se llevó a cabo en el Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinguén ubicado en Avenida Jorge Newbery 774/782 de la ciudad de Gálvez, Santa Fe contemplando jóvenes adultos entre 20 y 50 años que presentan Discapacidad Intelectual.

La institución fue fundada el 9 de diciembre de 1989 y con más de 30 años de trayectoria, es una asociación sin fines de lucro donde se realizan abordajes con jóvenes, adultos y adultos mayores con discapacidad, de una manera integral en su proceso de crecimiento y desarrollo. Cuenta con 3 dispositivos de trabajo: CENTRO DE DÍA (CD), CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (CET) Y TALLER PROTEGIDO DE PRODUCCIÓN (TPP). En la presente investigación sólo se tuvieron en cuenta los dispositivos CD Y CET ya que son los concurrentes que la institución tiene un seguimiento clínico y nutricional que sirvieron de guía para enriquecer la tesina.



Ilustración 4. Imagen del frente de la institución.

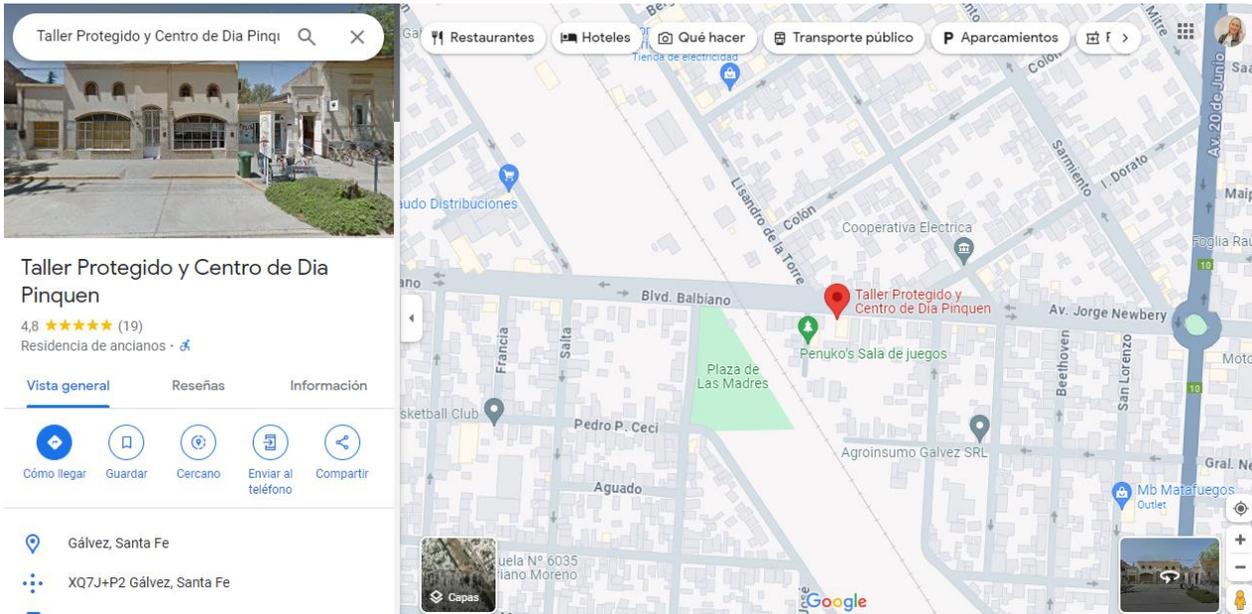


Ilustración 5. Imagen del frente de la institución.



“Hábitos alimentarios y estado nutricional de jóvenes adultos con discapacidad intelectual que concurren al Centro de día y Centro educativo terapéutico de Pinquén en la ciudad de Gálvez”



10.RESULTADOS ALCANZADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la encuesta sobre hábitos alimentarios y valoración del estado nutricional realizada a 29 (n=29) jóvenes adultos durante el mes de mayo de 2024 en el Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén.

→ Características de la muestra estudiada

Edad:

La edad promedio del total (n=29) de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual encuestados fue de 36,62 años \pm 7,86 años. Las edades comprendían desde los 20 hasta los 50 años. Tabla 5.

Tabla 5. Edad de la muestra.

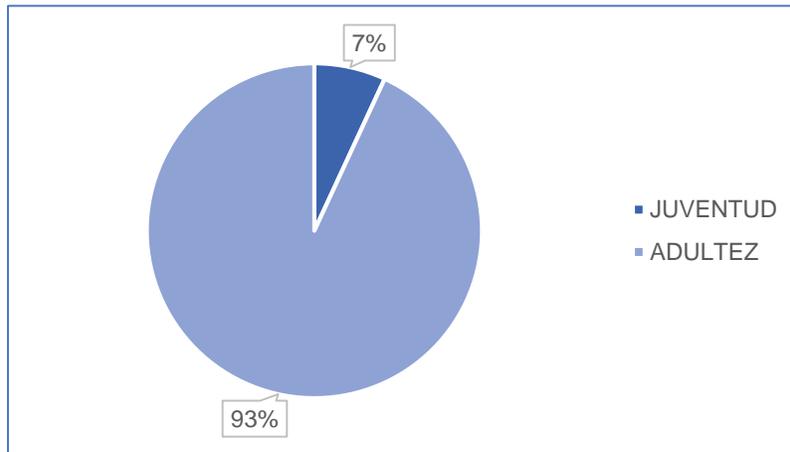
MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	DESVÍO ESTANDAR
20 AÑOS	50 AÑOS	36,62 AÑOS	7,86 AÑOS

Fuente: elaboración propia.

El 7% (n=2) corresponde a la categoría juventud y el 93% (n=27) a adultez. Gráfico 1.



Gráfico 1. Clasificación por edad de los concurrentes.

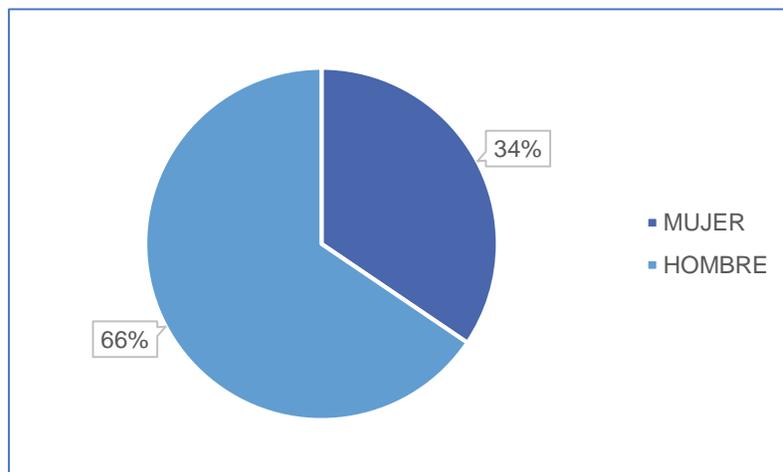


Fuente: elaboración propia.

Sexo:

El 66% (n=19) de los entrevistados eran hombres y el 34% (n=10) eran mujeres. Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribución según sexo.



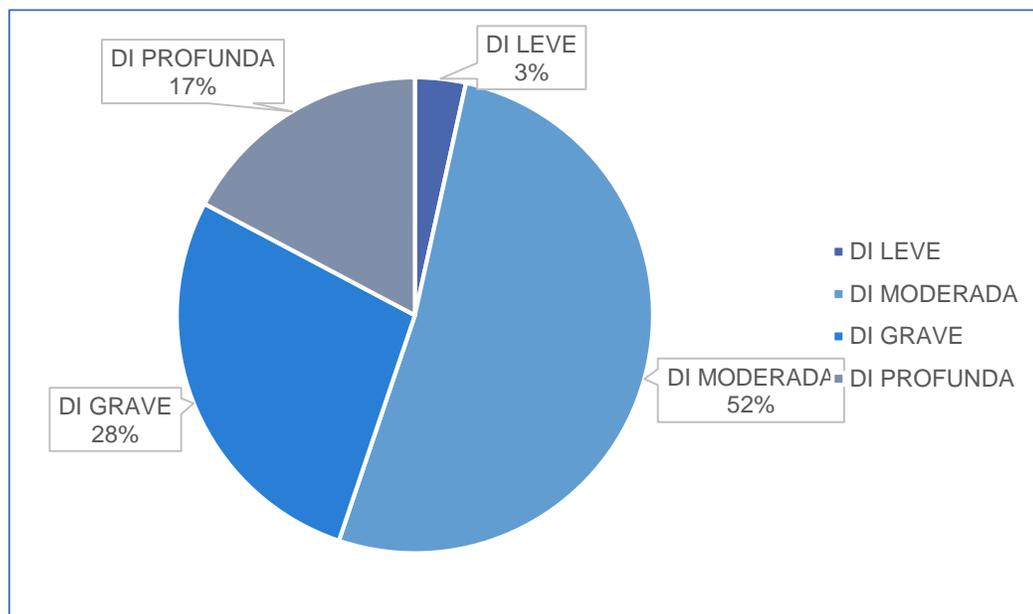
Fuente: elaboración propia.



Tipo de discapacidad intelectual:

El 3% (n=1) presenta Discapacidad Intelectual Leve, el 17% (n=5) fue diagnosticada con Discapacidad Intelectual Profunda, el 28% (n=8) corresponde a Discapacidad Intelectual Grave y, por último, la Discapacidad Intelectual Moderada es presentada por un 52% (n=15) de los concurrentes. Gráfico 3

Gráfico 3. Distribución según tipo de discapacidad.



Fuente: elaboración propia.

→ Hábitos alimentarios

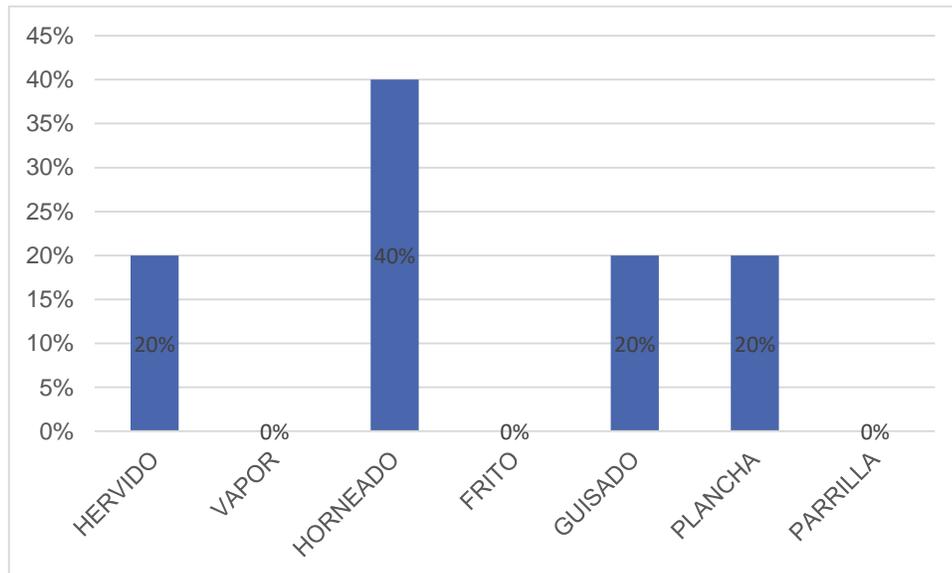
Formas de preparaciones más habituales:

Bajo estricto control del equipo de salud, las formas de preparación más habituales que se utilizan dentro de la Institución en el mosaico de menú de invierno son: hervido (20%), horneado (40%), guisado (20%) y la plancha (20%). Se ha mencionado método de



cocción “parrilla” en eventos excepcionales de algún día festivo, pero que bajo ningún punto de vista representa un método habitual de cocción. Gráfico 4.

Gráfico 4. Tipo de cocción más utilizada



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las variables “Consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios”, “Consumo de infusiones” y “Consumo de sal de mesa y azúcar” el total de la muestra (n=29) refiere el mismo comportamiento que sus pares.

- *Consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios:* Según la encuesta realizada (n=29), el 100% de los concurrentes refiere NO consumir ningún tipo de alimento fortificado o suplemento dietario en su alimentación.
- *Consumo de infusiones:* Del total de los entrevistados, el 100% (n=29) refirió que sí consume infusiones a lo largo de la jornada institucional, especificando que el mate y el té son sus mayores preferencias.



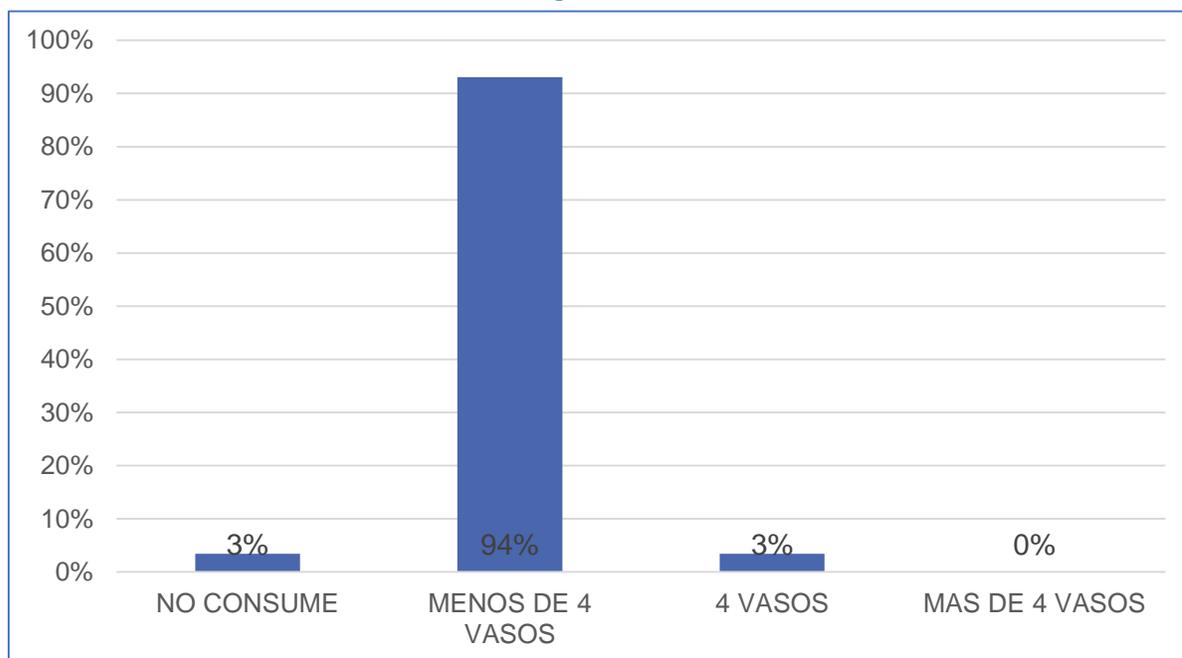
- *Consumo de sal de mesa y azúcar:* Se observó que, del total de los participantes, ninguno le agrega sal de mesa a las preparaciones. Y, con respecto al azúcar, el 100% (n=29) refirió no agregar a las infusiones, aunque sí se utilizan edulcorantes artificiales para endulzarlas. Otra especificación respecto de la sacarosa es que, si bien los concurrentes no tienen acceso a la misma, se consume de manera encubierta a través de tortas, postres o diferentes preparaciones dulces en eventos especiales.

Consumo de agua:

A la hora de confeccionar la encuesta y plantear ésta variable, se tuvo en cuenta la mitad de la recomendación diaria de consumo de agua (2 litros por día según GAPA). Al tabular los datos es posible observar que el 94% de los concurrentes (n=27) consume menos de 4 vasos en su jornada. El 3% (n=1) refiere no consumir agua extra a las incluidas en las preparaciones debido a su severa disfagia que imposibilita una adecuada deglución. Y el restante 3% (n=1) refiere consumir 4 vasos por día dentro de la Institución. Gráfico 5.



Gráfico 5. Distribución del consumo de agua.



Fuente: elaboración propia.

→ Ingesta dietética:

Frecuencia de consumo semanal:

En la presente investigación se analizó la frecuencia de consumo, dividida por grupo de alimentos, del mosaico de invierno brindado por la institución.

Es importante destacar que el equipo de salud de Pinquén, evaluando patologías, decidió proveer un único menú para todos los comensales y que, lógicamente, se adaptaron las consistencias particulares en cada caso.

A continuación, se detalla una tabla que especifica la frecuencia semanal de consumo según cada grupo de alimentos. Las frecuencias evaluadas fueron “diario o más de 3 veces”, “2 a 3 veces”, “1 vez”, “consumo ocasional” y “nunca”.



Tabla 6. Frecuencia de consumo semanal de los concurrentes.

MOSAICO DE MENÚ DE INVIERNO					
FRECUENCIA SEMANAL					
Alimento	Diario o más de 3 veces	2 a 3 veces	1 vez	Consumo ocasional	Nunca
Hortalizas A y B					
Acelga			X		
Achicoria			X		
Espinaca			X		
Lechuga		X			
Repollo			X		
Berenjena			X		
Brócoli			X		
Coliflor			X		
Zapallito			X		
Rabanito			X		
Pimiento		X			
Tomate		X			
Pepino			X		
Zanahoria		X			
Remolacha			X		
Espárrago			X		
Zapallo			X		
Chaucha			X		
Cebolla		X			
Puerro			X		
Hortalizas C					
Batata			X		
Papa			X		
Choclo			X		
Frutas A y B					
Todas	X				



Legumbres, cereales, papa, pan y pastas					
Soja					X
Arveja			X		
Garbanzo				X	
Lenteja			X		
Poroto				X	
Pan	X				
Fideos			X		
Arroz			X		
Leche, yogur y quesos					
Leche entera	X				
Leche parc. Descremada					X
Yogur					X
Quesos blandos		X			
Quesos duros			X		
Carnes y huevo					
Pollo			X		
Vaca			X		
Pescado			X		
Cerdo			X		
Huevo	X				
Aceites, frutas secas y semillas					
Aceite (girasol)	X				
Frutas secas					X
Semillas					X
Alimentos de consumo opcional					
Productos de panadería				X	
Galletita		X			
Crema de leche				X	
Manteca				X	
Azúcar			X		
Mermelada/miel		X			
Golosinas (turrónes)		X			
Postres				X	



Edulcorantes	X				
Productos de copetín				X	
Bebidas alcohólicas					X
Gaseosas, aguas saborizadas				X	
Agua	X				

Fuente: elaboración propia.

Analizando la tabla anteriormente expuesta se pueden deducir varios aspectos de cada grupo de alimentos:

- [Grupo 1: Verduras y frutas](#)

En cuanto a las *hortalizas*, si bien se recomienda identificar las de tipo A y las de tipo B, la recomendación diaria de ambas es de 700 grs, excluyendo de este grupo las de tipo C o feculentas. El mosaico de menú es bastante variado en cuanto a hortalizas y se pueden observar vegetales como lechuga, pimiento, tomate, zanahoria y cebolla con una frecuencia de consumo semanal moderada y los días restantes se elaboran preparaciones con otro tipo de hortalizas como son acelga, achicoria, espinaca, remolacha, zapallo, zapallito, berenjena, entre otros, con una frecuencia inferior (1 vez a la semana).

Las *frutas* son consumidas diariamente por los concurrentes, a veces como colación y en otras oportunidades como postre.

- [Grupo 2: Legumbres, cereales, papa, pan y pastas](#)

Este grupo engloba diferentes tipos de alimentos por su composición nutricional. Los vegetales feculentos más consumidos por los concurrentes son papa, choclo y batata con una única frecuencia semanal. En cuanto a los cereales que se proveen, el arroz y los fideos son los de mayor elección. Si bien las recomendaciones incentivan la elección de la versión integral, en la institución se sirve la versión refinada. Se pudo observar una



frecuencia alta del consumo de pan (diario o más de 3 veces por semana). Las legumbres más utilizadas en las preparaciones son arvejas, garbanzos, lentejas y porotos. Con respecto a las anteriores, el mosaico utiliza una vez por semana cada tipo de leguminosa.

- [Grupo 3: Leche, yogur y quesos](#)

En cuanto a la *leche* se observó un consumo frecuente (diario o 3 veces por semana) de su versión entera. Se registró ausencia del consumo de *yogur* en el período estudiado correspondiente al mosaico de invierno. Dentro de los denominados *quesos*, existen diferentes tipos de pastas. Los de pasta dura tienen una frecuencia de consumo baja (1 vez a la semana) y según especificaciones en el momento de las entrevistas, sólo se utilizan en forma de queso rallado. Los de pasta blanda son mayormente elegidos en el menú con una frecuencia moderada (2 a 3 veces por semana). Preferentemente se utilizan quesos cremosos y untables. Si bien la recomendación de las GAPA es de 30 grs de queso blando por día, se podría concluir que hay un consumo frecuente del mismo.

[Grupo 4: Carnes y Huevo](#)

La frecuencia de consumo es de 4 veces por semana. Se prefieren cortes magros que varían entre carne de vaca, pollo, pescado y cerdo.

En cuanto al huevo, su frecuencia de consumo es de uno por día, acompañando a la carne en preparaciones como soufflé, salteados, tortillas, entre otros y siendo el alimento fuente de proteínas por excelencia que se utiliza los días que no consumen productos cárnicos.

[Grupo 5: Aceite, frutas secas y semillas](#)

En cuanto a los aceites, en las preparaciones se utiliza el de girasol. El consumo del aceite es frecuente (diario o más de 3 veces por semana). Respecto a frutas secas y semillas, los entrevistados refieren el consumo nulo de las mismas.



- Grupo 6: Alimentos de consumo opcional

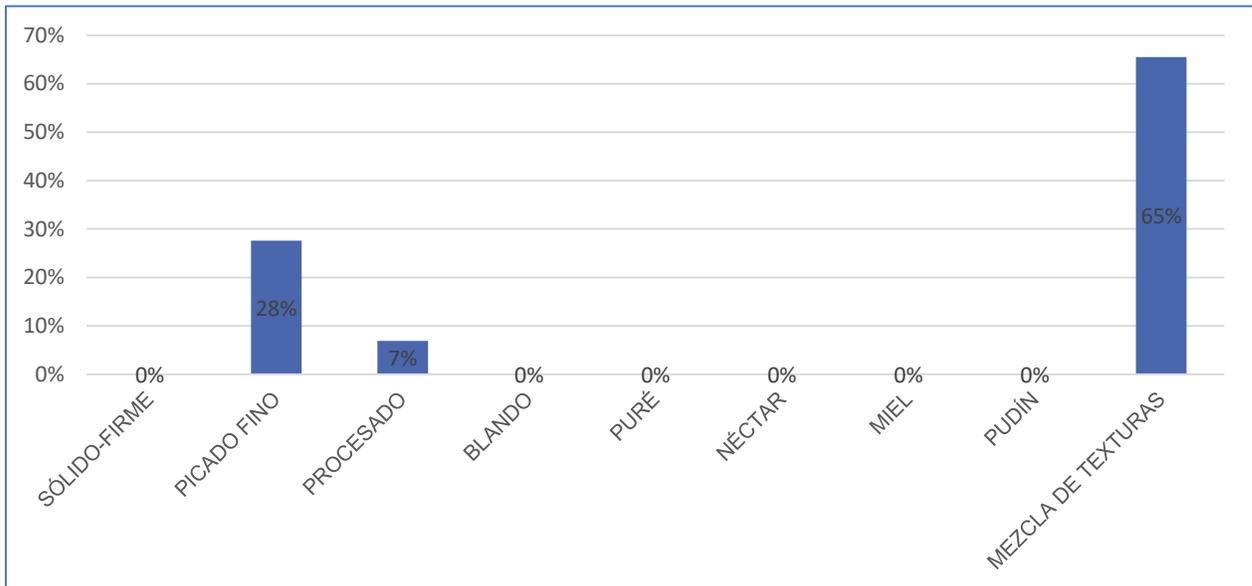
Dentro de los productos de panadería se han mencionado pastelitos, torta fritas, tortas de cumpleaños con una frecuencia de consumo ocasional para eventos o festejos especiales. Las galletitas tanto dulces como saladas son referidas en un consumo de 1 vez a la semana en el momento de la colación. La manteca y la crema de leche son alimentos de alto tenor graso que son consumidos en ocasiones especiales y no forman parte del consumo semanal. La mermelada es utilizada con frecuencia (2 o 3 veces por semana) en el momento de la colación. Dentro de golosinas se hizo hincapié en los turrone y se expresó que los concurrentes lo han incorporado como hábito en algún día de la semana. Productos de copetín, gaseosas y aguas saborizadas también fueron referenciadas dentro de consumo ocasional en algún festejo.

Tipo de consistencias alimentarias

En cuanto a ésta variable, si bien el mosaico de menú es el mismo para todos los comensales, se adapta a cada concurrente según su particularidad. Los referentes de sala expresan que el 28% (n=8) de los concurrentes necesita una preparación de tipo “picado fino” ya sea por falta de piezas dentarias, y/o ansiedad al comer. Este tipo de consistencia requiere menos esfuerzo masticatorio, pero demanda coordinación en la boca. El 7% (n=2) de la muestra necesita una preparación de tipo “procesado” debido a la disfagia que presenta. El 65% (n=19) restante se adapta a “mezcla de texturas” sin inconvenientes. Grafico 6.



Gráfico 6. Distribución del tipo de consistencia que consumen los concurrentes.



Fuente: elaboración propia.

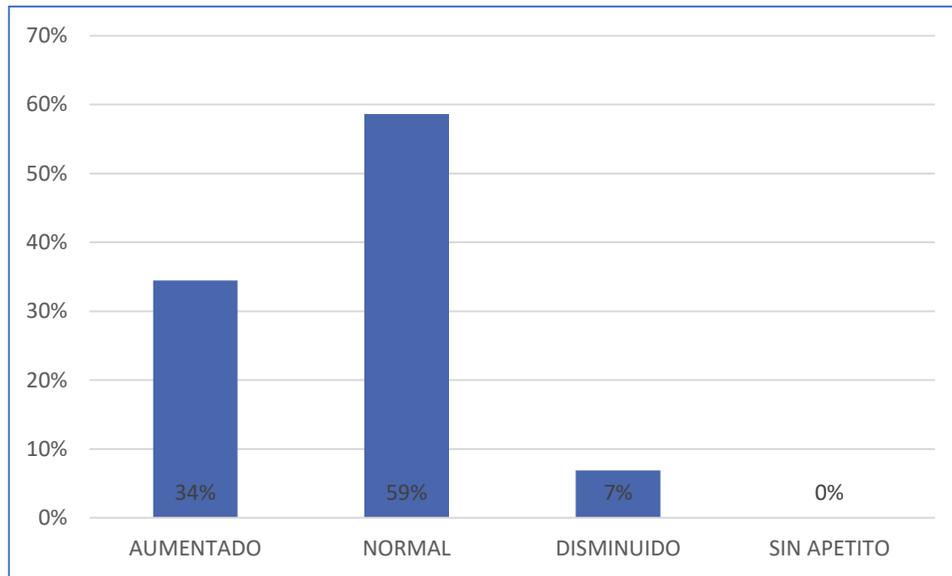
→ Percepción sobre apetito y alimentación:

Percepción particular sobre el apetito habitual:

El 59% (n=17) de los jóvenes adultos entrevistados describió su apetito habitual como normal. El 34% (n=10) refirió tener un apetito aumentado y el 7% (n=2) posee un apetito disminuido. Gráfico 7.



Gráfico 7. Distribución de la percepción del apetito de los concurrentes.



Fuente: elaboración propia.

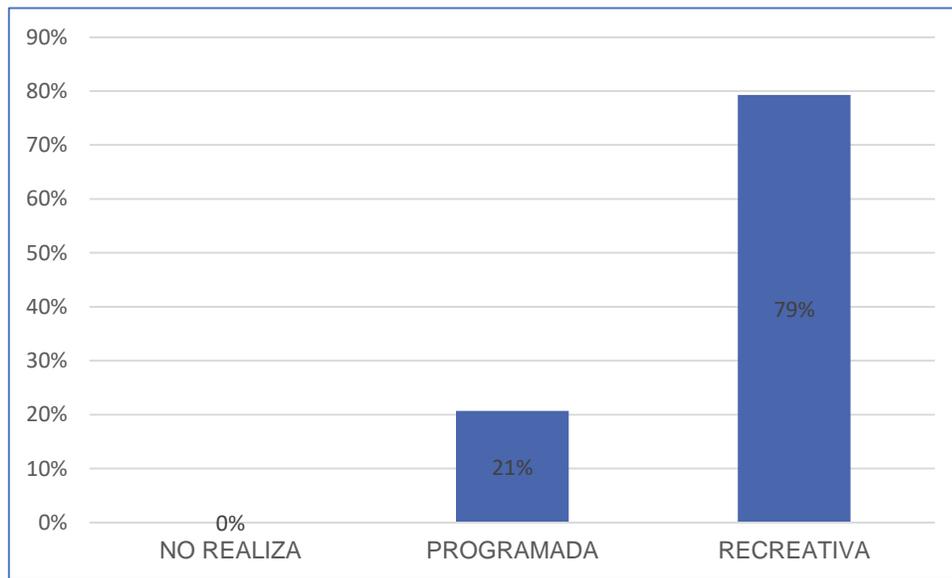
→ Estilo de vida:

Actividad física

El 79% (n=23) de los entrevistados refirió realizar actividad física de tipo recreativa (caminata por la ciudad). El 21% (n=6) restante realiza actividad física programada en el gimnasio de la Institución. Gráfico 8.



Gráfico 8. Tipo de actividad física realizada por los concurrentes.



Fuente: elaboración propia.

→ Estado nutricional:

Peso

El peso corporal promedio del total de los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 76,77 kg \pm 24,80 con una mediana de 80. El valor mínimo de peso corporal es de 59 kg y el máximo es de 128 kg. Tabla 7.

Tabla 7. Evaluación antropométrica. Peso de la muestra.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
34 KG	141,5 KG	77,76 KG	73,8 KG	24,79 KG

Fuente: elaboración propia.



Talla

La talla promedio del total de los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 1,60 cm \pm 0,11 cm con una mediana también de 1,58 cm. El valor mínimo de talla registrado fue de 1,44 cm y el máximo de 1,87 cm. Tabla 8.

Tabla 8. Evaluación antropométrica. Talla de la muestra.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
1,44 CM	1,87 CM	1,60 CM	1,58 CM	0,11 CM

Fuente: elaboración propia.

Índice de masa corporal (IMC):

El IMC promedio del total de los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 30,09 kg/m² \pm 8,80 con una mediana de 30,18 kg/m². El valor mínimo del IMC observado fue de 14,72 kg/m² y el valor máximo de 50,24 kg/m². Tabla 9.

Tabla 9. Evaluación antropométrica. IMC de la muestra.

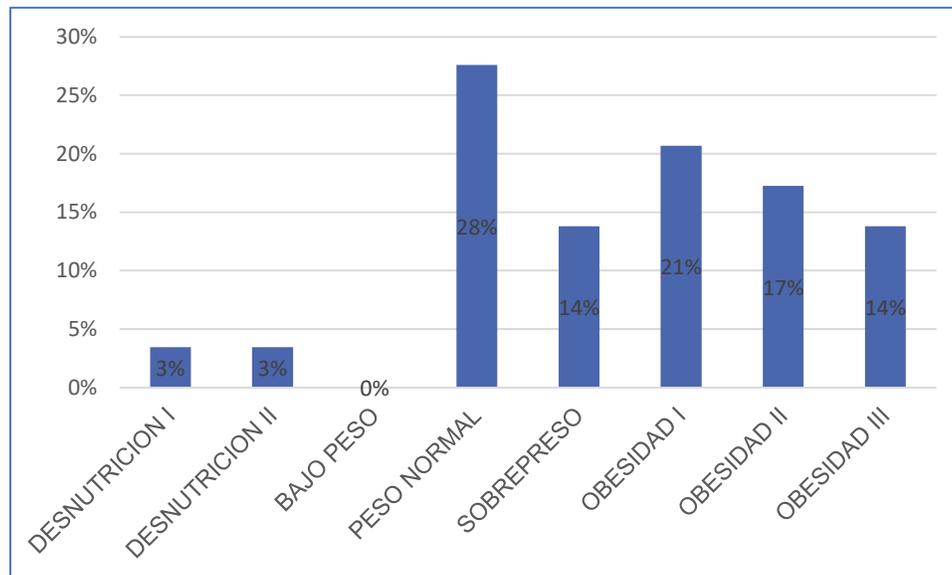
MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
14,72 kg/m ²	50,24 kg/m ²	30,09 kg/m ²	30,18 kg/m ²	8,80 kg/m ²

Fuente: elaboración propia.



De acuerdo a los valores registrados sobre el total de los jóvenes adultos entrevistados (n=29), el 3% (n=1) presentó desnutrición grado I, otro 3% (n=1) desnutrición grado II, un 28% (n=8) peso normal, un 14% (n=4) sobrepeso, un 21% (n=6) obesidad grado I, un 17% (n=5) obesidad grado II y, por último, un 14% (n=4) presentó obesidad grado III. No registrándose, jóvenes adultos con bajo peso. Gráfico 9.

Gráfico 9. Distribución del estado nutricional según IMC.



Fuente: elaboración propia.

Glóbulos blancos:

El valor promedio de los glóbulos blancos encontrado en los jóvenes adultos entrevistados es de $7.99 \text{ mil/mm}^3 \pm 1.34$ con una mediana de 7.90. El valor mínimo encontrado fue de 4.9 mil/mm^3 y un valor máximo de 10.6 mil/mm^3 . Tabla 10.



Tabla 10. Evaluación bioquímica. Glóbulos blancos.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
4.9 mil/mm ³	10.6 mil/mm ³	7.99 mil/mm ³	7.90 mil/mm ³	1.34 mil/mm ³

Fuente: elaboración propia.

Glóbulos rojos:

El valor promedio de glóbulos rojos en los jóvenes adultos hombres entrevistados (n=19) es de 5.39 millones/mm³ ± 0.43 con una mediana de 5.30. El valor mínimo observado es de 4.8 millones/mm³ y un valor máximo de 6.1 millones/mm³. Por otra parte, el valor promedio de glóbulos rojos en las mujeres jóvenes adultas entrevistadas (n=10) es de 4.93 millones/mm³ ± 0.24 con una mediana de 4.95. El valor mínimo encontrado es de 4.5 millones/mm³ y un valor máximo de 5.3 millones/mm³. Tabla 11.

Tabla 11. Evaluación bioquímica. Glóbulos rojos.

SEXO	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
HOMBRE	4.8	6.1	5.39	5.30	0.43
MUJER	4.5	5.3	4.93	4.95	0.24

Fuente: elaboración propia.



Hemoglobina:

El valor promedio de hemoglobina en el total de jóvenes adultos hombres entrevistados (n=19) es de 15,13 g/dl \pm 1,35 con una mediana de 15,1. El valor mínimo encontrado es de 13 g/dl y un valor máximo de 17,9 g/dl. En cuanto a las mujeres (n=10), el valor promedio de hemoglobina es de 13,05 g/dl \pm 0,85 con una mediana de 12,85. El valor mínimo observado es de 12,2 g/dl y el valor máximo es de 14,8 g/dl. Tabla 12.

Tabla 12. Evaluación bioquímica. Hemoglobina.

SEXO	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESvíO ESTANDAR
HOMBRE	13 g/dl	17,9 g/dl	15,13 g/dl	15,1 g/dl	1,35 g/dl
MUJER	12,2 g/dl	14,8 g/dl	13,05 g/dl	12,85 g/dl	0,85 g/dl

Fuente: elaboración propia.

Hematocrito:

El valor promedio de hematocrito en los hombres entrevistados (n=19) es del 47,85% \pm 4,38 con una mediana de 48,5%. Siendo el valor mínimo observado de 40% y el valor máximo de 54%. Así mismo, el valor promedio de hematocrito en las mujeres entrevistadas (n=10) es del 42,1% \pm 3,90 con una mediana de 42,5%. Se encuentra un valor mínimo de 36% y un valor máximo de 47%. Tabla 13.



Tabla 13. Evaluación bioquímica. Hematocrito.

SEXO	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
HOMBRE	40%	54%	47,85%	48,5 %	4,38%
MUJER	36%	47%	42,1%	42,5%	3,90%

Fuente: elaboración propia.

Analizando el hemograma de los concurrentes es posible observar que el 100% (n=29) de los entrevistados presenta, al momento de realizar el análisis, valores normales de glóbulos blancos (4.5 a 11 mil/mm³), de glóbulos rojos en ambos sexos (4.2 a 5.4 mill/mm³ en mujeres y 4.7 a 6.1 mill/mm³ en hombres) y de hemoglobina (12 a 16 g/dl en mujeres y 13 a 18 gr/dl en hombres). Por último, con respecto al hematocrito, sólo el 3,4% (n=1) de la población presenta un valor ligeramente por debajo de los considerados normales (37 a 47% en mujeres y 40 a 54% en hombres).

Glucemia en ayunas:

El valor promedio de glucemia observado en los análisis bioquímicos de los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 89,34 mg/dl ± 16,51 con una mediana de 86. El valor mínimo de glucemia es de 73 mg/dl y el valor máximo 149 mg/dl. Tabla 14.



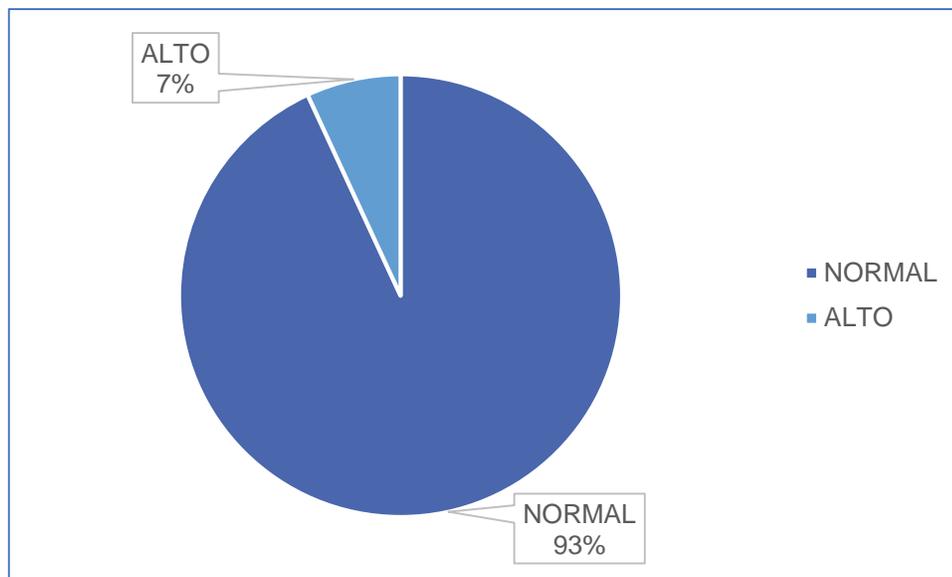
Tabla 14. Evaluación bioquímica. Glucemia en ayunas.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
73 mg/dl	149 mg/dl	89,34 mg/dl	86 mg/dl	16,51 mg/dl

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al análisis del nivel de glucosa en sangre fue posible observar que el 93% (n=27) de los encuestados presenta valores normales, mientras que el 7% restante (n=2) presenta valores elevados de glucemia en ayuno. Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribución de los valores de glucemia en ayuno.



Fuente: elaboración propia



Colesterol total en ayunas:

El valor promedio de colesterol total registrado de todos los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 185,52 mg/dl \pm 18,65 con una mediana de 185. Se registró un valor mínimo de 159 mg/dl y un valor máximo de 259 mg/dl. Tabla 15.

Tabla 15. Evaluación bioquímica. Colesterol total en ayunas.

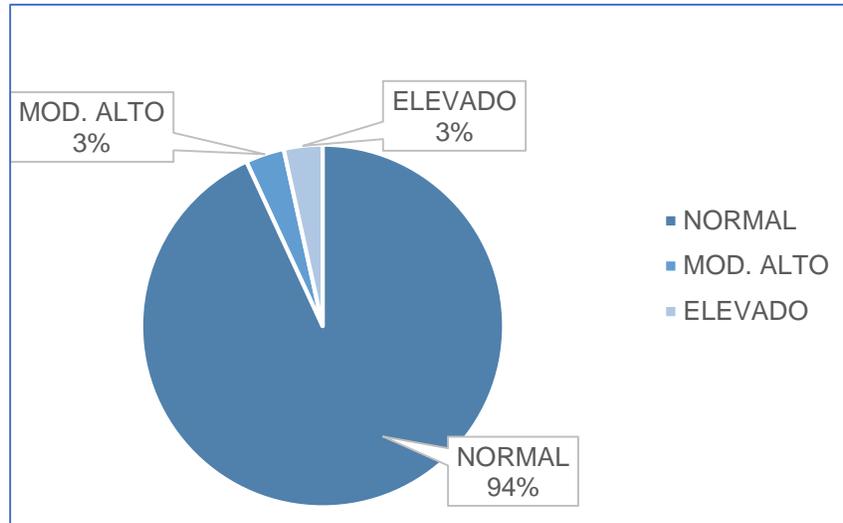
MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
159 mg/dl	259 mg/dl	185,52 mg/dl	185 mg/dl	18,65 mg/dl

Fuente: elaboración propia.

El 94% (n=27) de los entrevistados presento un valor dentro de los parámetros normales, el 3% (n=1) posee un valor de colesterol moderadamente elevado, y el 3% (n=1) restante, un valor elevado. Gráfico 11.



Gráfico 11. Distribución de los valores de Colesterol total en ayuno.



Fuente: elaboración propia

Colesterol HDL en ayunas:

En los hombres entrevistados (n=19) se registró un valor promedio de C-HDL de 47,45 mg/dl ± 4,98 con una mediana de 48.5. Se halló un valor mínimo de C-HDL de 35 mg/dl y un valor máximo de 55 mg/dl. En las mujeres entrevistadas (n=10) se registró un valor promedio de C-HDL de 52 mg/dl ± 5,37 con una mediana de 52,5. El valor mínimo de C-HDL fue de 45 mg/l y el valor máximo de 60 mg/dl. Tabla 16.

Tabla 16. Evaluación bioquímica. Colesterol HDL en ayunas.

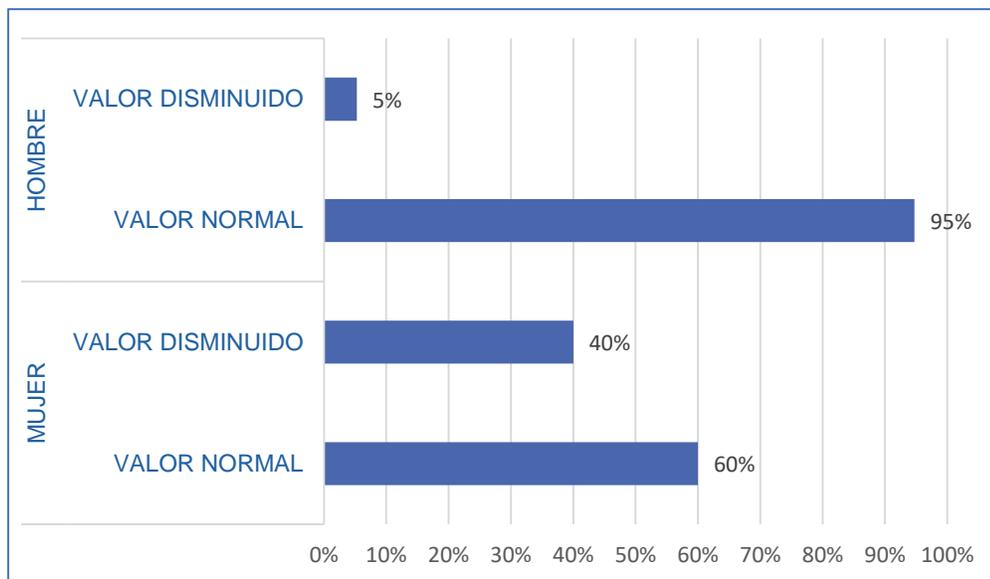
SEXO	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
HOMBRE	35 mg/dl	55 mg/dl	47,4 mg/dl	48,5 mg/dl	4,98 mg/dl
MUJER	45 mg/dl	60 mg/dl	52 mg/dl	52,5 mg/dl	5,37 mg/dl

Fuente: elaboración propia.



El 95% (n=18) de los hombres entrevistados presentó valores normales de C-HDL, y el 5% (n=1) restante presentó un valor por debajo de lo normal. Por otra parte, el 60% (n=6) de la población de mujeres entrevistadas posee al momento del análisis un valor normal de C-HDL y el 40% (n=4) tiene un valor disminuido. Gráfico 12.

Gráfico 12. Distribución masculina y femenina de los valores de Col-HDL en ayuno.



Fuente: elaboración propia.

Colesterol LDL en ayunas:

El valor C-LDL promedio de los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 85,93 mg/dl \pm 16,79 con una mediana de 85. Siendo el valor mínimo 60 mg/dl y el valor máximo 155 mg/dl. Tabla 17.



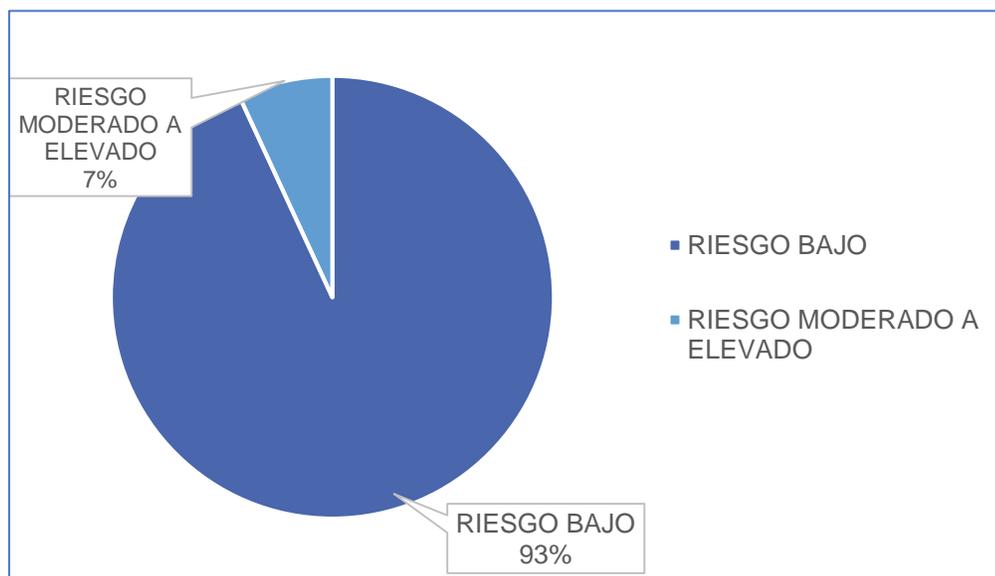
Tabla 17. Evaluación bioquímica. Colesterol LDL en ayunas.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
60 mg/dl	155 mg/dl	85,93 mg/dl	85 mg/dl	16,79 mg/dl

Fuente: elaboración propia.

El 93% (n=27) de la muestra estudiada presenta valores dentro de los parámetros normales, y se relaciona con un bajo o nulo riesgo cardiovascular. Sin embargo, el 7% (n=2) presenta valores aumentados de C-LDL, que están relacionados con un moderado o alto riesgo cardiovascular. Gráfico 13.

Gráfico 13. Distribución de los valores de Colesterol LDL en ayuno.



Fuente: elaboración propia.



Triglicéridos:

El valor de triglicéridos promedio de los jóvenes adultos entrevistados (n=29) es de 134,97 mg/dl \pm 28,70 con una mediana de 133. Siendo el valor mínimo 100 mg/dl y el valor máximo 260 mg/dl. Tabla 18.

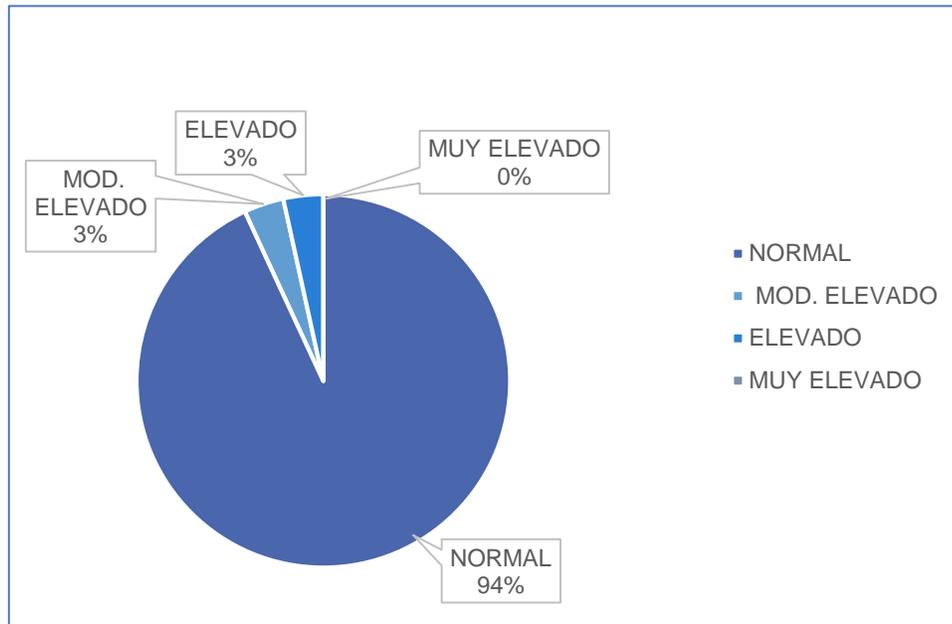
Tabla 18. Evaluación bioquímica. Triglicéridos en ayunas.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESvíO ESTANDAR
100 mg/dl	260 mg/dl	134,97 mg/dl	133 mg/dl	28,70 mg/dl

Fuente: elaboración propia.

El 94% (n=27) de los jóvenes adultos entrevistados posee valores normales de triglicéridos, mientras que un 3% (n=1) posee valores moderadamente elevados y el restante 3% (n=1) posee valores elevados. Ningún integrante de la muestra presenta valores muy elevados de triglicéridos. Gráfico 14.

Gráfico 14. Distribución de los valores de Triglicéridos en ayuno.



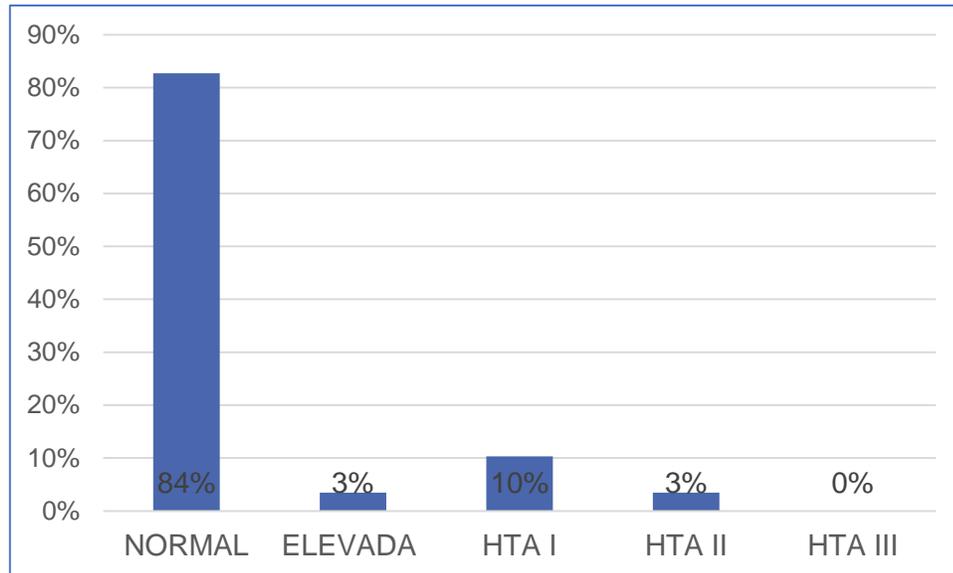
Fuente: elaboración propia.

Presión arterial:

El 84% (n=24) de los jóvenes adultos entrevistados posee una presión arterial normal. Otro 3% (n=1) presenta presión arterial elevada, un 10% (n=3) hipertensión de grado I, y el 3% (n=1) restante presenta hipertensión de grado II. Gráfico 15.



Gráfico 15. Categorización de los valores de presión arterial.



Fuente: elaboración propia.

→ Riesgo de enfermedad cardiovascular:

Circunferencia de cintura:

La circunferencia de cintura promedio de los hombres entrevistados (n=19) fue de 99,8 cm \pm 27,4 con una mediana 94. Observándose un valor mínimo de 60 cm y un valor máximo de 152 cm. Por otro lado, la circunferencia de cintura promedio de las mujeres entrevistadas (n=10) fue de 95,1 cm \pm 20,7 con una mediana de 101. El valor mínimo hallado es 55 cm y el valor máximo 125 cm. Tabla 19.



Tabla 19. Evaluación antropométrica. Circunferencia de cintura.

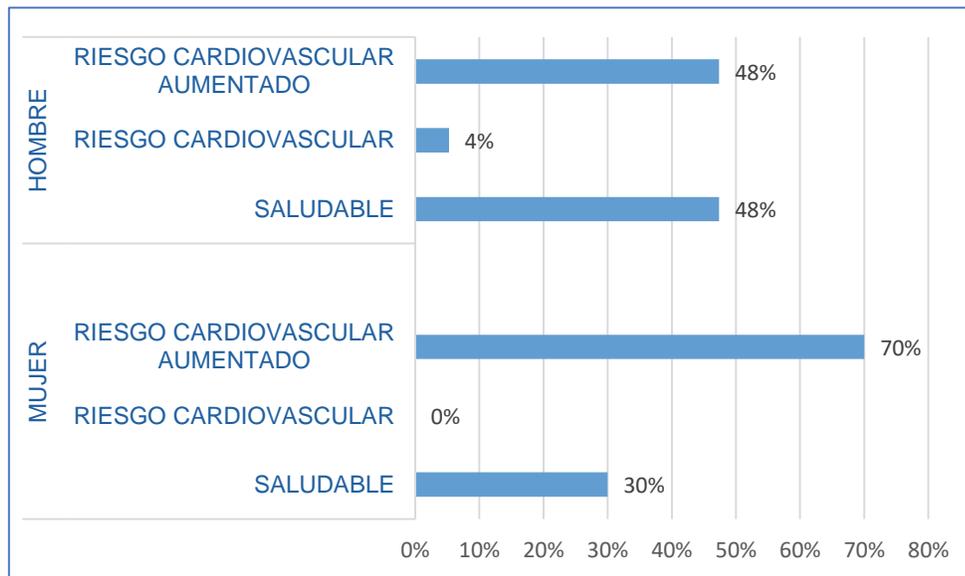
SEXO	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
HOMBRE	60	152	99,8	94	27,4
MUJER	55	125	95,1	101	20,7

Fuente: elaboración propia.

El 48% (n=9) de los hombres entrevistados presenta una circunferencia de cintura denominada como saludable, y el mismo porcentaje presenta un riesgo cardiovascular aumentado. Luego, el 4% (n=1) restante un riesgo cardiovascular. Teniendo en cuenta los resultados de las mujeres entrevistadas, el 30% (n=3) presenta valores saludables en relación a su circunferencia de cintura, y el 70% (n=7) posee un riesgo cardiovascular aumentado. No se registran mujeres con riesgo cardiovascular. Gráfico 16.



Gráfico 16. Distribución masculina y femenina de los riesgos en función de la CC.



Fuente: elaboración propia.

Circunferencia de cadera:

El valor promedio de circunferencia de cadera en los jóvenes adultos entrevistados (n=29), fue de 101,83 cm ± 15,36 con una mediana de 104. La circunferencia de cadera mínima encontrada es de 62 cm y la máxima de 142 cm. Tabla 20.

Tabla 20. Evaluación antropométrica. Circunferencia de cadera.

MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
62 cm	142 cm	101,83 cm	104 cm	15,36 cm

Fuente: elaboración propia.



Índice de cintura/cadera (ICC):

El valor del ICC promedio de los hombres (n=19) fue de $1,03 \pm 0,18$ con una mediana de 1,04. El valor mínimo del ICC es de 0,72 y el máximo de 1,42. En el caso de las mujeres (n=10), el valor del ICC promedio fue de $1,00 \pm 0,09$ con una mediana de 1,04. El valor mínimo hallado es de 0,88 y el máximo 1,12. Tabla 21.

Tabla 21. Evaluación antropométrica. Índice cintura-cadera.

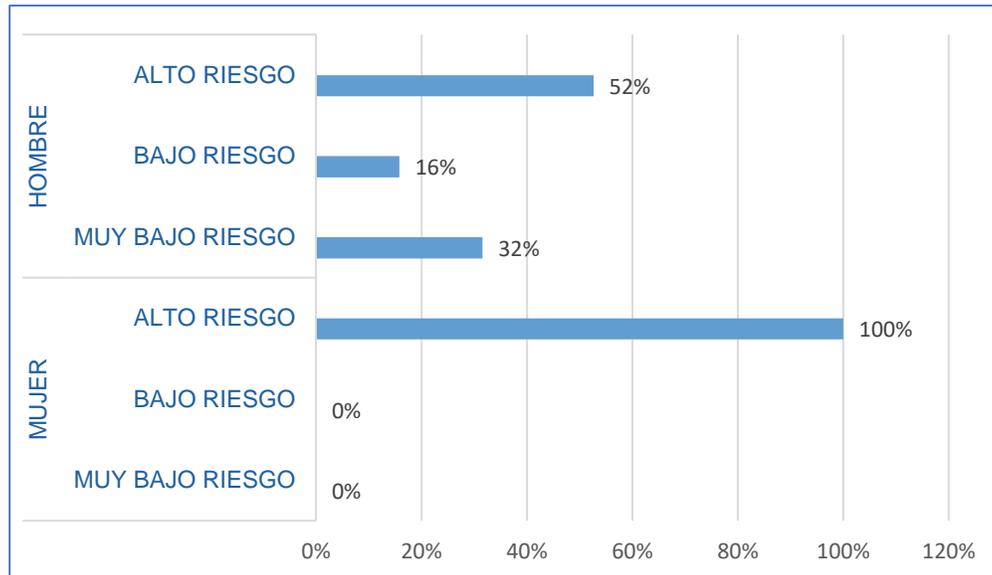
SEXO	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	MEDIANA	DESVÍO ESTANDAR
HOMBRE	0,72	1,42	1,03	1,04	0,18
MUJER	0,88	1,12	1,00	1,04	0,09

Fuente: elaboración propia.

El 32% (n=6) de los hombres presenta un muy bajo riesgo de padecer enfermedades, el 16% (n=3) presenta bajo riesgo de enfermedades y el 52% (n=10) alto riesgo de enfermedades. En cuanto a las mujeres, el 100% (n=10) presenta un alto riesgo de padecer enfermedades. Gráfico 17.



Gráfico 17. Distribución masculina y femenina de los riesgos en función del ICC.



Fuente: elaboración propia.

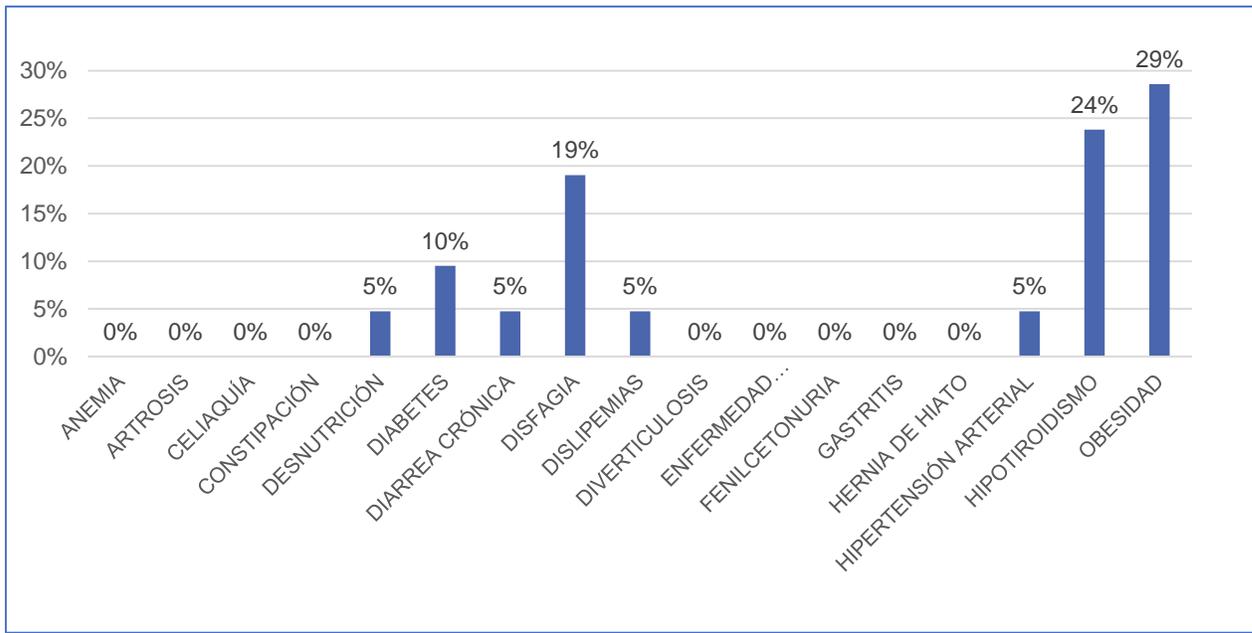
→ Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y consumo de medicamentos:

Padecimiento de enfermedad no transmisible:

Se indagó sobre el padecimiento de ECNT y el 59% (n=17) de los jóvenes adultos entrevistados declaró tener alguna/as ECNT. Las enfermedades más prevalentes en esta población estudiada fueron: Disfagia, Hipotiroidismo y Obesidad con un 19%, 24% y 29% respectivamente. También fue posible observar diagnósticos de desnutrición, diabetes, diarrea crónica, dislipemias e hipertensión arterial. Gráfico 18.



Gráfico 18. Distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles.



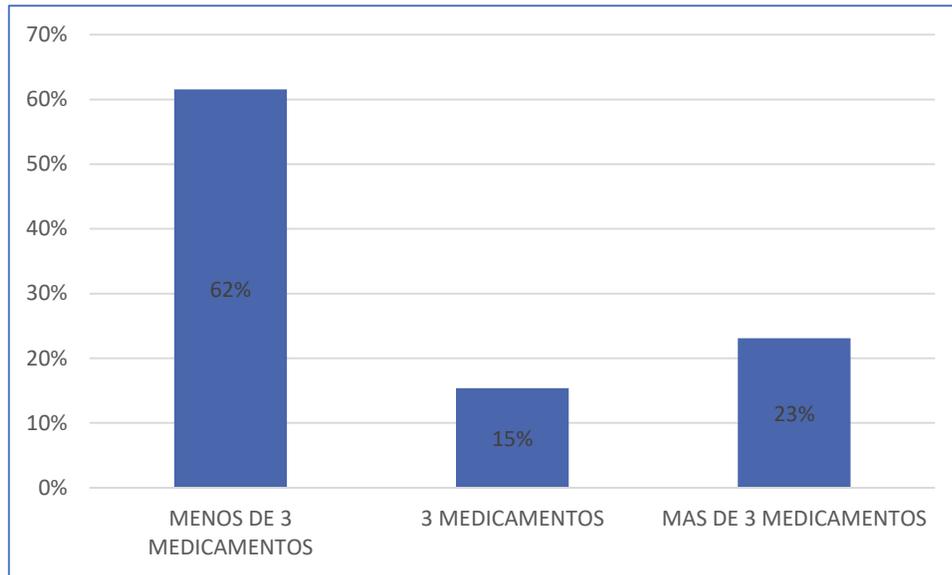
Fuente: elaboración propia.

Consumo de medicamentos:

Del total de los entrevistados, el 62% (n=16) refirió consumir menos de tres medicamentos, el 15% (n=4) consume 3 medicamentos y un 23% (n=6) consume más de tres medicamentos. Gráfico 19.



Gráfico 19. Distribución del consumo de medicamentos.



Fuente: elaboración propia.

Entre los medicamentos consumidos se encontraron: Losartan (HTA), Metformina (diabetes II), Levotiroxina (hipotiroidismo), Omeprazol (por polimedicación), Risperidona (antipsicótico), Clobazam y Topiramato (anticonvulsivantes) y estatinas (utilizadas para ayudar a disminuir el colesterol y los triglicéridos aumentados).



11. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la esperanza de vida como “el número de años de vida que pueden ser esperados como media en una población dada”. Estos años de vida dependen de un gran factor: la salud. En relación a la población de personas con discapacidad intelectual no pueden encontrarse datos fiables sobre este indicador, aunque parecen existir evidencias que demuestran que la esperanza de vida es sensiblemente más corta para todos los grupos de personas con discapacidad intelectual en comparación con la esperanza de vida de la población con típico desarrollo. En un estudio australiano concreto realizado por Bittles et al. (2002) se encontró que la media de esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual leve era 74 años, para la discapacidad intelectual moderada 67,6 años y para la grave/profunda 58,6 años. No obstante, en Argentina aún no hay datos científicos que avalen esos resultados en nuestra población.

Debemos saber que el mantenimiento de los hábitos alimentarios saludables y un óptimo estado nutricional son herramientas esenciales para preservar la salud, tratarla o incluso recuperarla; mediante esas herramientas se avanza hacia una intervención terapéutica activa y saludable. Teniendo en cuenta esto, en el presente trabajo se planteó como interrogante qué relación existe entre la valoración del estado nutricional y los hábitos alimentarios de los jóvenes adultos que asisten al Centro de día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén de Gálvez. Con los resultados obtenidos se llevó a cabo un análisis de distintos aspectos como: estilo de vida, estado nutricional e ingesta dietética de 29 jóvenes adultos con una edad entre 20 y 50 años. Dentro de la población estudiada de 29 personas, se observó una participación del 34 % de mujeres y el 66% de hombres, la mayoría pertenece al grupo etario de adultez (27 a 50 años) y sólo un 7% corresponde a juventud (14 a 26 años). Otras características de los entrevistados fueron que el 52%



presenta DI MODERADA, el 28% DI GRAVE, el 17% DI PROFUNDA y sólo el 3% DI LEVE. En lo relacionado a los hábitos alimentarios, se evaluó el mosaico de menú actual de la temporada de invierno y se visualizó que el 20% (n=1) de las preparaciones de la semana es realizada con el método hervido, otro 20% (n=1) se utiliza el método a la plancha, un 20% (n=1) el método de guisado y los restantes 40% (n=2) representan al horneado como la forma de preparación elegida. Ningún concurrente expresa consumir alimentos fortificados o suplementos dietarios. El 94% consume menos de 4 vasos de agua, un 3% consume 4 vasos y el 3% restante no consume agua dentro de la jornada institucional. A esto se le debe sumar el consumo de infusiones por parte de todos los participantes de la muestra. Es relevante destacar que el 100% no le agrega sal a las comidas brindadas en la institución y tampoco azúcar a las infusiones. Sin embargo, durante la entrevista, los referentes de sala, expresaron que sí suelen consumir azúcar como parte de preparaciones en tortas, galletitas o postres.

En cuanto a la ingesta dietética, toda la muestra (n=29) estudiada consume los mismos alimentos, por lo que se evaluó cualitativamente su frecuencia de consumo. En lo que respecta al grupo de leche, yogur y quesos, demuestran un consumo diario de leche, prefiriéndose la versión entera. El yogur no es consumido por el total de la muestra en éste mosaico. Por último, en cuanto a los quesos, la frecuencia semanal es de 2 a 3 veces por semana para los de pasta blanda y de una vez a la semana para los de pasta dura. Y debemos tener en cuenta, que se recomienda el consumo diario de lácteos descremados, que aporten calcio, vitaminas y proteínas de alto valor biológico, con menos aporte de grasas saturadas. Respecto a la cantidad, cumple con las recomendaciones de las GAPA (500 cc diarios), no así en cuanto a calidad, donde se recomienda incorporar la versión parcialmente descremada.

El consumo de alimentos cárnicos es adecuado ya que, de los 5 días del servicio de alimentación, 4 consumen los diferentes tipos de carne (vaca, pollo, pescado y cerdo).



Además, cabe destacar que la frecuencia de consumo diaria o más de 3 veces por semana de huevo, es correcta según las recomendaciones. Por otra parte, la frecuencia de consumo de hortalizas A y B, es la adecuada ya que se combinan diferentes tipos en las preparaciones. Es importante destacar éste aporte en el mosaico ya que son de gran importancia para sumar y mantener hábitos saludables, son fuentes naturales de vitaminas, minerales y fibra, Se destacan por su poder antioxidante y tienen grandes beneficios fisiológicos y metabólicos que varían de acuerdo al tipo de fibra que presenten. En cuanto al consumo de hortalizas C, la frecuencia es de 1 vez a la semana. El consumo de frutas es alto ya que todos los días se les ofrece una opción diferente ya sea de postre o en colaciones. El consumo de frutas con una frecuencia semanal alta es destacado, siendo así un hábito muy saludable. Las Guías Alimentarias recomiendan el consumo de al menos 5 porciones de éste grupo por día. El mosaico de menú que provee la institución es variado en cuanto a frutas y verduras y se puede afirmar que se cumple con la mitad de la recomendación diaria.

Cuando hablamos del consumo del grupo de cereales, legumbres y derivados, vemos un consumo variado de todos, pero puntualmente es muy bajo el consumo semanal de legumbres, siendo las más consumidas las lentejas y arvejas con un consumo ocasional o máximo una vez por semana. En cuanto a los porotos y los garbanzos, su consumo es ocasional y, por último, la soja no se brinda en el mosaico de menú evaluado. En lo que respecta a los cereales, se registró un consumo diario de pan y un consumo moderado, 1 vez a la semana, de arroz y fideos. La incorporación de legumbres y cereales preferentemente integrales en la alimentación diaria contribuye a la prevención de ciertos tipos de enfermedades como el cáncer de intestino grueso, aunque en el mosaico sólo se puede observar la oferta de la versión refinada. Teniendo en cuenta el consumo de derivados, en este caso se indagó sobre las galletitas y productos de panadería, se observó que toda la población tiene un consumo en mayor y menor medida. Viéndose



una frecuencia de 2 a 3 veces por semana el consumo de galletitas. Los productos de panadería son consumidos ocasionalmente por la población, y se expresó su ingesta en cumpleaños o eventos especiales. Cabe destacar que se recomienda limitar el consumo de estos alimentos por considerarse no saludables por su alto contenido de sodio, grasas, azúcares simples, aditivos, etc. Por otro lado, el mosaico refleja un alto consumo de aceite de girasol, siendo éste uno de los más económicos del mercado.

Lejos de las recomendaciones de las GAPA, el consumo de frutas secas y semillas es nulo. Los alimentos de este grupo (aceite, frutos secos y semillas) aportan ácidos grasos esenciales - ω 3 y ω 6 - que el cuerpo no puede sintetizar o fabricar, ácidos grasos insaturados, y también aportan vitamina E que es un antioxidante que previene el envejecimiento de las células. Consumir cantidades recomendadas de este grupo de alimentos, protege la salud cardiovascular. Con respecto a las grasas opcionales, se observó un consumo ocasional de manteca y crema de leche. En el caso de los productos de copetín y los postres, su consumo es ocasional. Existe un consumo bajo de azúcar blanca (visualizándose únicamente en preparaciones dulces) ya que la mayoría de los concurrentes elige el edulcorante para el consumo diario. El consumo de mermelada/miel es moderado (2 veces por semana). Cuando se abordó el tema de las golosinas, el consumo de caramelos y alfajores es nulo, no así los turrónes de maní que son elegidos por los concurrentes para colaciones en una frecuencia semanal de 2 o 3 veces por semana. El consumo habitual de estos productos no ayuda a mejorar la calidad de la alimentación, porque aportan baja o nula cantidad de vitaminas, minerales y fibra, con exceso de grasas, azúcares y/o sal, asociados con el sobrepeso, la obesidad y en definitiva la malnutrición. En referencia a las bebidas, se registró un consumo diario de agua, donde un 3% de ellos toma 4 vasos de agua diarios, un 94% consume menos de 4 vasos y el restante 3% no consume líquido extra a las comidas. El consumo de bebidas alcohólicas está completamente prohibido dentro de la institución por lo que su consumo



es nulo. En cuanto al consumo de gaseosas y agua saborizadas existe un consumo ocasional para festejos o eventos. Teniendo en cuenta la percepción de la alimentación y su apetito, el 59% refiere tener un apetito denominado “normal”, solo el 7% refirió “apetito disminuido”, y el 34% restante refiere un “apetito aumentado”. Dentro del estilo de vida de los jóvenes adultos del centro de día, se destaca que el 79% realiza actividad física de tipo “recreativa” y un 21% realizada algún tipo de “entrenamiento programado”.

En lo que al estado nutricional respecta el 14% (n=4) presenta sobrepeso, el 21% (n=6) obesidad grado I, el 17% (n=5) obesidad grado II, el 14% (n=4) obesidad grado III y un 28% (n=8) está dentro de los parámetros de un peso normal. En concordancia con el estudio de Bronberg et al. (2011), pudimos observar en esta investigación que el 6% (n=2) restante de la muestra presenta desnutrición como consecuencia de la discapacidad grave y profunda diagnosticadas. La situación de obesidad y sobrepeso debe revertirse ya que contribuye a una situación desfavorable para la salud teniendo un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo cual el 59% (n=17) de la población refirió tener algún tipo de ECNT entre las que de destacan: diabetes tipo II, dislipemias, hipertensión arterial, hipotiroidismo y obesidad. En relación a esto último, se nombraron diferentes medicamentos consumidos para su tratamiento. Entre ellos: Losartán, Levotiroxina, Metformina, Omeprazol y estatinas. Además, el 100% de la muestra consume medicamentos de tipo anticonvulsivantes, antidepresivos antipsicóticos (como la Risperidona), entre otros.

En cuanto a los parámetros antropométricos, existe cierta controversia respecto de los puntos de corte útiles para éste colectivo de personas. Una reconocida especialista en investigación clínica de nutrición y discapacidad, la Licenciada en Nutrición y Doctora en Ciencias de la Salud Mercedes Ruiz Brunner, se basó en directrices de ESPHGAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) para analizar estos parámetros, pero en población pediátrica y adolescente. Una colega de



Ruiz Brunner, la Licenciada Susana Colareda, en su taller virtual “Introducción al abordaje nutricional en Discapacidad” (del que fui participante), extendido por la Universidad UFASTA el día 1 de junio de 2024, expresó que, para evaluar el estado nutricional de adultos con discapacidad, se deben utilizar los parámetros de personas con típico desarrollo siempre que exista una evaluación de la evolución de los cambios que se efectúen.

Se identificó entonces, a partir de la circunferencia de cintura, que un 52% de los hombres y el 70% de las mujeres presentan un riesgo cardiovascular aumentado. Y teniendo en cuenta el ICC, el 53% de los hombres tiene alto riesgo de padecer enfermedades. En las mujeres el riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares se encuentra en el 100% de las entrevistadas. También se evaluaron los datos bioquímicos, encontrándose, en parámetros normales, los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y la hemoglobina tanto en hombres como en mujeres. Por su parte, el hematocrito se vio disminuido sólo en el 10% de las mujeres y el 100% de los hombres registró valores normales. Además, se evaluaron niveles de glucemia en el cual se observó que hay un 93% de los jóvenes adultos que presentan valores normales y un 7% expresó valores aumentados. Los niveles de colesterol encontrados refieren que un 94% de la población presenta valores dentro de los parámetros normales, pero un 3% tiene valores moderadamente elevados y el restante 3% un valor elevado. El C-HDL, esta disminuido en el 5% de los hombres y el 40% de las mujeres. Este valor debería ser mayor ya que se ha demostrado una reducción importante en el riesgo cardiovascular asociado a elevaciones del C-HDL. Por otra parte, los niveles de C-LDL se vieron aumentados en el 7% de la población siendo esto un riesgo de formación de placas de aterosclerosis y padecer enfermedades cardiovasculares. Y, por último, el nivel de triglicéridos es normal en el 94% de los jóvenes adultos, moderadamente elevado en el 3% y elevado solo en el 3% de la población. Cabe destacar que no se han encontrado trabajos similares al presente donde se estudien los



valores bioquímicos de los entrevistados, por tal motivo no se ha podido realizar ningún tipo de comparación. Finalmente, se tomó la presión arterial donde se observó que el 84% presenta una presión arterial normal, un 3% una presión arterial elevada, un 10% hipertensión arterial de grado I y un 3% presenta hipertensión de grado II. Estos datos demuestran que más del 15% de la muestra presenta una presión arterial elevada. Es importante resaltar que están debidamente medicados. Esta variable donde se tomó la presión arterial tampoco se ha encontrado en otros trabajos similares, por tal motivo tampoco se ha podido realizar ningún tipo de comparación.

Finalmente, se considera necesario destacar que una de las limitaciones identificadas en el presente estudio fue la carencia de información actualizada sobre la temática abordada. Esto se debe a que las investigaciones hoy por hoy son limitadas, aunque desde entidades como FAGRAN (Federación Argentina de Graduados en Nutrición), incentivan a la realización de estudios de campo y trabajos de investigación al respecto. A pesar de dicha limitación, este estudio brinda conocimientos que facilitarán el diseño de campañas de sensibilización e intervenciones educativas tendientes a promover la educación alimentaria para personas con discapacidad.



12. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al comienzo de este trabajo y relacionándolos con el análisis estadístico de los resultados alcanzados en el trabajo de investigación realizado, se pudo observar que, si bien el mosaico de menú ofrecido por la institución presenta características nutricionales acordes a las recomendaciones actuales de las Guías Alimentarias para la población argentina 2015/ 2016 (GAPA), el desconocimiento (por parte del equipo de salud) del tipo de alimentación que cada concurrente obtiene en sus hogares, podría ser la causa (o la base) del inadecuado estado nutricional que se observaron en personas, por ejemplo, con obesidad de diferentes grados y altos niveles de riesgo cardiovascular. Sin lugar a dudas, estas condiciones dan lugar para reafirmar la hipótesis planteada, existe una relación directa entre la valoración del estado nutricional y los hábitos alimentarios de los jóvenes adultos que asisten al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico Pinquén de Gálvez en el mes de mayo de 2024.

Los resultados antropométricos obtenidos en la evaluación del estado nutricional señalan, que más de la mitad de la población (66%) presenta sobrepeso o algún grado de obesidad, observándose solo dos casos de bajo peso y ocho casos de normo peso según el IMC. A esto se le sumó que el 70% de las mujeres encuestadas presenta un alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y un porcentaje levemente superior a la media de los hombres también presentan riesgo. Asimismo, el 59% de la población refirió padecer alguna/s patología/s destacándose: hipotiroidismo, obesidad, diabetes tipo 2 y disfagia. El consumo diario de medicamentos en el 100% de la población puede afectar el estado nutricional por sus interacciones con los alimentos limitando la biodisponibilidad de nutrientes. Entonces, se puede afirmar que los hábitos alimentarios no saludables y perjudiciales que en ocasiones presentan los jóvenes adultos condicionan negativamente



a su salud y estado nutricional. Sin embargo, también se destacaron de manera positiva varias elecciones saludables y protectoras para la salud, como ser un consumo alto de frutas y moderado de algunas verduras, consumo alto de alimentos de origen animal (lácteos y carnes), un consumo nulo de bebidas alcohólicas, y un consumo ocasional a nulo de gaseosas y aguas saborizadas. Resaltando el consumo diario de agua en casi la totalidad de la población, que es lo recomendado. También de forma positiva y a su medida, realizan algún tipo de actividad física, ya sea de forma recreativa o programada.

En resumen:

- El estado nutricional en relación a los datos antropométricos se encuentra alterado de forma negativa en más de la mitad de la población, presentando sobrepeso y obesidad. Solo se presentaron dos casos de peso insuficiente, que no deja de ser menos importante o menos riesgoso en cuanto a salud que la obesidad o sobrepeso.
- Más del 50% de la población de hombres y mujeres presenta un alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Solo un 32% (hombres) presentó un muy bajo riesgo.
- Los valores bioquímicos, se vieron alterados. El perfil lipídico y la glucemia fueron los más afectados.
- El mosaico de menú brindado por la institución cumple en mayor o menor medida las recomendaciones establecidas en las Guías Alimentarias para la población argentina. Es por esto, y los resultados antes mencionados, que debiera ser importante el sondeo del tipo de alimentación que obtienen en sus hogares.

El fin último de la presente investigación es dar entidad a la salud de las personas con discapacidad, razón por la cual se aspira a que contribuya como un instrumento adicional para conocer la conducta de los mismos respecto a sus hábitos alimentarios y, además,



logre demostrar que la intervención nutricional es una vía fundamental en el tratamiento de dicha condición.



13. RECOMENDACIONES

En la actualidad no existen datos suficientes sobre la realidad sanitaria de este colectivo. La ausencia de datos hace que las necesidades sanitarias de las personas con DI sean invisibles para los responsables de la toma de decisiones. De esta manera se hace imprescindible tomar cartas en el asunto y desde nuestro lugar, aportar para que la calidad de vida de ellos sea óptima.

Durante el recorrido de este trabajo, se pudo observar una justificación de la tendencia al desequilibrio alimentario presente en esta población. En resumen, la falta de control dietético, la excesiva permisividad alimentaria, el abuso de ciertos alimentos y la limitación de la capacidad de alimentarse concluyen en una inestabilidad en la nutrición de estas personas. Socialmente hablando, los adultos con discapacidad psíquica no aceptan una “nueva” educación alimentaria si ya tienen incorporadas ciertas costumbres y hábitos. Es por esto, que los familiares muchas veces eluden los conflictos que suponen evitar ciertos alimentos que ellos apetecen.

Teniendo en cuenta los resultados analizados, sería necesario llevar a cabo estrategias o programas de apoyo multidisciplinario con todos los profesionales del centro de día, organizando talleres de educación alimentaria y estilo de vida saludable, que refuercen los hábitos alimentarios saludables ya practicados por la población y fomentar cambios para lograr modificar aquellos no tan saludables, entre otros aspectos. Sería apropiado, quizás, evaluar de forma individualizada a cada uno de los concurrentes, para así conocerlo más en detalle y abordar de una forma más completa e integral a la persona.

A la luz del análisis de los resultados obtenidos en este estudio y de las conclusiones extraídas de los mismos, creo oportuno plantear un conjunto de objetivos de futuro y de recomendaciones de acción para alcanzarlos.



En primer lugar, se torna crucial que los familiares de las personas con discapacidad asuman un compromiso activo en su tratamiento, lo cual implica que se realicen monitoreos regulares, pero también que entiendan la importancia de su participación en el cuidado de su salud.

Por otro lado, se sugiere puntualizar en la relevancia que tiene para este colectivo el compromiso por parte de los profesionales de la salud, puesto que son quienes deben brindarles las herramientas y el apoyo para desarrollar su tratamiento de manera efectiva y prevenir complicaciones. Asimismo, a fin de realizar recomendaciones prácticas y realistas, los profesionales deben comprender tanto la complejidad implícita en el acto alimentario como las dimensiones simbólicas y culturales que atraviesan a cada sujeto. En este contexto, el trabajo interdisciplinario es fundamental para brindar una atención integral.

Así también, se propone la indiscutible necesidad de realizar educación alimentaria nutricional dirigida a los concurrentes y/o sus familiares, con el objetivo de concientizar sobre la relevancia de una alimentación saludable.

En términos específicos, se recomienda al Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico:

- Brindar charlas destinadas a los padres, madres, tutores y profesionales sobre educación alimentaria general para personas con discapacidad. Por ejemplo, charla acerca de cómo armar un plato saludable, colaciones prácticas y saludables, aprender a leer los rótulos de los alimentos ya que ellos serán los guías de estas personas.
- Realizar talleres de selectividad alimentaria de manera didáctica destinada a los concurrentes, dictada por un Licenciado en Nutrición y Terapeutas ocupacionales.
- Para aquellos concurrentes que presenten hábitos alimentarios adecuados intentar mantenerlos a lo largo del tiempo.



- Evaluación nutricional y seguimiento constante y personalizado a cada concurrente con el fin de que, en futuras evaluaciones, se pueda analizar la evolución de cada parámetro. Se recomienda la individualización de los planes alimentarios para corregir desviaciones en el estado nutricional si los hubiere.
- Investigar acerca de la alimentación que obtienen los concurrentes en sus hogares.
- Promover acciones de promoción y prevención de la salud.



14. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de Discapacidad. (2020). *“Anuario Estadístico del Registro Nacional de las Personas con Discapacidad”*. Presidencia de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/02/andis_anuario_estadistico_o_del_registro_nacional_de_personas_con_discapacidad_ano_2019_-_2020.pdf
- ----- (2023). *“Certificado Único de Discapacidad”*. Ministerio de Derechos Sociales. Presidencia de la Nación.
- American Thyroid Association. *“Tiroiditis de Hashimoto. Tiroiditis linfocítica”*. <https://www.thyroid.org/tiroiditis-de-hashimoto/>
- Aranceta J., Foz M., Gil, B. Jover E., Mantill T., Millán J. (coordinador), Monereo S. Y Moreno B. (2003). *“Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular.”* SEEDO. https://antigua.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_Obesidad_RCV_Clin_Invest_Arterioscler_2003.pdf
- Arroyo Izaga, M., Ansótegui Alday, L., & Rocandio Pablo, A. (2006). *“La Alimentación de Personas con Discapacidades: cumplimiento para la ingesta de alimentos y nutrientes”*. Universidad del País Vasco: Departamento de Nutrición y Bromatología.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *“64ª Asamblea General de la Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”*. Fortaleza, Brasil. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bernal, Ana Clara y Eiroa Hernán. (2017) *“Fenilcetonuria de diagnóstico tardío”*. Buenos Aires.



- Bittles AH, Petterson BA, Sullivan SG, Hussain R, Glasson EJ, Montgomery PD. (2002). *“The influence of intellectual disability on life expectancy”*. J Gerontol a Biol Sci Med Sci. 2002 Jul;57(7):M470-2. doi: 10.1093/gerona/57.7.m470. PMID: 12084811.
- Celi Calderón, Mireya Alexandra. (2013). *“Estudio sobre el estado nutricional de personas con discapacidad de la Casa Hogar Conocoto y contenido calórico y de macronutrientes del menú institucional”*. [Tesis. Universidad de San Francisco de Quito]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2098/1/106913.pdf>
- Cervera, P; Clapés, J y Riglofas, R. (2002) *“Alimentación y dietoterapia”*. 2ª edición. Barcelona.
- Chan, M. (OMS) y Zoellick R. (Banco mundial) (2011). *“Informe mundial sobre la discapacidad”*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>
- Código Alimentario Argentino. (CAA). Ley 18.284. 18 de Julio de 1969. Argentina.
- Colareda, S. (1 de junio de 2024). *“Introducción al abordaje nutricional en discapacidad”*. [Discurso principal]. Taller extendido por la Universidad FASTA (Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomás de Aquino). Mar del Plata. Argentina.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y Organización Panamericana de la Salud. (2016). *“Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”*. 4ta edición. Ginebra.
- Cuadrado, J. (2010). *“Indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual”*. Madrid. https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/indicadores_de_salud.pdf
- Dzierwas R, Allescher HD, Aroyo I, Bartolome G, Beilenhoff U, Bohlender J, Breitbach-Snowdon H, Fheodoroff K, Glahn J, Heppner HJ, Hörmann K, Ledl C, Lücking C, Pokieser P, Schefold JC, Schröter-Morasch H, Schweikert K, Sparing R, Trapl-Grundschober M, Wallesch C, Warnecke T, Werner CJ, Weßling J, Wirth R, Pflug C. *“Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia - S1 guideline of the*



- German Society of Neurology*". *Neurol Res Pract.* 2021 May 4;3(1):23. doi: 10.1186/s42466-021-00122-3. PMID: 33941289; PMCID: PMC8094546. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094546/>
- Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN). *"Reunión nacional de alimentación para personas con discapacidad"*. 1er edición. C.A.B.A. 2018. <https://fagran.org.ar/wp-content/uploads/2018/09/ReNaDis-Reunion-Nacional-de-Alimentacion-para-Personas-con-Discapacidad.pdf>
 - Gallar M. (2002) *"Nutrición y dietética en la discapacidad"*. Elda: Asprodis.
 - Gallar Pérez-Albaradejo, M. (2014). *"Hábitos dietéticos y problemas alimentarios y nutricionales en personas adultas con discapacidad leve-moderada"*. [Tesis doctoral. Universidad de Alicante]. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/41454/1/tesis_gallar_perez_albaladejo.pdf
 - García, Guillermo. (2010). *"El estado del peso corporal en sujetos con retraso mental en un centro de día"*. [Tesis. Universidad Nacional de La Plata]. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/2909/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - Gil Hernández, Ángel. (2010). *"Tratado de nutrición. 2da edición"*. Editorial Panamericana. Buenos Aires.
 - Girolami, Daniel. (2003). *"Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal"*. Editorial el Ateneo. Buenos Aires.
 - Herrera, Byron David. (2014). *"Análisis de factores que conllevan a problemas nutricionales en pacientes con parálisis cerebral en el instituto fundación de parálisis cerebral de la ciudad de quito durante el periodo enero - abril del 2014"*. [Tesis. Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7535/8.29.000778.pdf?sequence=4&isAllowed=y>



- Humphries, K; Traci, MA; Seekins, T. (2008) *“Nutrition education and support program for community-dwelling adults with intellectual disabilities”*. PubMed.
- ----- (2009) *“Nutrition and adults with intellectual or developmental disabilities: systematic literature reviews results”*. PubMed.
- Igua-Ropero, Diana María. (2022). *“Herramientas diagnósticas nutricionales en pacientes con discapacidad”*. Artículo de revisión. *Medicas UIS*, 35(2), e400. E pub. 3 de Diciembre de 2022. <https://doi.org/10.18273/revmed.v35n2-2022010>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *“Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos 2018”*. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. (2018). *“Las discapacidades del desarrollo y la salud oral”*. Estados Unidos. <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/discapacidades-del-desarrollo>
- Instituto Provincial de Estadísticas y Censos. (2023). *“Censo 2022. Resultados Provisionales Provincia de Santa Fe”*. IPEC. <http://www.estadisticasantafe.gob.ar/wp-content/uploads/sites/24/2023/02/CENSOSF-0223-2.pdf>
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2019). *“Marco y descriptores de la IDDSI 2.0”*. Argentina. https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_Framework_Descriptors_V2_LA_SPANISH_FINAL_July2020.pdf
- Leslie, W. S., Hankey C. R., Lean, M.E.J. (2007). *“El aumento de peso como efecto adverso de algunos medicamentos comúnmente prescritos: una revisión sistemática”*. PubMed.
- Lic. Sanhueza, Daniela, Lic. Vejar, Natalia, Magtr. Venegas, Elizabeth, Dra. Carías, Diamela, & Mgtr. Neira, Constanza. (2021). *“Estado nutricional y gasto energético basal de pacientes chilenos con Síndrome de Down”*. *Diaeta*, 39(174),



- 39-44. Recuperado en 20 de junio de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372021000100039&lng=es&tlng=es.
- Martins Do Serro, A. (Anfitrión). (2023- presente). “*Nutrición y Discapacidad- Entrevista a Dra. Mercedes Ruiz Brunner (@nutricionydiscapacidad)*.” [Podcast]. Spotify.
 - Martín Martín LM, Serrano Guzmán M, Valenza Marie C, Cabrera Martos I. (2011) “*La alimentación humana. La perspectiva de la terapia ocupacional y la antropología*”. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original3.pdf>
 - Ministerio de Salud de la Nación. (2018). “*Guías alimentarias para la población argentina*”. Buenos Aires. [Archivo PDF]. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
 - -----, (2022). “*Manual del nutricionista. ENNyS 2*”. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/ennys2-manual-del-nutricionista.pdf>
 - Ministerio de Salud de Colombia. “*Ciclo de vida*”. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
 - Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2011). “*Informe mundial sobre discapacidad*”. Malta. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9789240688230_spa.pdf
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). “*Discapacidad*”. Página Web: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
 - Pineda, Elia Beatriz, Canales, Francisca H y Alvarado, Eva Luz. (1994). “*Metodología de la investigación. 2da edición*”. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.



- Rafael Martínez-Leal, Luis Salvador Carulla, Mencía Ruiz Gutiérrez-Colosía, Margarida Nadal, Ramón Novell-Alsina, Almudena Martorell, Rodrigo G. González-Gordón, M. Reyes Mérida-Gutiérrez, Silvia Ángel, Luisa Milagrosa-Tejonero, Alicia Rodríguez, Juan C. García-Gutiérrez, Amado Pérez-Vicente, José García-Ibáñez y Francisco Aguilera-Inés. (2014) *“La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II”*. PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884680/>
- Ramírez, Claudia, Quintero, Johana, Jamioi, Isabel, & Guerra, Santiago. (2019). *“Abordaje nutricional en pacientes con parálisis cerebral, espectro autista, síndrome de Down: un enfoque integral”*. *Revista chilena de nutrición*, 46(4), 443-450. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000400443>
- Roger J. Stancliffe; K. Charlie Lakin; sheryl Larson; Josué Engler; Julie Bershadsky; Sara Taub; Jon Fortuna. (2011) *“Sobrepeso y obesidad entre adultos con discapacidades intelectuales que usan servicios de discapacidad intelectual/discapacidad del desarrollo en 20 estados de EE. UU”*. Pubmed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22126656/>
- Romano C, van Wynckel M, Hulst J, Broekaert I, Bronsky J, Dall'Oglio L, Mis NF, Hojsak I, Orel R, Papadopoulou A, Schaeppi M, Thapar N, Wilschanski M, Sullivan P, Gottrand F. *“European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children with Neurological Impairment”*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Aug;65(2):242-264. doi: 10.1097/MPG.0000000000001646. PMID: 28737572. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737572/>
- Ruiz Brunner, M. de las Mercedes; Cieri, M. E; Luciano, S; Masala, M; Rodriguez Marco, M. del Pilar; Urbisaglia, M; Valfré, A y Cuestas, E. (2019). *“Atlas fotográfico*



- de consistencias de alimentos para el tratamiento de personas con disfagia*". 1ª edición. Repositorio Digital UNC. Córdoba
- Ruiz Brunner, M. de las Mercedes; Cieri, M. E; Luciano, S; Masala, M; Rodriguez Marco, M. del Pilar; Schroeder, A. S; et al. (2020). *"Estado nutricional de niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a centros de rehabilitación"*. Editorial Wiley Blackwell Publishing, Inc. Revista Developmental medicine and Child Neurology. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/140773>
 - Ruiz Brunner, M. de las Mercedes; Cieri, M. E y Cuestas, E. (2018). *"Manual para la evaluación antropométrica de niños/as y adolescentes con discapacidad motora"*. 1ª ed. Editorial Brujas. Córdoba.
 - Sabino, C. (1992). *"El proceso de investigación"*. Editorial Panapo. Caracas.
 - Suarez, María Marta y López Laura Beatriz. (2012). *"Alimentación saludable"*. Editorial el Ateneo. Buenos Aires.
 - The Lancet. (2019). *"La doble carga de la malnutrición"*. www.thelancet.com
 - Torresani, María Elena y Somoza, María Inés. (2009). *"Lineamientos para el cuidado nutricional. 3era edición"*. Editorial Eudeba. Buenos Aires.
 - Vicente, Martín Moreno; Gómez Gandoy, Juan Benito y Antoranz González, María Jesús. (2001). *"Medición de la grasa corporal mediante impedancia bioeléctrica, pliegues cutáneos y ecuaciones a partir de medidas antropométricas. Análisis comparativo"*. Revista Española de Salud Pública, 75(3), 221-236. Recuperado en 20 de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000300006&lng=es&tlng=es



ANEXOS



ANEXO I.

Consentimiento informado

La intención de esta ficha de consentimiento es informar a los padres/tutores de concurrentes acerca de la presente investigación sobre el propósito de la misma y el rol que tendrán en ella. Esta investigación es conducida por Albertina Mogni, estudiante avanzada de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay Sede Rosario, teniendo como objetivo determinar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los jóvenes adultos con discapacidad intelectual que concurren al Centro Terapéutico de Pinquén, de la ciudad de Gálvez durante los meses de octubre y noviembre de 2023.

El acceso a participar en este estudio supone responder preguntas en un cuestionario sobre hábitos alimentarios de los concurrentes fuera del horario institucional, frecuencias de consumo alimentario y se le pedirá que exprese un recordatorio alimentario de las últimas 24 horas. La participación es estrictamente voluntaria. La información recabada será confidencial. Sus respuestas a las entrevistas alimentarias y los datos antropométricos obtenidos serán codificadas utilizando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna inquietud sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación del concurrente, de todos modos, podrá solicitar el retiro en cualquier momento sin que ello lo perjudique de ninguna manera. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya, le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación llevada a cabo por



He sido informado/a de que el objetivo de este estudio es

Me han indicado también que, como responsable del concurrente, tendré que responder preguntas en un cuestionario sobre hábitos alimentarios y acepto que se le tomen medidas de talla y peso para el calcular el IMC lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea para esta investigación es estrictamente confidencial. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma y aclaración.



ANEXO II.

Encuesta sobre datos personales, hábitos alimentarios, estilo de vida, etc.

Si bien los datos obtenidos en esta encuesta son de carácter anónimo y no serán publicados, se le pedirá al concurrente entrevistado (con ayuda de su referente de sala) el nombre y apellido para luego poder buscar sus resultados de laboratorios correspondientes. Se le asignará un número que coincide también con el número otorgado en la frecuencia de consumo.

Nombre y Apellido:		Número:	
1	Edad		
2	Sexo	Hombre	
		Mujer	
3	¿Cuántas comidas realiza dentro de la Institución?	Desayuno	
		Almuerzo	
		Merienda	
		Cena	
		Colación	
4	¿Qué tipo de cocción se utiliza con frecuencia en la preparación de las comidas?	Hervido	
		Vapor	



		Horno	
		Frito	
		Guisado	
		Plancha	
		Parrilla	
		Otro:	
5	¿Consume alimentos fortificados y/o suplementos dietarios?	No	
		Si	
		Especificar:	
6	¿Cuánta agua consume en la Institución aproximadamente?	No consume	
		Menos de 4 vasos	
		4 vasos	
		Más de 4 vasos	
7	¿Toma infusiones durante la estadía?	No	
		Si	
		Especificar:	
8	¿Le agrega sal de mesa o azúcar a las preparaciones?	Sal	Si



			No
		Azúcar	Si
			No
9	¿Cómo podría describir el apetito del concurrente en la Institución?	Aumentado	
		Normal	
		Disminuido	
		Sin apetito	
10	¿Realiza actividad física durante su estadía en la Institución?	No	
		Programada (gimnasio3 o más veces semanales)	
		Recreativa	
		Otro:	
11	¿Presenta alguna enfermedad y/o trastorno?	No	
		Si	
11.1	¿Cuál/es? Especificar aquí si no se nombra la correcta.	Anemia	
		Artrosis	
		Celiaquía	
		Constipación	



		Desnutrición	
		Diabetes	
		Diarrea crónica	
		Disfagia	
		Dislipemias	
		Diverticulosis	
		Enfermedad cardiovascular	
		Fenilcetonuria	
		Gastritis	
		Hernia de hiato	
		Hipertensión arterial	
		Hipotiroidismo	
		Obesidad	
12	¿Requiere de una consistencia específica en su alimentación? ¹²	Textura Sólido-firme	
		Textura Picado fino	
		Textura procesada	

¹² Atlas fotográfico de consistencias de alimentos para el tratamiento de personas con disfagia. 1ra edición.



		Textura blanda	
		Textura puré	
		Líquido tipo néctar o almíbar	
		Líquido tipo miel o cremoso	
		Líquido tipo pudín o postre	
		Mezcla de texturas	
13	¿Consume medicamentos?	No	
		Menos de 3	
		3	
		Más de 3	
14	¿Cuál/es?		



ANEXO III.

MOSAICO DE MENÚ DE INVIERNO					
Concurrente N°:					
FRECUENCIA SEMANAL					
Alimento	Diario o más de 3 veces	2 a 3 veces	1 vez	Consumo ocasional	Nunca
Hortalizas A y B					
Acelga					
Achicoria					
Espinaca					
Lechuga					
Repollo					
Berenjena					
Brócoli					
Coliflor					
Zapallito					
Rabanito					
Pimiento					
Tomate					
Pepino					
Zanahoria					
Remolacha					
Espárrago					
Zapallo					
Chaucha					
Cebolla					
Puerro					
Hortalizas C					
Batata					
Papa					
Choclo					
Frutas A y B					



Todas					
Legumbres, cereales, papa, pan y pastas					
Soja					
Arveja					
Garbanzo					
Lenteja					
Poroto					
Pan					
Fideos					
Arroz					
Leche, yogur y quesos					
Leche entera					
Leche parc. Descremada					
Yogur					
Quesos blandos					
Quesos duros					
Carnes y huevo					
Pollo					
Vaca					
Pescado					
Cerdo					
Huevo					
Aceites, frutas secas y semillas					
Aceite (girasol)					
Frutas secas					
Semillas					
Alimentos de consumo opcional					
Productos de panadería					
Galletita					
Crema de leche					
Manteca					
Azúcar					
Mermelada/miel					
Golosinas (turrónes)					



Postres					
Edulcorantes					
Productos de copetín					
Bebidas alcohólicas					
Gaseosas, saborizadas	aguas				
Agua					



ANEXO IV

Tabla de datos antropométricos

Número del concurrente:	
Medida antropométrica	Resultado
Peso	
Talla	
IMC	
Circunferencia De cintura	
Circunferencia de cadera	
ICC	



ANEXO V

Tabla de datos bioquímicos

Número del concurrente:	
Parámetro Bioquímico	Resultado
Glóbulos blancos	
Glóbulos rojos	
Hemoglobina	
Hematocrito	
Glucemia en ayuna	
Colesterol total	
Colesterol HDL	
Colesterol LDL	
Triglicéridos	
Hipertensión arterial	