

- LIBRO CON TIPOS DE DIETAS Y ALIMENTACIÓN SEGÚN: SALUD, ENFERMEDAD, Y PATOLOGÍA.

-AUTOR: Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

-

Doctor en Medicina.
Cátedras de Anestesiología
Cuidados Intensivos
Neuroanatomía
Neurofisiología
Psicofisiología
Neuropsicología.

- TOMO II -

-AÑO 2017- 1ª Edición Virtual: 15.01.2017.

- MONTEVIDEO, URUGUAY.

-Queda terminantemente prohibido reproducir este libro en forma escrita y virtual, total o parcialmente, por cualquier medio, sin la autorización previa del autor. Derechos reservados.

1ª Edición. Año 2017. Impresión virtual-.www.svb.smu.org.uy.

- email: henribar1@multi.com.uy; henribar204@gmail.com; henribar@multi.com.uy.

-Montevideo, 15 de enero de 2017. TOMO II -

- Biblioteca Virtual de Salud del S. M.U. .(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-ÍNDICE.

-ÍNDICE.

-INTRODUCCIÓN.

-RÉGIMEN ALIMENTICIO.

-HÁBITOS ALIMENTARIOS.

- [-1\)- La Dieta en el Ser Humano.](#)
- [-2\)- Condicionantes de la Dieta.](#)
- [-3\)- Variedad de la Dieta.](#)
- [-4 \)-La Dieta Mundial.](#)
- [-5 \)-Cantidad y Calidad de la Dieta.](#)
- [-6\)- Selección Dietética Cultural.](#)
- [-7\)- Selección de Dietética Individual.](#)
- [-8\)- Dietas .](#)
 - [-8.1\)- Dieta Para el Control de Peso.](#)
 - [-8.2\)- Dieta para el Tratamiento de Patologías.](#)
 - [-8.3\)- Dieta y Salud.](#)
- [-9\)- Absorción de la Dieta..](#)
- [-10\)- Dieta Atkins.](#)
- [-11\)- Véase También.](#)
- [-12\)- Referencias.](#)
- [-13\)- Enlaces Externos.](#)

-PARTE I-TIPO DE DIETAS.

-1)-GENERALIDADES.

-2)-VEGETERIANISMO.

- [-2.1\)- Historia.](#)
- [-2.2\)- Tendencias Vegetarianas .](#)
 - [-2.2.1\)- Otras Tendencias Relacionadas.](#)
- [-2.3\)- Motivaciones .](#)
 - [-2.3.1\)- Ética.](#)
 - [-2.3.2\)- Salud.](#)
 - [-2.3.3\)- Ecológica.](#)
 - [-2.3.4\)- Religiosa.](#)
- [-2.4\)- Sondeos.](#)
- [-2.5\)- Véase También.](#)
- [-2.6 \)-Referencias.](#)
- [-2.7\)- Enlaces Externos.](#)

-3)-OMNIVORISMO.

- [-3.1\)- Grupos.](#)
- [-3.2 \)- El ser humano.](#)
- [-3.3\)- Véase También.](#)
- [-3.4 \)-Referencias.](#)

- [-3.5\)- Enlaces Externos.](#)
 - 4)- CARNIVORISMO.
 - [-4.1\)- Clasificación .](#)
 - [-4.1.1\)- Carnívoros Estrictos.](#)
 - [-4.2\)- Características.](#)
 - [-4.3\)- Carnívoros Prehistóricos.](#)
 - [-4.4\)- Ejemplos de Algunos Carnívoros.](#)
 - [-4.5\)- Véase También.](#)
 - [-4.6 \)- Referencias.](#)
 - [-4.7\)- Enlaces Externos.](#)
 - 5)- DIETA MEDITERRÁNEA.
 - [-5.1\)- Historia.](#)
 - [-5.2 \)- Crítica.](#)
 - [-5.3 \)- Referencias.](#)
 - [-5.4 \)-Enlaces Externos.](#)
 - 6)- RUEDA ALIMENTARIA.
 - 7)- PIRÁMIDE ALIMENTARIA.
 - [-7.1\)- Las Pirámides Alimentarias .](#)
 - [-7.1.1\)- La Pirámide en EE.UU.](#)
 - [-7.1.2\)- Otros Países.](#)
 - [-7.1.3\)- Otras Propuestas.](#)
 - [-7.2 \)-Referencias.](#)
 - [-7.3\)- Enlaces Externos.](#)
- PARTE II- ALIMENTOS.
- 1-ALIMENTOS.
- [-1.1\)- Nutrientes .](#)
 - [-1.1.1 Micronutrientes .](#)
 - [-1.1.1.1\)- Sales Minerales.](#)
 - [-1.1.1.2\)- Vitaminas.](#)
 - [-1.1.1.3 \)- Compuestos Inorgánicos.](#)
 - [-1.1.1.4\)- Minerales,](#)
 - [-1.2\)- Fuentes de Alimentos .](#)
 - [-1.2.1\)- Plantas.](#)
 - [-1.2.2\)- Animales.](#)
 - [-1.3\)- Alimentos Ecológicos.](#)
 - [-1.4\)- Aditivos .](#)
 - [1.4.1.1\)- Historia.](#)
 - [-1.4.1.2\)- Razones Para su Uso.](#)
 - [-1.4.1.2.1\)- Razones Psicológicas y Tecnológicas.](#)
 - [-1.4.1.2.2\)- Razones Nutricionales y de Seguridad.](#)
 - [-1.4.1.3\)- Tipos de Aditivos](#)
 - [-1.4.1.4 \)- Alimentos Garantizados Que No Llevan Aditivos por Ley en España. \)](#)
 - [-1.4.1.5\)- Procedencia Animal de Algunos Aditivos Alimentarios .](#)
 - [-1.4.1.5.1\)- Aditivos Derivados de Animales.](#)
 - [-1.4.1.5.2\)- Aditivos de Posible Origen Animal.](#)
 - [-1.4.1.6\)- Clasificación.](#)
 - [-1.4.1\)- Grupo 1: Colorantes.](#)

- -1.4.2)- [Grupo 2: Conservantes.](#)
- -1.4.3)- [Grupo 3: Antioxidantes.](#)
- -1.4.4)- [Grupo 4: Reguladores de Acidez.](#)
- -1.4.5)- [Grupo 5: Estabilizantes y Emulgentes.](#)
- -1.4.6)- [Grupo 6: Antiapelmazantes.](#)
- 1.4.7)- [Grupo 7: Edulcorantes.](#)
- -1.5)- [Contaminantes.](#)
- -1.6)- [Percibilidad.](#)
- -1.7)- [Las Comidas .](#)
 - -1.7.1)- [La Cocina.](#)
 - -1.7.2)- [Gastronomía del Uruguay.](#)
 - -1.7.2.1)- [La Carne y la Leche.](#)
 - -1.7.2.1.1)- [Morcilla.](#)
 - -1.7.2.1.1.1)- [Historia.](#)
 - -1.7.2.1.1.2)- [La Morcilla en Europa .](#)
 - -1.7.2.1.1.2.1)- [Alemania y Austria.](#)
 - -1.7.2.1.1.2.2)- [España.](#)
 - -1.7.2.1.1.2.3)- [Francia.](#)
 - -1.7.2.1.1.2.4)- [Irlanda.](#)
 - -1.7.2.1.1.2.5)- [Italia](#)
 - -1.7.2.1.1.2.6)- [Portugal.](#)
 - -1.7.2.1.1.2.7)- [Reino Unido.](#)
 - -1.7.2.1.1.3)- [La Morcilla en América Latina .](#)
 - -1.7.2.1.1.3.1)- [América del Sur.](#)
 - -1.7.2.1.1.3.2)- [América Central.](#)
 - -1.7.2.1.1.3.3)- [América del Norte.](#)
 - -1.7.2.1.1.4)- [La Morcilla en Otros Continentes.](#)
 - -1.7.2.1.1.5)- [Platos en los que Participa.](#)
 - -1.7.2.1.1.6)- [Véase También.](#)
 - -1.7.2.1.1.7)- [Referencias.](#)
 - -1.7.2.1.1.8)- [Enlaces Externos.](#)
 - -1.7.2.1.2)- [Chorizo.](#)
 - 1.7.2.1.2.1)- [Variedades Europeas .](#)
 - -1.7.2.1.2.1.1)- [Chorizo en España .](#)
 - -1.7.2.1.2.1.1.1)- [Historia.](#)
 - -1.7.2.1.2.1.1.2)- [Usos Culinarios.](#)
 - -1.7.2.1.2.1.2)- [Chorizo en Portugal.](#)
 - -1.7.2.1.2.2)- [Variedades iberoamericanas .](#)
 - -1.7.2.1.2.2.1)- [Chorizo en Argentina y Uruguay.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.2)- [Chorizo en Bolivia.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.3)- [Chorizo en Brasil.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.4)- [Chorizo en Chile.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.5)- [Chorizo en Colombia.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.6)- [Chorizo en México.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.7)- [Chorizo en Paraguay.](#)
 - -1.7.2.1.2.2.8)- [Chorizo en Venezuela.](#)
 - -1.7.2.1.2.3)- [Véase También.](#)
 - -1.7.2.1.2.4)- [Referencias.](#)

- -1.7.2.1.2.5)- [Bibliografía](#).
- -1.7.2.1.2.6)- [Enlaces Externos](#).
- -1.7.2.1.3)- Jamón.
- -1.7.2.1.4)- Salchichón.
- -1.7.2.1.5)- Producción Industria Lechera.
- -1.7.2.2)- [Parrillada](#).
 - -1.7.2.2.1)- [Asado con Cuero](#).
 - -1.7.2.2.2)- Asado en Latinoamérica.
- -1.7.2.3)- [Chivito](#).
- -1.7.2.4)- [Choripán](#).
- -1.7.2.5)- [Sándwich Olímpico](#).
- -1.7.2.6)- [Pancho](#).
- -1.7.2.7)- [Milanesa](#).
- -1.7.2.8)- [Empanada](#).
- -1.7.2.9)- [Pizza y fainá](#). Mozzarella.
- -1.7.2.9.1)- Pizza.
- -1.7.2.9.1.1)- [Historia](#).
- -1.7.2.9.1.2)- [Etimología](#).
- -1.7.2.9.1.3)- [Características](#) .
 - -1.7.2.9.1.3.1)- [Selección de Ingredientes](#).
 - -1.7.2.9.1.3.2)- [Preparación](#).
 - -1.7.2.9.1.3.3)- [Horneado](#).
 - -1.7.2.9.1.3.4)- [Cortar, Servir y Comer](#).
- -1.7.2.9.1.4)- [Gastronomía](#).
- -1.7.2.9.1.5)- [Multinacionales de pizza](#).
- -1.7.2.9.1.6)- [Véase También](#).
- -1.7.2.9.1.7)- [Referencias](#).
- -1.7.2.9.1.8)- [Enlaces Externos](#).
- -1.7.2.10)- [Pastas](#).
- -1.7.2.11)- [Torta Frita](#).
- -1.7.2.12)- [Revuelto Gramajo](#).
- -1.7.2.13)- [Quesos](#) .
 - -1.7.2.13.1)- [Queso Colonia](#).
 - -1.7.2.13.2)- [Queso Termal](#).
 - -1.7.2.13.3)- [Queso Yamandú](#).
 - -1.7.2.13.4)- [Queso Zapicán](#).
 - -1.7.2.13.5)- Características Tipo de Queso.
 - -1.7.2.13.6)- [Historia](#) .
 - -1.7.2.13.7)- [Producción y Consumo en el Mundo](#).
 - -1.7.2.13.8)- [Aspectos Culturales](#).
 - -1.7.2.13.9)- [Tipos de Queso](#)
 - [.1 Denominaciones de origen](#)
 - [.2 Tipos de leche usada](#).
 - [.3 Quesos frescos](#).
 - [.4 Quesos curados](#).
 - [.5 Quesos cremosos](#).
 - [.6 Quesos verdes o azules](#).
 - [.7 Quesos de hoja](#).

- [-1.7.2.13.10\)- Propiedades Nutricionales.](#)
- [-1.7.2.13.11\)- Elaboración .](#)
 - [..1 Cuajado.](#)
 - [..2 Procesamiento de la cuajada.](#)
 - [..3 Añejamiento.](#)
 - [..4 Cocinado.](#)
- [-1.7.2.13.12\)- El Queso en la Cultura Popular .](#)
 - [8.1 Otros usos del término](#)
- [-1.7.2.13.13\)- Véase También.](#)
- [-1.7.2.14\)- Postres .](#)
 - [-1.7.2.14.1\)- Alfajor.](#)
 - [-1.7.2.14.2\)- Postre Chajá.](#)
 - [-1.7.2.14.3\)- Massini.](#)
 - [-1.7.2.14.4\)- Pasteles Criollos.](#)
 - [-1.7.2.14.5\)- Martín Fierro.](#)
 - [-1.7.2.14.6\)- Pasta Frola.](#)
 - [-1.7.2.14.7\)- Ricardito.](#)
 - [-1.7.2.14.8\)- Garrapiñada.](#)
 - [-1.7.2.14.9\)- Otros Postres.](#)
- [-1.7.2.15\)- Bebidas Analcohólicas.](#)
- [-1.7.2.16\)- Bebidas Alcohólicas .](#)
 - [-1.7.2.16.1\)- Vino.](#)
 - [-1.7.2.16.2\)- Medio y Medio.](#)
 - [-1.7.2.16.3\)- Uvita.](#)
 - [-1.7.2.16.4\)- Grappa.](#)
 - [-1.7.2.16.5\)- Caña.](#)
 - [-1.7.2.16.6\)- Espinillar.](#)
- [-1.7.2.17\)- Referencias.](#)
- [-1.7.2.18\)- Enlaces Externos.](#)
- [-1.8\)- Producción y Adquisición de los Alimentos .](#)
 - [-1.8.1\)- Sacrificio Animal.](#)
 - [-1.8.2 \)-Restaurantes y Cafeterías.](#)
 - [-1.8.3\)- Alimentos Empaquetados.](#)
- [-1.9\)- Intercambio Comercial .](#)
 - [-1.9.1\)- Exportaciones e Importaciones.](#)
 - [-1.9.2\)- Mercadeo y Ventas al Detalle.](#)
- [-1.10\)- Hambruna y Hambre](#)
 - [-1.10.1\)- Ayuda Alimentaria.](#)
- [-1.11\)- Higiene de los Alimentos.](#)
- [-1.11.1\)- Generalidades.](#)
- [-1.11.2\)- Prion.](#)
- [-1.11.2.1\)- Función de los Priones en Estado No Patógeno \(PRPC\).](#)
- [-1.11.2.2\)- Historia.](#)
- [-1.11.2.3\)- Características de los Priones.](#)
- [-1.11.2.4\)- Contagio de la Estructura en Lámina Beta y Formación de Placas Amiloides.](#)

- -1.11.2.5)- [Mecanismo de Contagio.](#)
- -1.11.2.6)- [Transporte Hacia el Cerebro.](#)
- -1.11.2.7)- [Enfermedades Prionicas .](#)
 - -1.11.2.7.1)- [En los Animales.](#)
 - -1.11.2.7.2)- [En el Ser Humano.](#)
 - -1.11.2.7.3)- [En especies Animales.](#)
 - -1.11.2.7.4)- [En los Microorganismos.](#)
- -1.11.2.8)- [Los Priones en la Vida Normal de los Organismos.](#)
- -1.11.2.9)- [Experimentos en el Laboratorio.](#)
- -1.11.2.10)- [Detección de la PrpSc.](#)
- -1.11.2.11)- [Tratamientos Preventivos.](#)
- -1.11.2.12)- [Referencias.](#)
- -1.11.2.13)- [Véase También.](#)
- -1.11.2.14)- [Enlaces Externos.](#)
- -ENVENENAMIENTO ALIMENTARIO.
- -1.12)- [Alergias.](#)
- -1.13)- [Dieta .](#)
 - -1.13.1)- [Dietas Culturales y Religiosas.](#)
 - -1.13.2)- [Deficiencias Dietéticas.](#)
 - -1.13.3)- [Dieta Saludable, Moral y Ética.](#)
- -1.14)- [Nutrición.](#)
- -1.15)- [Definición Legal.](#)
- -1.15.1)- [Derecho Alimentario.](#)
- -1.15.1.2)- [Historia.](#)
- -1.15.1.3)- [Derecho a la Alimentación.](#)
- -1.15.1.3.1)- [Declaración Universal de los Derechos Humanos.](#)
- -1.15.1.3.2)- [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.](#)
- -1.15.1.4)- [Regulación .](#)
- -1.15.1.4.1)- [Europa .](#)
- -1.15.1.4.1.1)- [España.](#)
- -1.15.1.5)- [Véase También.](#)
- -1.15.1.6)- [Referencias.](#)
- -1.15.1.7)- [Enlaces Externos](#)
- -1.16)- [Véase También.](#)
- -1.17)- [Referencias.](#)
- -1.18)- [Enlaces Externos.](#)

-PARTE III-ALIMENTOS SEGÚN NUESTRAS NECESIDADES BÁSICAS.

-PARTE IV- LA DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA.

-PARTE V -ANIMALES POR DIETA.

-PARTE VI-ALIMENTOS COMUNES Y ENERGÍA.

-TOMO II -

-PARTE VII- DIETISTA -NUTRICIONISTA.

- [-1\)- Funciones.](#)
- [-2 \)-Los Profesionales de la Nutrición y Dietética por Regiones y Países .](#)
 - [-2.1\)- En Canadá.](#)
 - [-2.2\)- En España .](#)
 - [-2.2.1\)- Dietista-nutricionista .](#)
 - [-2.2.1.1\)- Formación y Requisitos del Dietista-nutricionista.](#)
 - [-2.2.2\)- Técnico en Dietética .](#)
 - [-2.2.2.1\)- Formación y Requisitos del Técnico en Dietética.](#)
 - [-2.3\)- En los Estados Unidos.](#)
 - [-2.4\)- En México.](#)
 - [-2.5\)- En el Reino Unido.](#)
 - [-2.6\)- En Uruguay.](#)
 - [-2.6.1\)- Rol del nutricionista en prevención y promoción de salud materno-infantil](#)
 - [-2.6.2\)- Escuela Nutrición y Dietética UDELAR.](#)
 - [-2.7\)- En Perú.](#)
- [-3\)- Salud.](#)
- [-3.1\)- 1 Definiciones.](#)
- [-3.\)- 2 Ejercicio físico.](#)
- [-3.3\)- El Descanso.](#)
- [-3.4\)- Nutrición.](#)
- [-3.5\)- Higiene.](#)
- [-3.6\)- Salud mental.](#)
- [-3.7\)- La personalidad Saludable.](#)
- [-3.8\)- Hábitos Perjudiciales Para La Salud.](#)
- [-3.9\)- Factores Que Influyen En La Salud .](#)
- [-3.9.1\)- Biología Humana.](#)
- [-3.9.2\)- Ambiente.](#)
- [-3.9.3\)- Ambiente Doméstico.](#)
- [-3.9.4\)- Forma De Vida Saludable.](#)
- [-3.10\)- Promoción De La Salud.](#)
- [-3.11\)- Véase También.](#)
- [-3.12\)- Referencias.](#)
- [-3.13\)- Enlaces Externos.](#)
- [-3.14\)- Véase También.](#)
- [-3.15 \)-Referencias .](#)
- [-3.16\)- Enlaces Externos.](#)
- [-4\)- Ciencias de la Salud.](#)
- [-4.1\)- Clasificación .](#)
 - [-4.1.1\)- Medicina.](#)
 - [-4.1.2\)- Psicología.](#)
 - [-4.1.3\)- Logopedia. Terapia del Lenguaje.](#)
 - [-4.1.3.1\)- Definición .](#)
 - [-4.1.3.1.1\)- Etimología.](#)
 - [-4.1.3.1.2\)- Concepto.](#)

- -4.1.3.1.3)- [Denominaciones.](#)
 - -4.1.3.2)- [Funciones y Cmpetencias Profesionales](#) .
 - -4.1.3.2.1)- [Ámbitos de Actuación.](#)
 - -4.1.3.2.2)- [Área de Audiología.](#)
 - -4.1.3.2.3)- [Área de Lenguaje Infantil.](#)
 - -4.1.3.2.4)- [Área de Lenguaje Adulto o Neurogénico.](#)
 - -4.1.3.2.5)- [Área de Voz.](#)
 - -4.1.3.2.6)- [Área de Habla y Deglución.](#)
 - -4.1.3.2.7)- [Fonoaudiología y Otras Disciplinas.](#)
 - -4.1.3.2.8)- [Maestro Especialista en Audición y Lenguaje.](#)
 - 4.1.3.3)- [Revistas Especializadas.](#)
 - 4.1.3.4)- [Evolución de la Comunicación Durante el Primer Año de Vida.](#)
 - 4.1.3.5)- [Representaciones en la Ficción.](#)
 - 4.1.3.6)- [Véase También.](#)
 - 4.1.3.6.1)- [Notas.](#)
 - 4.1.3.7)- [Referencias](#)
 - -4.3.1.8)- [Bibliografía.](#)
 - -4.3.1.9)- [Enlaces externos.](#)
 - 4.1.4)- [Obstetricia : Matronería.](#)
 - 4.1.4.1)- [Profesionales de Obstetricia : matronería.](#)
 - 4.1.4.2)- [Áreas de la obstetricia : matronería.](#)
 - -4.1.4.2.1)- [Embarazo](#)
 - -4.1.4.2.1.1)- [Atención Preconcepcional.](#)
 - -4.1.4.2.1.2)- [Atención Prenatal.](#)
 - -4.1.4.2.2)- [Parto](#) .
 - -4.1.4.2.2.1)- [Inducción del Parto.](#)
 - -4.1.4.2.2.2)- [Parto.](#)
 - -4.1.4.2.3)- [Puerperio.](#)
 - -4.1.4.2.4)- [Atención del Recién Nacido.](#)
 - -4.1.4.2.5)- [Salud Sexual y Reproductiva.](#)
 - -4.1.4.3)- [Ámbito de Práctica de la Obstetricia : matronería.](#)
 - -4.1.4.4)- [Modelo de Atención Obstétrica Dirigido por Matronas.](#)
 - -4.1.4.5)- [Historia de la Obstetricia \(matronería\)](#)
 - -4.1.4.5.1)- [Cultura Hebrea.](#)
 - -4.1.4.5.2)- [Antiguo Egipto.](#)
 - -4.1.4.5.3)- [Cultura Greco-romana.](#)
 - -4.1.4.5.4)- [Edad Media.](#)
 - -4.1.4.5.5)- [Renacimiento.](#)
 - -4.1.4.5.6)- [Edad Contemporánea.](#)
 - -4.1.4.5.7)- [Siglo XX.](#)
 - -4.1.4.6)- [Definiciones y Términos Obstétricos.](#)
 - -4.1.4.7)- [Véase También.](#)
 - -4.1.4.8)- [Referencias](#)
 - -4.1.4.9)- [Enlaces Externos.](#)
 - -4.1.5)- [Optometría.](#)
 - -4.1.6)- [Fisioterapia.](#)
 - -4.1.7)- [Enfermería.](#)
 - -4.1.8)- [Podología.](#)

- -4.1.8.1)- [Campos](#)
- -4.1.8.2)- [Grupos](#)
 - -4.1.8.2.1)- [Grado Universitario en Podología](#)
 - -4.1.8.2.2)- [Tecnatura en Podología y Otros Estudios No Universitarios.](#)
- -4.1.8.3)- [Evolución Histórica](#) .
 - -4.1.8.3.1)- [Egipto.](#)
 - -4.1.8.3.2)- [Grecia.](#)
 - -4.1.8.3.3)- [Imperio Romano.](#)
 - -4.1.8.3.4)- [Edad Media.](#)
 - -4.1.8.3.5)- [Siglos XVI y XVII.](#)
 - -4.1.8.3.6)- [En Inglaterra en el Siglo XVII.](#)
 - -4.1.8.3.7)- [En Francia en los Reinados de Luis XIV, Luis XV y Luis XVI.](#)
 - -4.1.8.3.8)- [Entre los Siglos XIX y XX.](#)
 - -4.1.8.3.9)- [España en el Siglo XIX.](#)
 - -4.1.8.3.10)- [En Estados Unidos a finales del siglo XIX y principios del XX.](#)
 - -4.1.8.3.11)- [Antecedentes Próximos y Actualidad Podológica en España.](#)
- -4.1.8.4)- [La Podología y su Realidad Actual](#) .
 - -4.1.8.4.1)- [Chile.](#)
 - -4.1.8.4.2)- [España.](#)
 - -4.1.8.4.3)- [México.](#)
 - -4.1.8.4.4)- [Uruguay.](#)
 - -4.1.8.4.4.1)- [Ejercicio de la Profesión.](#)
 - -4.1.8.4.4.2)- [Funciones.](#)
 - -4.1.8.4.4.3)- [Actividad Diagnóstica.](#)
 - -4.1.8.4-4-4)- [Aplicación de Tratamientos.](#)
 - -4.1.8.4-4.5)- [Tecnatura Podología de UDELAR.](#)
 - -4.1.8.4.4.6)- [Véase También.](#)
 - -4.1.8.4.4.7)- [Referencias.](#)
 - -4.1.8.4.4.8)- [Enlaces Externos.](#)
 - -4.1.8.5)- [Véase También.](#)
 - 4.1.8.6)- [Referencias.](#)
 - 4.1.8.7)- [Enlaces Externos.](#)
 - -4.1.9)- [Ciencias de la Nutrición.](#)
 - -4.1.10)- [Farmacia.](#)
 - -4.1.10.1)- [Historia de la Farmacia.](#)
 - -4.1.10.2)- [Disciplinas de la Farmacia.](#)
 - -4.1.10.3)- [Botica ..](#)
 - -4.1.10.3.1)- [Personal de Oficina de Farmacia.](#)
 - -4.1.10.3.2)- [Labor de Concienciación Sanitaria y Medioambiental del Farmacéutico.](#)
 - -4.1.10.3.3)- [Simbología Farmacéutica.](#)
 - -4.1.10.4)- [Servicios de Farmacia Hospitalaria .](#)
 - -4.1.10.4.1)- [Personal de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.](#)
 - -4.1.10.5)- [Clasificación de Medicamentos.](#)
 - -4.1.10.6)- [Tipos de Farmacia.](#)
 - -4.1.10.7)- [Véase También.](#)
 - -4.1.10.8)- [Referencias.](#)
 - .4.1.10.9)- [Enlaces Externos.](#)

- -4.1.11)- Laboratorio [Clínico](#).
 - -4.1.11.1)- Áreas de Servicio.
 - -4.1.11.2)- Riesgos Específicos .
 - -4.1.11.3)- Licenciatura en Laboratorio Clínico UDELAR, Uruguay.
 - -4.1.11.4)- Enlaces Externos.
 - -4.1.12)- [Veterinaria](#).
- -4.2)- [Véase También](#).
- -4.3)- [Referencias](#).
- -5)- Organización Panamericana de la Salud.
- -5.1)- [La Institución en Síntesis](#).
- -5.2)- [Oficinas Especializadas](#).
- -5.3)- [Directores de la Oficina Sanitaria Panamericana](#).
- -5.4)- Atención Primaria de la Salud.
- -5.4.1)- [Objetivos](#).
- -5.4.2)- [Características](#).
- -5.4.3)- [Prestación Sanitaria](#) .
- -5.4.3.1)- [Servicios](#).
- -5.4.4)- [Organización](#) .
- -5.4.4.1)- [Estructura](#)
- -5.4.4.1.1)- [Estructura Física](#).
- -5.4.4.1.2)- [Estructura Humana](#).
- -5.4.4.2)- [Proceso](#).
- -5.4.4.3)- [Resultado](#).
- -5.4.5)- [Historia Clínica](#).
- -5.4.6)- [Problemas de Salud](#).
- -5.4.7)- [Día de la Atención Primaria](#).
- -5.4.8)- [Profesionales Ilustres](#).
- -5.4.9)- [Centros de Salud](#).
- -5.4.10)- [Véase También](#).
- -5.4.11)- [Referencias](#).
- -5.4.12)- [Bibliografía](#).
- -5.4.13)- [Enlaces Externos](#).
- -5.5)- [Véase También](#).
- -5.6)- [Referencias](#).
- -5.7)- [6 Enlaces Externos](#).
- -6)- Véase También.
- -7)- Referencias.
- -8)- Enlaces Externos.

-PARTE VIII- NUTRICIÓN.

- -1)- [Diferencias Entre Alimentación, Nutrición, Diurética y Dieta](#).
- -2)- [Características](#).
- -3)-[Tipos de Nutrición en los Seres Vivos](#).
- -4)- [Historia de la Nutrición](#) .
 - -4.1)- [Desde la Antigüedad hasta 1800](#)
 - -4.2)- [Comienzos de 1800](#).
 - -4.3)- [Comienzos de 1880](#).
 - -4.4)- [Desde 1900 hasta 1941](#).

- [-4.5\)- 1990 en adelante.](#)
- [-5\)- Nutrición y Salud.](#)
- [-6\)- Controversias de la Nutrición en los Países Occidentales.](#)
- [-7\)- Pirámide de Alimentos.](#)
- [-8\)- Balance Energético](#)
- [-9\)- Véase También.](#)
- [-10\)- Referencias.](#)
- [-11\)- Enlaces Externos.](#)

-PARTE IX- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

- [-1\)- Historia .](#)
 - [-1.1\)- TCA en México.](#)
 - [-1.2\)- TCA en Uruguay.](#)
- [-2\)- Fisiopatología .](#)
 - [-2.1 Síntomas Para Detectar un Trastorno Alimentario.](#)
- [-3\)- Clasificación .](#)
 - [-3.1\)- Trastorno por Atracón.](#)
 - [-3.2\)- Bulimia.](#)
 - [-3.3\)- Anorexia Nerviosa.](#)
 - [-3.4\)- Vigorexia.](#)
 - [-3.5\)- Megarexia.](#)
 - [-3.6\)- Permarexia.](#)
 - [-3.7\)- Ebriorexia.](#)
 - [-3.8\)- Otros Trastornos.](#)
- [-4\)- Concepto de Trastorno Alimenticio o Psicopatología Alimentaria.](#)
- [-5\)- Factores Predisponentes .](#)
 - [-5.1\)- Factores Personales.](#)
 - [-5.1.1\)- Enfermedades Gastrointestinales.](#)
 - [-5.1.2\)- Pubertad Temprana.](#)
 - [-5.1.3\)- Problemas de Obesidad Previos.](#)
 - [-5.1.4\)- Carácter.](#)
 - [-5.1.5\)- Personalidad, Tendencias Depresivas y Trastornos de Ansiedad.](#)
 - [-5.1.6\)- Elección de Aficiones y Carreras.](#)
 - [-5.1.7\)- Cumplimiento de la “Hipótesis de Dependencia Externa”](#)
 - [-5.2\)- Factores Familiares .](#)
 - [-5.2.1\)- Antecedentes de Obesidad o Desórdenes Alimentarios.](#)
 - [-5.2.2\)- Abuso Sexual.](#)
 - [-5.2.3\)- Sobrevaloración de la Imagen Corporal.](#)
 - [-5.2.4 \)-Prejuicios y Valores Distorsionados.](#)
 - [-5.3\)- Factores Socioculturales .](#)
 - [-5.3.1\)- El “Mito de la Belleza”.](#)
 - [-5.3.2\)- Discriminación y Rechazo Social .](#)
 - [-5.3.2.1\)- Discriminación en General.](#)
 - [-5.3.2.2\)- Discriminación Laboral.](#)
 - [-5.3.2.3 \)-Discriminación y Moda.](#)
 - [-5.3.3\)- Medios de Comunicación y Manipulación .](#)
 - [-5.3.3.1\)- Coacción Publicitaria.](#)

- [-5.3.3.2\)- Mercado del Adelgazamiento.](#)
- [-5.3.3.3\)- Difusión del Estereotipo de Delgadez.](#)
- [-5.3.3.4 \)-Difusión de Páginas Pro-anorexia a Través de Internet.](#)
- [-6 \)-Prevención o Detección Precoz.](#)
- [-7 \)-Ayuda Hacia el Enfermo.](#)
- [-8 \)-Tratamientos.](#)
 - [-8.1\)- Objetivos del Tratamiento.](#)
- [-9 \)-Véase También.](#)
- [-10\)- Referencias.](#)
- [-11\)- Bibliografía.](#)

-PARTE X - VÉASE TAMBIÉN.

-PARTE XI- REFERENCIAS.

-PARTE XII-BIBLIOGRAFÍA.

-PARTE XIII- CURRICULA PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON.

-PARTE XIV -ENLACES EXTERNOS.

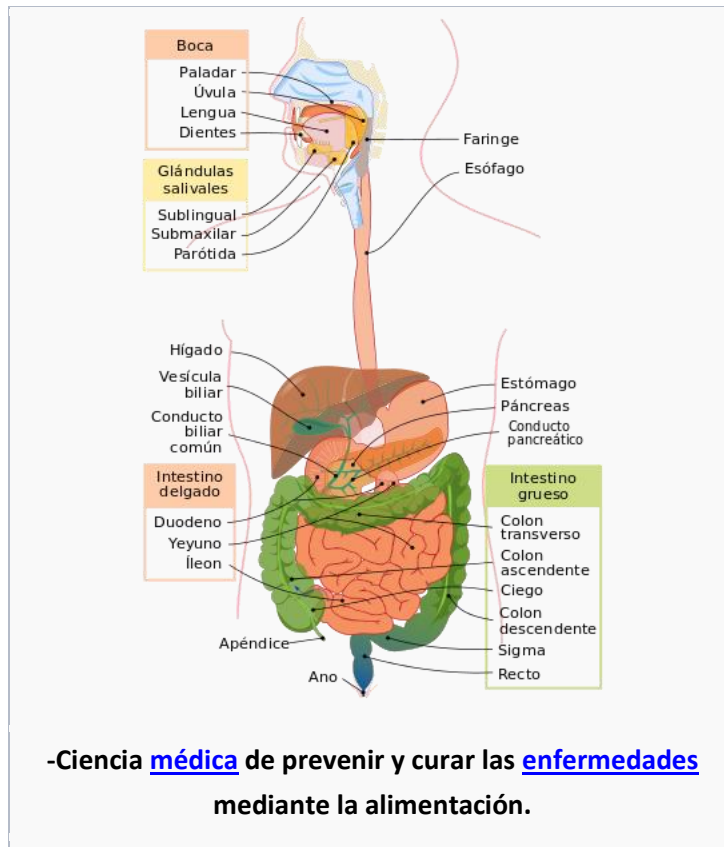
- TOMO II -

-PARTE VII- DIETISTA NUTRICIONISTA.

- Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Dietista nutricionista

Parte de [Ciencias de la salud](#)



-Un nutricionista, dietista-nutricionista, nutriólogo, dietista o dietólogo, es un profesional sanitario, experto en alimentación, nutrición y dietética.

.Se encarga principalmente del tratamiento nutricional de enfermedades, como por ejemplo: diabetes, malnutrición, insuficiencia renal, obesidad, enfermedad de Crohn; del tratamiento con nutrición artificial enteral y parenteral en hospitales; en la prevención de patologías mediante la alimentación; en participar en el tratamiento del paciente oncológico, etc.; además de adecuar la alimentación de cada persona, a cualquier situación fisiológica, como: embarazo, lactancia, deporte, etc.

.Asimismo interviene en la gestión de control de calidad y seguridad alimentaria; en el diseño y planificación de menús adaptados, a patologías en: hospitales, comedores escolares o residencias de ancianos; o en la intervención y desarrollo de actividades y políticas relacionadas con la salud pública.

.Su formación integra conocimientos de: química, bioquímica, bromatología, nutrición, dietética, dietoterapia, fisiología, fisiopatología, toxicología, microbiología de alimentos, química y bioquímica de alimentos, tecnología de alimentos, y un largo etcétera..

-Con distinta denominación y estudios en cada país, requiere generalmente de titulación universitaria, de cuatro o más años.

-Índice: -

-PARTE VII- DIETISTA NUTRICIONISTA.

- [-1\)- Funciones.](#)
- [-2\)- Los profesionales de la Nutrición y Dietética por Regiones y Países .](#)
 - [-2.1\)- En Canadá.](#)
 - [-2.2\)- En España .](#)
 - [-2.2.1\)- Dietista-nutricionista .](#)
 - [-2.2.1.1\)- Formación y Requisitos del Dietista-nutricionista](#)
 - [-2.2.2\)- Técnico en Dietética .](#)
 - [-2.2.2.1\)- Formación y Requisitos del Técnico en Dietética.](#)
 - [-2.3\)- En los Estados Unidos.](#)
 - [-2.4\)- En México.](#)
 - [-2.5\)- En el Reino Unido.](#)
 - [-2.6\)- En Uruguay.](#)
 - [-2.6.1\)- Rol del Nutricionista en Prevención y Promoción de Salud Materno-infantil .](#)
 - [-2.6.2\)-Escuela Nutrición y Dietética UDELAR.](#)
 - [-2.7\)- En Perú.](#)
- [-3\)- Salud.](#)
- [-3.1\)- Definiciones.](#)
- [-3.2\)- Ejercicio físico.](#)
- [-3.3\)- El Descanso.](#)
- [-3.4\)- Nutrición.](#)
- [-3.5\)- Higiene.](#)
- [-3.6\)- Salud mental.](#)
- [-3.7\)- La personalidad Saludable.](#)
- [-3.8\)- Hábitos Perjudiciales Para La Salud.](#)
- [-3.9\)- Factores Que Influyen En La Salud .](#)
- [-3.9.1\)- Biología Humana.](#)
- [-3.9.2\)- Ambiente.](#)
- [-3.9.3\)- Ambiente Doméstico.](#)
- [-3.9.4\)- Forma De Vida Saludable.](#)
- [-3.10\)- Promoción De La Salud.](#)
- [-3.11\)- Véase También.](#)
- [-3.12\)- Referencias.](#)
- [-3.13\)- Enlaces Externos.](#)
- [-3.14\)- Véase También.](#)
- [-3.15 \)-Referencias](#)
- [-3.16\)- Enlaces Externos.](#)
- [-4\)- Ciencias de la Salud.](#)
- [-4.1\)- Clasificación .](#)
 - [-4.1.1\)- Medicina.](#)
 - [-4.1.2\)- Psicología.](#)
 - [-4.1.3\)- Logopedia.](#)
 - [-4.1.4\)- Obstetricia \(matronería\).](#)
 - [-4.1.5\)- Optometría.](#)
 - [-4.1.6\)- Fisioterapia.](#)
 - [-4.1.7\)- Enfermería.](#)
 - [-4.1.8\)- Podología](#)
 - [-4.1.9 \)- Ciencias de la Nutrición,](#)

- -4.1.10)- [Farmacia](#).
- -4.1.11)- [Laboratorio Clínico](#).
- -4.1.12)- [Veterinaria](#).
- -4.2)- [Véase También](#).
- -4.3)- [Referencias](#).
- -5)- Organización Panamericana de la Salud.
- -5.1)- [La Institución en Síntesis](#).
- -5.2)- [Oficinas Especializadas](#).
- -5.3)- [Directores de la Oficina Sanitaria Panamericana](#).
- -5.4)- [Véase También](#).
- -5.5)- [Referencias](#).
- -5.6)- [6 Enlaces Externos](#).
- -6)- [Véase También](#).
- [7\)- Referencias](#).
- -8)- [Enlaces Externos](#).

-1)- Funciones.



-Una buena alimentación es igual a calidad de vida.

-La figura del Dietista-Nutricionista actúa en los siguientes ámbitos, con funciones específicas en cada uno de ellos:¹.

.1-El Dietista-Nutricionista clínico actúa sobre la alimentación de la persona o grupo de personas sanas o enfermas , en este caso después del diagnóstico médico; teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas o patológicas, y si es el caso: preferencias personales, características socioeconómicas, religiosas y culturales.

.Realizando de esta forma el tratamiento nutricional de diversas patologías, como por ejemplo: diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, obesidad, cardiopatías, enfermedad de Crohn, procesos oncológicos etc.; y la prevención de otras, cuando no se han dado aún.

.Además de realizar: valoraciones del estado nutricional, e intervenir en las distintas modalidades de soporte nutricional, etc.

.Todo ello tanto en unidades de hospitalización, como en: consultas externas, en atención primaria, en funciones asistenciales, y en las unidades hospitalarias de nutrición y dietética clínica.

.2-El Dietista-Nutricionista comunitario o de salud pública , realiza la prevención y promoción de la salud, actuando sobre la población en general, desde entidades diversas, desarrollando y participando en programas de políticas alimentarias, de prevención y salud

en general, y de educación alimentaria, dentro del marco de la salud pública y la nutrición comunitaria.

.3-El Dietista-Nutricionista en restauración colectiva , participa en la gestión y en la organización, y vela por la calidad y la salubridad, de los alimentos durante todo el proceso de producción.

.Forma al personal del servicio de alimentación en materia de seguridad alimentaria, además de planificar menús, adaptándolos a cada patología o estado fisiológico, y valora el equilibrio nutricional de la oferta alimentaria.

.Desarrolla sus actividades en comedores colectivos, empresas de catering, residencias de ancianos, hospitales, etc.

.4-El Dietista-Nutricionista en la industria, asesora en la innovación de nuevos productos, y en el marketing social, relacionado con la alimentación.

.5-El Dietista-Nutricionista docente, actúa como formador en centros públicos y privados, en los que se imparten conocimientos sobre alimentación, nutrición y salud.

.6-El Dietista-Nutricionista investigador , está capacitado para integrarse en un equipo multidisciplinar de investigación y desarrollo.

.Potencia la investigación en el área de la alimentación, la nutrición y la salud.

-2)- Los Profesionales de la Nutrición y Dietética Por Regiones y Países.

-2.1)- En Canadá.

-En Canadá, los términos de 'Dietista' y 'Dietista Registrado' son los títulos profesionales oficiales y protegidos legalmente para la profesión. Para ser dietista se debe obtener dicho título, mediante la realización de la carrera universitaria de 4 años de dietista; y para ser dietista registrado, además de estar en posesión de dicho título, se deben haber realizado unas prácticas supervisadas, durante un periodo de 11 a 12 meses, haber pasado con éxito un examen estatal en materia de nutrición humana y dietética, y después inscribirse en el colegio profesional, que corresponda a la provincia en la que se trabaje, siempre habiendo cumplido las normas de ingreso de cada colegio.

.De esta manera se obtiene una licencia que permite desarrollar la profesión.

-Cada provincia cuenta con un colegio profesional independiente ; por ejemplo, El Colegio de Dietistas de Ontario, que se encarga de proteger al público y regular la profesión.

.Estas instituciones están enteramente financiadas por las cuotas de los dietistas. Cada colegio está facultado para investigar y censurar, a los miembros de la profesión que incumplan cualquier norma de su ámbito de actuación, que pongan en peligro la salud de un paciente, o que cometan alguna negligencia.²

-En Canadá, al igual que en otros países como EE. UU. o Australia, existen especialidades oficiales dentro de la profesión, como por ejemplo:

- Dietista clínico.
- Dietista comunitario.
- Dietista en restauración colectiva.
- Dietista en gerontología.
- Dietista de neonatos.
- Dietista pediátrico.
- Dietista en la industria.

- Dietista deportivo.
- Dietista investigador.
- Dietista docente.

-La asociación nacional de profesionales en Canadá es "los Dietistas de Canadá".

-2.2)- En España.

-En España existen, dos profesionales de la dietética y la nutrición, los graduados o diplomados universitarios en nutrición humana y dietética, los cuales se denominan oficialmente: Dietistas-nutricionistas; y los Técnicos superiores en dietética de formación profesional.

-2.2.1)- Dietista-nutricionista.

-Dietista-Nutricionista en España .

-Las personas Graduadas en Nutrición Humana y Dietética por la universidad, o los anteriormente designados Diplomados : formación universitaria anterior al plan Bolonia en Nutrición Humana y Dietética, obtienen el título de "Dietista-Nutricionista", y son denominados oficialmente de esa manera. Son llamados también "Nutricionistas" o "Dietistas", utilizando por separado los dos términos, con el fin de abreviar. Al igual que ocurre con otras profesiones, como los Ópticos-optometristas.

-Según la ley, el término "Dietista-Nutricionista" únicamente puede ser empleado por los titulados universitarios, que han cursado la carrera universitaria de "Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética", o actualmente: " Graduado en Nutrición Humana y Dietética".

.De este modo, cualquier otra formación distinta, como un máster universitario en dietética y nutrición, u otros estudios o cursos no reglados, comercializados actualmente, no otorgan el título de "Dietista-Nutricionista" ni el de "Dietista", ni tampoco el de "nutricionista".

.Asimismo, estos cursos, masters, carreras universitarias distintas u otras titulaciones, sean las que sean, tampoco habilitan legalmente para desarrollar las competencias propias de la profesión.³; tales como la elaboración de dietas, el tratamiento dietético de patologías, y su prevención etc..

-Su campo: engloba diversas especialidades, como: la nutrición comunitaria, la nutrición clínica o la nutrición hospitalaria.

.Su labor es muy importante en el tratamiento de diversas patologías, como: diabetes, desnutrición, insuficiencia renal, enfermedad de Crhon, etc..

-La intrusión laboral hacia esta profesión, aunque ilegal, es muy habitual en España; existiendo tanto en cuanto a la adopción de su título profesional propio , donde muchos se hacen llamar nutricionistas, asesores de nutrición, especialistas en nutrición o profesional especialista en nutrición; como a la invasión de sus tareas legalmente reconocidas.

.Esto pone en peligro la salud del ciudadano común, donde muchas de estas personas sin titulación, utilizan técnicas sin evidencia científica y de dudosa eficacia, englobadas más en el ámbito de las pseudomedicinas o pseudociencias; como por ejemplo: la nutrición

[ortomolecular](#), la [PNI](#), la [naturopatía](#), la herbodietética o la nutrición alcalina.

.Además, aunque no siempre, es frecuente que también se dediquen a la venta de productos llamados "[milagro](#)".

-La máxima institución que regula, protege y desarrolla la profesión del Dietista-Nutricionista, es el Consejo General de Dietistas-Nutricionistas de España.⁴ Además existen otras organizaciones dedicadas a la investigación y desarrollo, en el campo de la Nutrición y Dietética.

-2.2.1.1)- Formación y Requisitos del Dietista-nutricionista.

-Formación Universitaria actual : Dietista-nutricionista:

- Graduado en Nutrición Humana y Dietética : 240 créditos: 4 cursos.

-Formación Universitaria antigua : Dietista-nutricionista:

- Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética : 3 cursos.

-2.2.2)- Técnico en Dietética.

[-Técnicos superiores en dietética en España.](#)

-La formación como Técnico en Dietética, se imparte mediante Formación Profesional Superior, obteniendo el título de "Técnico Superior en Dietética". Estos profesionales de la rama sanitaria, pueden ser denominados como: "Dietistas", "Dietistas técnicos", "Técnicos dietistas" o "Técnicos en Dietética".

-2.2.2.1)-Formación y Requisitos del Técnico en Dietética.

-Formación Profesional de Grado Superior : Técnico en dietética:

- Técnico Superior en Dietética : 2.000 horas: 2 cursos.

-2.3)- -En los Estados Unidos.

-En los Estados Unidos, hay dos profesionales de la nutrición: Los "nutricionistas" o "dietistas registrados" (RD), y los "Dietistas Técnicos" o "Dietistas Técnicos registrados" (DTR).

.Estos términos son los que están legalmente protegidos y regulados por la Academia de Nutrición y Dietética, que registra y confiere las credenciales profesionales.

.De manera que es un delito, que sean utilizados por personas que no cumplan los requisitos legales explicados a continuación.

.La Academia también reconoce y certifica ciertas áreas de especialidad, como en Nutrición Gerontológica.

-En EEUU la ley dice que el título de "Dietista", solo es posible obtenerlo, utilizarlo y trabajar de ello, cuando se han cumplido los siguientes requisitos:

.Haber realizado con éxito la carrera universitaria de 5 años de dietista, haber cursado 1.200 horas de prácticas supervisadas, con rotatorios en diferentes especialidades, y el haber aprobado el examen de registro.

.Además, para poder mantener la credencial de "Dietista registrado" ,se debe realizar y aprobar una formación continuada de al menos 75 horas, cada 5 años.

.Cada estado del país, añade a estos requisitos, otros que son suyos propios.

-Para poder obtener la titulación de "Dietista Técnico" en Estados Unidos, se requiere el conseguir un título de dietista técnico, mediante una formación específica, cursar 450 horas de prácticas supervisadas en su área de trabajo, y aprobar un examen estatal.
.En el país, los Dietistas técnicos pueden ejercer la profesión de forma autónoma, excepto para trabajar en el ámbito clínico de la profesión, donde necesitan estar supervisados por un "Dietista registrado".

-En los Estados Unidos el "cuerpo gobernante" de la práctica Dietética, es la Academia de Nutrición y Dietética , anteriormente la ADA.
.Este grupo está formado por aproximadamente 72.000 miembros en todo el país, que se apoyan mutuamente, y desarrollan todo lo concerniente a su profesión.⁵.

-2.4)- En México.

-En México, el Licenciado en Nutrición o Nutriólogo, es el profesional de la salud que con una cédula profesional, puede ejercer su profesión, después de estudios de [Educación superior](#) , con una duración entre 3-4 años, que deben incluir [prácticas profesionales](#).
.El Licenciado en Nutrición puede desempeñar sus actividades en: Nutrición Clínica, Nutrición Comunitaria, Administración de Servicios de Alimentos, Tecnología de los Alimentos, Investigación y Docencia.⁶

-El nutriólogo es un profesional de la salud experto en la ciencia de los alimentos, y en la nutrición, y su tarea es influir sobre la elección de los alimentos, y por ende, sobre el estado de salud de los individuos y de la población.
.En su campo de acción, el nutriólogo clínico atiende a pacientes con trastornos, que involucran alteraciones genéticas y alimenticias como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia familiar, entre otras; por lo que es indispensable, que el experto en nutrición se mantenga a la vanguardia en el conocimiento de la acción de los genes, con la alimentación como factores de riesgo de aparición de enfermedades, con la finalidad de buscar las formas más adecuadas de intervención y procurar la salud del individuo.⁷.

-El equivalente a un "[registered dietitian nutritionist \(RDN\)](#)" en Estados Unidos, es un Nutriólogo Certificado (NC) en México.
.Esta certificación es otorgada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos, una asociación civil cuya principal misión es promover la calidad en el ejercicio de la Nutriología en México, a través del trabajo colegiado, y la certificación y recertificación de los Licenciados en Nutrición.⁸.

-2.5)- En el Reino Unido.

-En el Reino Unido, el termino profesional protegido por ley, es el de "dietista". Estos deben estar registrados en el Consejo de Profesiones de la Salud (HPC), para poder trabajar en el Servicio Nacional de Salud.
.Los requisitos de educación para la obtención de dicho título, incluyen terminar con éxito la licenciatura en dietética, o un título de postgrado aprobados por el HPC.
.En este país, al contrario de lo que sucede en otros como España, el término nutricionista no

está protegido por ley. Por lo que las personas que no obtienen la titulación oficial de dietista, utilizan en su lugar la denominación de nutricionista, y se dedican frecuentemente al ejercicio de las terapias alternativas, relacionadas con el ámbito de la alimentación.⁹

-2.6)-En Uruguay.

-2.6.1)- Rol del Nutricionista en Prevención y Promoción de Salud Materno-infantil en el Uruguay.

-En el Uruguay, hay mujeres en edad fértil, que padecen déficits nutricionales que se traducen en menor peso y prematuridad de los recién nacidos.

.A este problema sanitario nacional, se suma otro, que es la presencia de déficits nutricionales en los niños de 0 a 36 meses, independientemente de su estrato social. Estos déficits, causan anemia, bajo peso al nacer, retraso de talla, sobrepeso y obesidad, y conllevan riesgo y rezago en el desarrollo.

.Estas carencias en el desarrollo infantil, además de ser causa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en la vida adulta, dificultan a los niños expresar su potencial, y adquirir habilidades y competencias en las esferas cognitiva, emocional y social, que se traduce luego, en grandes dificultades de aprendizaje, desde el inicio de la etapa escolar, con retraso en el acceso al pensamiento operatorio, alteraciones motoras y en el uso del lenguaje, y lentitud en el desarrollo de la capacidad de razonamiento. Además, un significativo porcentaje de niños y adolescentes, padecen sobrepeso y obesidad.

.Los problemas enunciados, impactan gravemente en la vida de los individuos, en los costos para el sistema sanitario nacional, y en la economía de todo el país.

.¿Sería viable implementar la consulta nutricional, como meta prestacional, tanto en embarazadas, como en la población infantil, con el fin de democratizar la educación nutricional en el Uruguay?.

-Introducción:

.El Licenciado en Nutrición es un profesional de la salud, con capacidad de realizar la evaluación del proceso alimentario-nutricional de la población, tanto a nivel colectivo como individual, realizar investigaciones en estas áreas, e integrarse a equipos multidisciplinarios, para incidir significativamente en la situación alimentario nutricional de una comunidad, país o región, administrar programas de alimentación, de nutrición y de educación nutricional, diseñar y ejecutar acciones de prevención, promoción y atención.

-La ciencia de la nutrición es reciente, como ciencia independiente de la medicina, y su establecimiento como carrera de grado, es aún más reciente.

.En el Uruguay desde el año 1999, la carrera de nutrición ha sido reconocida como licenciatura. Estados Unidos y varios países europeos, tienen mucho camino recorrido respecto a la visión de la carrera de nutrición y su papel en la salud pública.

.En el año 1998, el Gobierno español afirmaba: "... en países donde la nutrición es puntera: Reino Unido, USA y Holanda, estos estudios son universitarios de larga duración : cuatro o cinco años, con capacidad de acceso al grado de Doctor".¹

-Respecto al número de licenciados en nutrición en actividad que hay en el Uruguay, aún no se cuenta con un registro confiable. En el período que va de 1995 a 2005, existen 7,8 médicos egresados de Facultad de Medicina, por cada nutricionista egresado en los años referidos.

.La Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDyN), tiene proyectado realizar un censo nacional de nutricionistas, para conocer el número de colegas en ejercicio de la profesión.

-La nutrición y la salud materno infantil: La adquisición de adecuadas prácticas alimentarias y nutricionales, tiene vasto reconocimiento en la comunidad científica, como determinante del crecimiento y la salud infantil.

.Según la Declaración Universal de los derechos del niño, se plantea que este “tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud”, y que “tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.”.

.La Constitución de la República, por su parte, garantiza este derecho a toda la población.2.

.Lo cierto es que para ejercer el derecho a desarrollarse en buena salud, y a disfrutar de la alimentación, es necesario saber cuál es la alimentación más adecuada, y que posibilita un buen desarrollo y crecimiento.

.En Uruguay, las mujeres y los niños, carecen de educación sobre alimentación saludable.

.La desnutrición crónica y la anemia, son un problema sanitario en el país, en tanto afectan a la primera infancia, y tienen graves consecuencias para su desarrollo, así como también las consecuencias sufridas luego, en las etapas o fases subsiguientes de la vida.

.El sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2, en niños y adolescentes, merecen especial atención por la alta prevalencia que presentan.

.Estos fenómenos patológicos persisten entre la población infantil y representan una seria amenaza a su salud. 3.

.Las ENT : Enfermedades No Transmisibles en la vida adulta : obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, son en gran medida, una consecuencia de una alimentación inadecuada, en cantidad y calidad, durante la vida intrauterina, la infancia y la adolescencia.4.

...“la población literalmente incorpora : "embodiement"(encarnación) en su cuerpo, y expresa biológicamente experiencias de desigualdad, desde el útero hasta la muerte, produciendo desigualdades sociales en la salud , en una amplia variedad de indicadores”...5 .

.El Programa Nacional de Salud de la Niñez, propone en sus acciones , reducir al mínimo los porcentajes de malnutrición materno-infantil, pero es necesaria una política de estado, que acompañe esta iniciativa.6.

.El Sistema Nacional Integrado de Salud, es una oportunidad para trabajar en estas políticas nutricionales nacionales, siendo el momento presente, el adecuado para articular propuestas de cambio.

.Es en este sentido, que la ciencia de la nutrición, puede hacer unos aportes trascendentales en las estrategias de promoción y prevención de la salud materno-infantil, tanto a nivel individual, como colectivo, así como jugar un papel protagónico, en el tratamiento y en la rehabilitación de enfermedades nutricionales prevalentes.

-En Uruguay se observa inequidad e inaccesibilidad a la atención sanitaria, también en lo que tiene que ver , con prevención y tratamiento de enfermedades relacionadas con la nutrición.

.Sucedee muchas veces, que en la consulta materno-infantil, el profesional sanitario carece de herramientas, para adecuarse al modo que tienen la madre y el niño de ver la vida y el mundo; “Señora /su niño está raquítico/ Dele jugo de carne/leche, dele bistec con huevo/ cámbiese inmediatamente de esta población/callampa : vivienda muy pobre construida con material de desecho/cómprese un departamento frente al Parque Forestal/usted parece un

espectro señora/por qué no se pega un viajecito a Miami".7 .

.Con algo de sarcasmo, se podría representar lo que sucede muchas veces en la consulta materno-infantil, cuando el receptor carece de cierto nivel educacional..

.En América Latina: 30% de las personas entre 25 y 64 años, son hipertensos; 25% de las personas mayores de 15 años son obesos; 45% tiene enfermedad cardiovascular; y 30% padece cáncer.

.De los 3,9 millones de muertes anuales, el 77% es debido a ENT.

.En Uruguay ENT: 38% de los niños de entre 6 y 23 meses, padece anemia; ENT son la causa del 70% de las defunciones; las ENT se llevan más del 60% del gasto nacional en salud. El cuidado de las ENT absorbe un 2% del PBI nacional.

.Las ECNT, carecen aún de un abordaje integral enfatizado en la prevención.

.A pesar que desde el año 2009, se ha implementado el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, en la práctica, éste aún continúa siendo asistencialista, con énfasis en la enfermedad, y no en la salud.

.El diseño del sistema de salud está virando hacia una concepción holística del usuario.

.Aunque algunos estudios demuestran falta de recursos humanos capacitados, para poner en práctica una atención sanitaria, enfocada en la prevención y promoción de la salud.

.Carencias como la anemia infantil son evitables, esta es una noxa que condiciona el rendimiento actual y futuro de los niños que la padecen.

.Desde la infancia son excluidos sociales, desertan tempranamente del sistema educativo, por no entender lo que la maestra enseña.

.La mayoría de ellos son niños que han nacido sanos, pero que la inadecuada incorporación de alimentos, por falta de puericultura, ha sido errónea, y les ha condicionado el desarrollo del sistema nervioso, y por ende el desarrollo intelectual, a causa de una inadecuada nutrición temprana.

.La prevención de la desnutrición y la anemia infantil, debería ser una prioridad sanitaria nacional, pues los niños son el futuro del país.

.Esta es una de las peores y menos tratadas formas de exclusión social en el Uruguay.

.Estas carencias tempranas que provocan bajo peso y retardo en el crecimiento, son además una causa demostrada de ENT en la vida adulta.

-Según la primera encuesta nacional de ECNT, Uruguay ya presenta hoy, las cifras que la OMS proyecta para los países de la región, en el año 2010. Una solución factible, es darle protagonismo al profesional de la nutrición, como factor de prevención de salud, con perspectiva de salud materno-infantil.

.Características sanitarias regionales y nacionales. 8.: La carga de la ECNT en la región de las Américas, afecta aproximadamente a 250.000.000 millones de personas:

- Que Los recién nacidos con bajo peso de nacimiento tienen un mayor riesgo cardiovascular....

- Que tienen una probabilidad 2 veces mayor de necesitar medicamentos, para controlar su presión arterial hacia el final de la vida...

- Que la evidencia sugiere que el ACV, se origina antes de nacimiento, asociado a madres en un contexto de pobreza..."

-Inclusión del nutricionista en el primer nivel de atención: Según un estudio de la Asociación Española de Dietistas Nutricionistas: "El profesional mejor calificado para prestar servicios

relacionados con la nutrición y la dietética, es el dietista-nutricionista.

.La inclusión del dietista-nutricionista, contribuirá no sólo a la mejora de la salud de la población, sino que servirá para optimizar las inversiones en sanidad, mejorando así la relación coste-efectividad".1.

.En Uruguay, una medida acertada de mejora sanitaria, es asegurar el acceso a la consulta nutricional para toda la población, especialmente para mujeres en edad fértil, mujeres madres, niños y adolescentes.

.Este enfoque sanitario hará grandes aportes para un adecuado desarrollo de la salud de la población uruguaya.

.Los actuales planes de estudio, se ajustan a las necesidades de la población; entonces, resta efectivizar el articulado de políticas, en las que el licenciado en nutrición, pueda, en su enfoque, poder transmitir los conocimientos científicos hacia el bien de la comunidad; diseñar metas prestacionales, que monitoreen la inclusión del licenciado en nutrición, y la elaboración de programas de salud nutricional materno infantil ; el establecimiento de grandes metas u objetivos políticos a largo y mediano plazo, se encuentra dentro de la planificación normativa de la política sanitaria, con aumentar la accesibilidad a la educación nutricional, al asesoramiento y a la consulta nutricional; se proponen metas prestacionales, así como un indicador para medir a cada una de ellas, donde las mismas, deberían ser cumplidas por las instituciones prestadoras de salud, financiadas por el FONASA .

-Metas:

-META 1: Referencia a la consulta con nutricionista, de la mujer embarazada en un lapso de hasta 10 días, luego de captado su embarazo.

.INDICADOR: Consulta con nutricionista de embarazadas/ total embarazadas de la institución en un período de 9 meses.

-META 2: Consulta con licenciado en nutrición, en niños, que tengan entre 4 y 6 meses de edad, con meses perimetrales al momento de la incorporación de alimentos.

.INDICADOR: Consulta con nutricionista de niños, 4 a 8 meses/total de recién nacidos de la institución en un período dado.

-META 3: Consulta semestral, con nutricionista en niños de 6 meses a 7 años.

.INDICADOR: 2 consultas anuales con nutricionista , para niños entre 6 meses y 7 años/total de afiliados de la institución dentro la franja etaria 6 m-7 años. Meta 100%.

-META 4: Consulta anual con nutricionista, desde los 7 años hasta los 14 años de edad.

.INDICADOR: Consulta anual con nutricionista para niños.

.Conclusiones: Ante las ostensibles repercusiones en la salud de la población, vinculadas a malos hábitos nutricionales, desarrollando patologías crónicas, rezago en el desarrollo infantil, y seguramente carencias en la integración social de determinados sectores de la población; se propone la incorporación de estrategias para la promoción y prevención de la salud nutricional, estableciéndose metas asistenciales a las instituciones prestadoras del SNIS, que las fortalezcan.

.Se está convencidos que a mediano plazo, se tendrá con esta incorporación a las políticas sanitarias, una sociedad más integrada, más equitativa y saludable, en adolescentes de entre 7 y 14 años.

- Promover el diseño de guías clínicas y estándares de calidad de asistencia nutricional, para la población materno infantil, para que la intervención nutricional, tenga el impacto buscado, siendo esencial bregar por la excelencia de la misma.

.Con tal motivo se propone el establecimiento de estándares de calidad, normatizados a través de Guías clínicas de atención nutricional.

.Las mismas serán elaboradas por un equipo de nutricionistas, con experiencia en nutrición materno-infantil, haciéndose capacitaciones en base a estas guías, a las que deberán asistir los licenciados en nutrición, que sean parte del programa.

-Bibliografía :

- .1. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS. El dietista-nutricionista en Atención Primaria de la Salud, 2005. Disponible en http://www.grep-aedn.es/documentos/atencion_primaria_2005.pdf .
- .2. CONDE G. Guía legislativa para proyectos referidos a derechos de la infancia y la adolescencia. Montevideo: Unicef, 2007. Disponible en: www.unicef.org/uruguay/.../guia_legislativa-web08.pdf .
- .3. UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y adolescencia en Uruguay, 2009. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_activitiesObservatorio2009ParteII.pdf (Revisado, enero 2013).
- .4. GIMÉNEZ A, FERNÁNDEZ A, LOZANO F, CABRERA J M, LEWY E, SALAS F, CID A, HACKEMBRUCH C. Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo en marzo de 2011. Biomedicina 2013, 8 (2): 6-21 Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/factores_riesgo_enf_cronicas_ago2013.pdf (Revisada, marzo 2014) .
- .5. KRIEGER, N. Glosario de epidemiología social. Rev. Panam. Salud Publica 2002, 11 (5-6): 480-490 Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S102049892002000500028&script=sci_arttext (Revisado, enero 2013).
- .6. MSP. Programa de salud de la niñez. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_6444_1.html (Revisado, enero 2013).
- .7. PARRA N. Poesía política, 1983.
- .8. OMS. Informe sobre la situación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en las Américas. Disponible: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf (Revisado, enero 2013)
- .9. MSP. Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible: <http://www.msp.gub.uy/institucional/ley-n%C2%BA-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud> (Revisado, marzo 2013).
- .10. MSP. Primera Encuesta nacional de factores de riesgo de ECNT, 2009.
- .11. BENGUA LECANDA JM. Historia de la Nutrición en Salud Pública. An. Venez. Nutr. 2003, 16 (2) Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522003000200005&script=sci_arttext (Revisado, marzo 2013) En Uruguay.
- .17. -  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.
1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros);

(barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

.2.6.2)-Escuela Nutrición Y Dietética UDELAR.

-2.6.2.1)- Escuela de Nutrición y Dietética Universidad de la República .

- PLAN DE ESTUDIOS LICENCIATURA EN NUTRICIÓN - Montevideo, 2007(*) ..(*)Versión ajustada del Plan de Estudios 1998, de la Licenciatura en Nutrición.

-Sumario :

I. Antecedentes.....	127.
II. Fundamentación.....	128.
III. Misión de la Escuela de Nutrición y Dietética.....	130.
IV. Perfil y Funciones del Licenciado en Nutrición.....	131.
V. Finalidad y Objetivos del Plan de Estudios.....	131.
VI. Estructura General.....	131.
VII. Metodología.....	134.
VIII. Evaluación.....	136.

-I)- Antecedentes .

-En el año 1945, se creó en el Uruguay, el Curso de Dietistas, dentro de la Cátedra de Nutrición y Gastroenterología de la Facultad de Medicina.

-En año 1956, este Curso se transformó en Escuela de Dietistas. Ya a comienzos de la década del 70, importantes cambios en la situación alimentario-nutricional del país, en la demanda social de nuevos campos ocupacionales, y una visión innovadora para la formación del profesional, exigían otro Plan de Estudios, que integrara diferentes áreas del ejercicio profesional.

.Dicho Plan debía estar acompañado por un aumento de recursos humanos y materiales.

.Esta situación motivó a los profesionales, docentes y estudiantes de la época, a trabajar para lograr la reestructuración de la Institución.

-En 1973, se llegó a que se creara en el país la Escuela de Nutrición y Dietética, otorgándose el título de Nutricionista-Dietista.

.La nueva orientación institucional se enmarcó en las recomendaciones de la Primera Conferencia de Caracas, sobre formación del Nutricionista-Dietista de Salud Pública, de julio de 1966; ratificadas por las Reuniones de Programas Académicos en Nutrición y Dietética de Latinoamérica, en Bogotá, en setiembre de 1966, y en San Pablo, en enero de 1973.

-En el año 1986, surgió nuevamente la necesidad de un nuevo proyecto educativo, que respondiera a los requerimientos nacionales, en el marco de los avances de la Ciencia de la Alimentación y Nutrición y de las nuevas necesidades profesionales, con:

.Situaciones concretas referidas al desarrollo de la tecnología y la velocidad de los cambios

en el conocimiento.

. Así como la integración regional, y el aumento de la demanda en diferentes escenarios del quehacer nutricional, que plantearon la urgencia de instrumentar mecanismos para lograr nuevos cambios a nivel curricular.

.En el año 1988, se iniciaron las primeras actividades tendientes a identificar el quehacer del nutricionista en el Uruguay, de cara al próximo milenio; se analizaron los avances y perspectivas en el campo de la alimentación y nutrición; y en esa línea se realizaron también reuniones y talleres, que trataron la experiencia docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

--Mientras tanto, una serie de hechos ocurrían a nivel institucional, y en la sociedad: renovación de docentes con el ingreso a la institución de jóvenes, que se iniciaban en la tarea educativa, multiempleo de los docentes, aumento progresivo de la matrícula escolar, y disminución permanente y abrupta del presupuesto universitario.

-En el año 1994, continuando con el proceso de análisis del Plan de Estudios, se optó por utilizar como metodología de trabajo, la planificación estratégica. Desde un listado de problemas vinculados al desarrollo profesional y la construcción de la visión orientadora de la institución, se diseñó el perfil del nutricionista a formar.

.A partir de esto, se trazaron la finalidad y objetivos del Plan de Estudios, así como su estructura metodológica.

.La discusión del Plan de Estudios fue no sólo importante, por la revisión de su contenido, sino fundamentalmente por la formación de conciencia colectiva, garantía de su propia aplicación.

.Así fue, que se desarrolló un proceso, que aunque lento, no fue interrumpido, concretándose en el año 1997, el Proyecto de Plan de Estudios de la Licenciatura en Nutrición, el que fue aprobado por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República, el 29 de diciembre de 1998, resolución Nº 17.

- Este Plan de Estudios, hoy vigente, comenzó a implementarse en el año 2000, buscando desarrollar un Curriculum , que favorezca e incentive la creación de conocimientos, que acompañen el avance tecnológico, y que tengan impacto tanto a nivel institucional como de la sociedad. Que proporcione a los alumnos una formación con sólida base ética y de servicio a la población, generando conocimiento, actitud crítica y valores, que permitan que la atención alimentario-nutricional, en todos sus niveles, tenga dimensiones humanas y éticas.

-Hoy a 15 años de creada la Licenciatura, la Escuela de Nutrición, está abocada al estudio de una nueva reforma curricular, incorporando grandes cambios, como los orientados a la flexibilización curricular, la creditización, los cursos optativos y electivos, la curricularización de la extensión, y una más temprana inserción del estudiante en el Medio.

-II. Fundamentación .

-II.1)- Justificación .

-En este proyecto, se entendió al currículo, como un plan global, integrado, coherente, articulado y flexible, de una propuesta educativa orientada a la formación de un Licenciado en Nutrición, para un mundo en rápida evolución, donde los progresos científicos, tecnológicos, y los cambios sociales e institucionales, están modificando permanentemente las condiciones de la práctica profesional.

-En este contexto, se deben formar licenciados capaces de atender las necesidades alimentario-nutricionales de la población, a través de una gestión de calidad, y desde una visión universal e interdisciplinaria de la atención, tanto a nivel individual, como institucional y comunitario.

-Para ello, en el diseño del Curriculum, se contemplaron los siguientes criterios:

.1. Se consideró al curriculum como un modelo formativo plural, que lleva a un desarrollo flexible del aprendizaje, y a una forma de trabajo que se basa no sólo en el aprender sino en el aprender a aprender, y, en la diversificación de técnicas, ritmos y procesos.

.2. Otro criterio fundamental en que se basa la propuesta es la continuidad. Por encima de la organización en niveles, se estableció un desarrollo curricular capaz de integrar en un proceso unitario y continuo la formación de los estudiantes.

.3. A través de la metodología de trabajo en talleres interdisciplinarios, se busca el esfuerzo común y cooperativo, tanto en la enseñanza como en la investigación, favorecedor de experiencias comunes e integradoras.

.4. Finalmente, un cuarto criterio considerado es el de la integración de los componentes sociales, motrices, emotivos e intelectuales del aprendizaje. En este sentido, la tendencia se orienta no sólo al dominio de los aspectos intelectuales sino además en la comprensión de valores y la formación de creencias y actitudes.

5. Por otro lado, el Plan de Estudios se fundamentó en la realidad alimentario-nutricional, partiendo de la base que la alimentación es uno de los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal, y constituye uno de los fundamentos de la sociedad y de la solidaridad humana .

-En Uruguay, en estrecha relación e interdependencia con las transformaciones demográfica y epidemiológica, se produce la transición nutricional, que se refiere a cambios en el perfil nutricional de la población, como consecuencia de modificaciones en los patrones de alimentación y actividad física, que ocurren en la sociedad.

-Estos cambios se han expresado en un aumento de malnutrición por exceso, con mayor incidencia de obesidad, que coexiste con la malnutrición por déficit.

.La prevalencia de estos problemas en la población, varía en función de la edad y el nivel socioeconómico:

☐ La desnutrición energético-proteica (DEP) persiste como problema de salud pública, principalmente en los menores de 2 años provenientes de hogares pobres e indigentes.

☐ Hallazgos clínicos señalan que la anemia y la deficiencia de hierro, son un problema de salud pública en menores de 2 años y embarazadas.

☐ La reducción del retraso de talla en escolares en las últimas décadas, ha sido insatisfactoria.

☐ El sobrepeso y la Obesidad se ha constituido en un problema de salud pública generalizado; se presenta en todos los grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico; siendo los adultos los más afectados.

☐ Preocupa el aumento progresivo de la obesidad en la niñez, particularmente en los sectores más pobres.

☐ La Obesidad y la DEP coexisten en la misma comunidad, en la misma familia : madre obesa e hijo desnutrido, y aún en el mismo individuo (obeso con retraso de talla.

-Además, la información en alimentación y nutrición disponible en el país no es periódica ni continua y en la mayoría de los casos es de difícil acceso. Ello constituye un problema a la hora de diseñar y de evaluar políticas en el área social , y en especial en el campo alimentario-nutricional.

-El área de alimentos y tecnología alimentaria, ha sido muy poco desarrollada, sobre todo al tratarse de un país productor y exportador de alimentos. Diversas instituciones universitarias y no universitarias realizan trabajos; sin embargo los esfuerzos no son coordinados, lo que genera obstáculos para avanzar en el tema. Ello resulta de vital importancia al insertarse el país en un mercado mayor como es el del Mercosur.

-III)- Misión De La Escuela De Nutrición .

-La Escuela de Nutrición tiene la Misión de contribuir desde sus respectivas competencias, a alcanzar la seguridad alimentaria y nutricional de la población del país, a través de la enseñanza pública superior de grado y postgrado, de la investigación, extensión y gestión, promoviendo el derecho a recibir una alimentación adecuada en calidad y cantidad. Para ello forma profesionales solventes y ciudadanos responsables, que en su práctica presten servicios de calidad en todos los niveles de atención, en la producción e industrialización de alimentos, con impacto tanto a nivel institucional como de la sociedad.

.En particular tiene la Misión de constituirse como un espacio abierto, que propicie la formación y el aprendizaje a lo largo de la vida profesional, buscando la consistencia de todas sus actividades con la ética, la excelencia académica y el compromiso social.

-IV)- Perfil y Funciones Del Licenciado En Nutrición .

-El egresado de la carrera de Licenciatura en Nutrición tiene capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes, que le permiten ejercer la profesión en todos los niveles y tomar las decisiones en cualquiera de las áreas de la Nutrición en que actúa.

-El Licenciado en Nutrición “es un profesional capaz de evaluar el estado nutricional de la población, a nivel colectivo e individual, administrar programas de alimentación, nutrición y educación. Está capacitado además para realizar planes y programas de gestión de calidad, realizar investigación en estas áreas, e integrarse a equipos multiprofesionales, para incidir significativamente en la situación alimentario-nutricional mediante acciones de prevención, promoción y atención”.

--IV.1)- Sus Funciones Son:

- . ☐ Participar en el diseño de la política alimentario-nutricional del país.
- . ☐ Contribuir en el proceso de desarrollo productivo del país en el sector agropecuario.
- . ☐ Intervenir y asesorar en los procesos de producción institucional e industrial de alimentos, incorporando las etapas de comercialización y consumo .
- . ☐ Programar acciones de intervención alimentario-nutricional con cobertura nacional, regional y local, actuando desde un nivel central u operativo.
- . ☐ Diseñar programas de salud o mejora de la calidad de vida, desarrollo social con énfasis en la educación nutricional.
- . ☐ Gestionar el proceso de atención nutricional de usuarios sanos y enfermos ☐ Administrar

servicios de Alimentación, Gastronomía y Nutrición.

- . ☐ Investigar en materia de nutrición, alimentación y salud.
- . ☐ Realizar vigilancia epidemiológica y mapeo de indicadores relacionados con los problemas nutricionales y de salud .

-V)- Finalidad y Objetivos Del Plan De Estudios.

-Dos grandes aspectos son motivo de preocupación: dar respuesta institucional a la situación alimentario-nutricional y productivo del país, formando un profesional capaz de instalarse en esa realidad para transformarla.

.Con esta orientación los objetivos del Plan de Estudios tienden a formar un Licenciado en Nutrición:

. ☐ Como un profesional generalista con una percepción crítica de la realidad y con conciencia de la situación social, económica, cultural y política.

. ☐ Capaz de desarrollar habilidades y destrezas que le permitan identificar situaciones y problemas nutricionales y definir las estrategias de intervención orientadas a modificarlos.

. ☐ Capaz de comprender el condicionamiento de la cultura, la realidad socioeconómica y los recursos disponibles al emprender actividades orientadas a mejorar hábitos y prácticas alimentarias de la población.

. ☐ Que desarrolle la capacidad gerencial a través de conocimientos, aptitudes y actitudes que lo motiven a desempeñarse en cargos administrativos y de manejo de personal.

. ☐ Que actúe con solvencia técnica y compromiso ético capaz de relacionarse humanamente con los destinatarios de su trabajo, compañeros de equipo y otros.

. ☐ Que actúe con la convicción que la participación multiprofesional e interdisciplinaria enriquece el estudio y comprensión de los problemas de cualquier naturaleza para que pueda contribuir a la atención integral del individuo, la familia y la comunidad.

. ☐ Capaz de generar la aptitud y la actitud para realizar investigaciones en Nutrición, Alimentos, Educación y Administración de Programas y Servicios de Alimentación como alternativa a la solución de problemas y a la formulación de planes y programas.

. ☐ Que desarrolle la capacidad de aprender a aprender de manera independiente y continua para garantizar una práctica pertinente en un mundo caracterizado por la velocidad de los cambios científicos y tecnológicos.

-VI)- Estructura General.

-Considerando todos los aspectos mencionados en los capítulos anteriores, la elaboración del plan de estudios se apoyó en la selección de una serie de líneas o ejes curriculares que definen su naturaleza, tratamiento y límites en función de la carrera y de la orientación general asignada.

-Se entiende por línea curricular al conjunto de cursos que dentro de una carrera integran los diversos sectores del saber, seleccionados según los objetivos de la misma.

-De esta forma el conocimiento fue ordenado en tres ejes fundamentales:

. ☐ Los alimentos.

. ☐ El hombre.

. ☐ La nutrición : interacción alimento-hombre .

-Estos ejes están presentes en toda la extensión de la carrera, con diferente concentración e intensidad, y organizados en cuatro niveles: Básico, Intermedio, Avanzado y Profesional; con una carga total de 4.280 horas, distribuidas en 10 semestres (ver Figura Nº 1, al final del capítulo .)

-Estructura General: En cada Nivel se desarrollan cursos, seminarios y talleres interdisciplinarios.

-Se entiende por curso, a un conjunto de unidades temáticas seleccionadas por su relevancia teórica, afirmada en claros criterios epistemológicos y con capacidad estructurante en relación con el resto de los contenidos, que identifican el ámbito de una carrera.

-Un seminario implica la profundización o incorporación de una/s temática/s, en un autor, una época, o producción específica de los que existe un conocimiento previo de todos los participantes.

.La perspectiva analítica preside buena parte de los momentos del seminario, dando lugar a búsquedas de fundamentos y a formulaciones críticas.

.Los participantes deben efectuar lecturas previas indicadas, para permitir la discusión de temas y abordajes. El cierre de esta actividad convoca a una producción escrita, en la que se incluye opinión fundada acerca del tema elegido por cada participante o grupo.

-Se entiende por taller: al modo de organizar el proceso de enseñanza-aprendizaje, basado en la conjunción de la teoría con la práctica, para abordar un problema, fenómeno o el estudio de un contenido concreto, mediante la participación activa de los alumnos, permitiéndoles desarrollar su creatividad, capacidad, conocimientos y destrezas, utilizando múltiples y variados recursos. La particularidad que los identifica es su carácter interdisciplinario, por lo que se denominan talleres interdisciplinarios.

-A su vez los contenidos de los cursos, seminarios y talleres, se orientan en los criterios de continuidad, secuencia e integración, como ordenadores del contenido del Plan de Estudios.

-Se procuró establecer relaciones verticales, cuando los contenidos se apoyan en asignaturas que pertenecen a semestres anteriores o posteriores, y relaciones horizontales cuando son del mismo semestre.

-VI.1)- Distribución de Cursos, Seminarios y Talleres Interdisciplinarios de la Carrera por Nivel:

-CURSOS TALLERES : SEMINARIOS NIVEL BÁSICO .

.Producción de Alimentos .El Proceso de Aprendizaje . Individuo y Sociedad

.Química .Estructura Celular y Titular Aparatos y Sistemas I, Aparatos y Sistemas II,

.Química de los Alimentos . Bromatología .Microbiología I

.Historia de la alimentación

.Metodología Científica

-NIVEL INTERMEDIO :

.Principios de la Preparación de Alimentos. Preparación Experimental de Alimentos.

.Tecnología de los alimentos . Microbiología II .Bioquímica . Bioestadística

.Nutrición Básica . Nutrición Poblacional I .Nutrición en el Ciclo Vital .Psicología y

Educación . Administración General

.Plan de Alimentación

.Evaluación del Estado Nutricional y Malnutrición

.Enfoque Sistémico de la Alimentación y la Nutrición.

.Familia y Cotidianeidad

-NIVEL AVANZADO:

.Nutrición en Enfermedades Médicas y Quirúrgicas .Nutrición Infantil . Alimentos

Modificados .Administración en Salud Pública y de Servicios de Alimentación Colectiva.

.Epidemiología aplicada . Educación alimentario- nutricional . Nutrición Poblacional II

.Gestión en la Producción Colectiva de Alimentos.

.Ética.

.Diseño de Proyectos para la inserción laboral

-NIVEL PROFESIONAL: . Investigación

- Duración del año lectivo: 32 semanas más 12 semanas de exámenes. Duración del semestre: 16 semanas de cursos. 4 semanas de exámenes.

-NIVEL BÁSICO :

-El Nivel Básico está formado por dos semestres, con una carga horaria total de 680 horas, con una exigencia presencial de 4 horas diarias.

.Objetivos:

☐ Introducir los principios que orientan la educación, el aprendizaje y los comportamientos y sus aplicaciones al proceso de enseñanza-aprendizaje.

☐ Propiciar la indagación, el análisis, la argumentación y la búsqueda de fuentes de información acreditadas a través del abordaje de la metodología científica.

☐ Abordar el estudio de las Ciencias Biológicas, e iniciar el de las Ciencias de los Alimentos como base estructural para la comprensión del proceso alimentario-nutricional.

-Esquema de Estructura: (Figura Nº2 al final del capítulo)

-NIVEL INTERMEDIO:

-El Nivel Intermedio está compuesto por tres semestres, con una carga horaria total de 1.080 horas y una exigencia presencial de 4 horas diarias, el primer y segundo semestre del Nivel, y de 5 horas diarias el tercer semestre del mismo.

.Objetivos:

☐ Profundizar en la Ciencia de los Alimentos a través del estudio integrado de la Cadena Alimentaria.

☐ Comprender la naturaleza multicausal del proceso de salud-enfermedad.

☐ Estudiar las interrelaciones entre la utilización biológica de los alimentos y el estado nutricional del hombre.

☐ Valorar la influencia de los factores políticos, socio-económicos y culturales en la situación alimentario-nutricional del país y de la región.

☐ Profundizar en la teoría y práctica de la educación desde las perspectivas pedagógica, psicológica y antropológica.

.Esquema de Estructura: (Figura Nº3 al final capítulo) .

-NIVEL AVANZADO :

-El Nivel Avanzado está conformado por tres semestres, con una carga horaria de 1.440 horas, y una exigencia presencial de 6 horas diarias.

.Objetivos:

☐ Profundizar en el estudio de la Nutrición en el proceso de salud-enfermedad a nivel individual y poblacional.

☐ Aplicar el método epidemiológico a situaciones provenientes de diferentes ámbitos del quehacer profesional.

☐ Estudiar la influencia de los factores psicosociales y culturales en el consumo de alimentos y el efecto de la acción educativa.

☐ Abordar el proceso de administración en la gestión de los Servicios de Alimentación y Nutrición.

☐ Analizar la dimensión de la ética profesional desde diferentes situaciones de la práctica.

☐ Fomentar el desarrollo de proyectos de investigación aplicada y programas tendientes a generar habilidades y conocimientos en su diseño y ejecución.

.Esquema de Estructura: Figura Nº 4 al final del capítulo .

-NIVEL PROFESIONAL :

.El Nivel Profesional está compuesto por dos semestres, con una carga horaria total de 1.080 horas, y una exigencia presencial de 6 horas diarias:

-Objetivos:

.Contribuir al desarrollo integral de los estudiantes promoviendo formas de pensar y de actuar, consistentes con las situaciones y los problemas que se generen en el campo de la práctica.

.Vivenciar el ejercicio profesional interdisciplinario, buscando un desempeño progresivamente autónomo, que permita alcanzar el perfil esperado en el Licenciado en Nutrición, y el sentido de identidad y pertenencia a la profesión.

.Esquema de Estructura: ver Figura Nº5 al final del capítulo

-TALLERES INTERDISCIPLINARIOS:

.El plan de estudios contiene 6 talleres con una metodología activa y con contenidos seleccionados en forma interdisciplinaria.

.El modo de trabajo en taller permite que los contenidos que se encuentran en las fronteras de las disciplinas, aquéllos que son objeto de estudio en varios cursos, puedan abordarse sin superponerse y no queden sin ser tratados. El trabajo curricular integrado e interdisciplinario facilita que los problemas o cuestionamientos más vitales y con frecuencia conflictivos puedan ser formulados y estudiados (ver Figura Nº6 al final del capítulo VI)

.Con los talleres se quiere contribuir a pensar interdisciplinariamente, es decir, a crear formas de pensamiento que conduzcan a analizar la realidad desde diferentes perspectivas y puntos de vista y no desde un enfoque único.

.La interdisciplinariedad favorece asimismo la comprensión de los diferentes valores y concepciones, que están presentes en todos los fenómenos sociales y culturales.

.Los aprendizajes realizados en los talleres interdisciplinarios, son complementarios de aquellos que se abordan a través de los cursos, seminarios y experiencias, de manera que no sea necesario incluir contenidos de “manera forzada”, cuando pueden tener un tratamiento más natural y coherente, mediante ésta metodología de trabajo.

-VII)- Metodología.

-Este Plan de Estudios implica un enfoque global e integrado de la enseñanza centrada en los alumnos, lo que requiere partir de la realidad más próxima del estudiante y de sus experiencias, para desarrollar procedimientos que le permitan interpretarla y transformarla, favoreciendo en él actitudes positivas en su relación con el medio en el que se desenvuelve, estimulando la creatividad y motivación .

-La metodología se basa principalmente en la actividad constructiva del alumno. Se puede referir a un aprender haciendo, ya que la organización de las actividades favorece la participación y el compartir en grupo lo aprendido individualmente.

-A través de los cursos y talleres interdisciplinarios se busca transferir conocimientos anteriores, y aplicarlos a situaciones nuevas de aprendizaje, favoreciendo la adquisición del nuevo conocimiento, así como la integración horizontal y transversal de conceptos y temas entre las diferentes disciplinas.

-El papel del docente no se reduce a transmitir conocimientos ya elaborados para ser asimilados pasivamente, sino el de un guía, que orienta el proceso, asesora, facilita información y recursos a un alumno activo, responsable y protagonista de su propio aprendizaje.

-El trabajo en pequeños grupos, favorece la tarea en equipo; el razonamiento, la discusión y el análisis permiten desarrollar destrezas, habilidades y nuevos conocimientos. Otro aspecto a considerar es la inserción temprana de los estudiantes en el Medio. Desde el primer año y a lo largo de toda la carrera, se le presentarán situaciones o problemas basados en hechos reales, que les permitirá buscar información, confrontarla con la realidad, y procurar las soluciones más adecuadas.

-En el Nivel Profesional, la Práctica metodológicamente plantea modalidades básicas de desempeño profesional para cada Campo de Práctica: Atención nutricional individual, Atención nutricional hospitalaria, Producción institucional e Industrial de alimentos, Nutrición poblacional.

.Implica el desarrollo de una serie de etapas sucesivas e interrelacionadas en permanente retroalimentación, desde la realidad de cada Unidad de Desempeño en el Centro de Práctica.

.El abordaje metodológico se basa en los siguientes ejes:

☐ problematización de la práctica como forma de contribuir a un análisis global de la misma;

☐ orientación en la aplicación de conocimientos como sustento en la fundamentación y argumentación de su accionar;

☐ reflexión de sus actuaciones desde una perspectiva ética;

☐ generación de espacios que favorezcan el desarrollo del trabajo grupal. Se utilizará ateneos, dinámicas grupales, encuentros de reflexión que permitan compartir la multiplicidad de experiencias, reconstruir el accionar, cuestionar supuestos y valorar los logros alcanzados.

-VIII)- Evaluación .

-A través de la evaluación se obtendrá información sobre los objetivos alcanzados y sobre los efectos del proceso desarrollado. -Se evaluarán tres importantes dimensiones del proceso de aprendizaje:

-En el dominio cognitivo: La capacidad de integrar conocimientos de las distintas disciplinas, de reflexionar a través del análisis de situaciones problema, de proponer ideas, y aportar soluciones.

.Interesa conocer hasta qué punto han alcanzado los conocimientos : saber, y las capacidades profesionales : saber hacer, que se pretendían en la acción educativa.

.En este dominio, se miden conocimientos sobre vocabulario, conceptos, situaciones y procedimientos del campo alimentario-nutricional y de la producción de alimentos, así como la comprensión de estos conceptos y situaciones.

.Constituyen también capacidades que interesa evaluar en el dominio cognitivo: la capacidad para comprender e interpretar los hechos, la capacidad para resolver problemas propios del campo productivo y alimentario-nutricional, y la capacidad de juzgar para evaluar una situación general.

-En el dominio psicomotor: Este tipo de evaluación analiza hasta que punto los alumnos han desarrollado las habilidades y destrezas requeridas para la práctica profesional. En esta instancia, se evalúa la respuesta del alumno frente a situaciones y experiencias reales y simuladas.

.Constituyen , entre otras, habilidades específicas de este dominio: habilidad para interrogar, para evaluar el estado nutricional individual y poblacional con diferentes instrumentos, para hacer observaciones precisas, para aplicar instrumentos de vigilancia alimentario-nutricional y de laboratorio, habilidad comunicativa, escrita y oral, y para dirigir un Servicio de Alimentación.

-En el dominio actitudinal: En este campo se evalúan actitudes, tales como: preocupación y consideración con el usuario, con el paciente y su familia, capacidad para establecer buenas relaciones con sus colegas, subordinados y otros integrantes del equipo de salud u otras áreas profesionales, espíritu de investigación, aceptación de la responsabilidad que comprende toda actividad asistencial.

-2.7)- En Perú.

-En 1947 se empezó a escribir la historia de esta profesión en el Perú, gracias a la iniciativa del doctor Alejandro Ruiz Murgueytio. En la antigua Caja del Seguro Social, se fundó la primera escuela de formación profesional de nutricionistas, denominada en aquel entonces Escuela de Dietistas. La primera promoción egresó el 6 de agosto. Esta fecha se institucionalizó como el Día del Nutricionista Peruano.

-Veinte años después, en 1967, se reestructuró el plan curricular y se cambió la denominación de la Escuela de Dietistas por Escuela de Nutricionistas Dietistas. Esta nueva propuesta formó parte de las recomendaciones brindadas en la I Conferencia sobre Formación de Nutricionistas en Salud Pública, auspiciada por el Gobierno de Venezuela y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

-Aquel año, la carrera fue incluida en la oferta académica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Cinco años después ingresó a la Universidad Faustino Sánchez Carrión, donde se creó el Programa de Bromatología y Nutrición. En 1976, la UNMSM, autorizó el funcionamiento del Programa de Nutrición Humana. De forma progresiva, la profesión se difundió por todo el país.

-Past decanos: 1988-2015:



Lic. Lourdes Turriarte Cerna
1988-1990



Lic. Amanda Melendez Vargas
1991-1992

■



Lic. Miyaray Benavente Ercilla
1993-1996



Lic. Sonia Cáceres De Solis
1997-2000



Lic. María Elena Pérez Ramírez
2001-2002



Lic. Isabel Lucía Guzmán Ganoza
2003-2004



Lic. Victoria E. Chimpén Chimpén
2005-2006



Lic. Margarita Huanchaco Mota
2007-2008



Lic. Víctor Gómez Sánchez Prieto
2009-2011



Lic. Oscar Roy Miranda Cipriano
2012-2015

-Creación del CNP.

-Mediante la Ley 24641, emitida el 18 de diciembre de 1986 por el Congreso de la República, se creó el Colegio de Nutricionistas del Perú. El 30 del mismo mes fue rubricada por el Ejecutivo y el 8 de enero de 1987, se publicó en el *Diario Oficial El Peruano*.

Proceso:

- -Resolución ministerial.
- -Comisión.
- -Función del profesional.

-Resolución ministerial:

-Con la Resolución Ministerial n.º 195-87 se designó a la comisión encargada de elaborar el primer estatuto del Colegio de Nutricionistas del Perú, el cual se aprobó el 21 de abril de

1988, por Decreto Supremo n.º 013-88-SA. Mediante el Decreto Ley 413-88-SA también se dispuso la colegiación obligatoria, así como los fines y las atribuciones de la institución.

-3)- SALUD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La salud : del [latín](#) *salus*, -*utis*¹, es un estado de bienestar o de equilibrio, que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de [enfermedad](#), y es objeto de especial atención por parte de la [medicina](#) y de las [ciencias de la salud](#).



-Calle de la Salud en [Madrid](#) ([España](#)).

-Índice:

-3)- Salud.

-3.1)- [Definiciones](#).

-3.2)- [Ejercicio físico](#).

-3.3)- [El Descanso](#).

-3.4)- [Nutrición](#).

-3.5)- [Higiene](#).

-3.6)- [Salud mental](#).

-3.7)- [La personalidad Saludable](#).

-3.8)- [Hábitos Perjudiciales Para La Salud](#).

-3.9)- [Factores Que Influyen En La Salud](#).

-3.9.1)- [Biología Humana](#).

-3.9.2)- [Ambiente](#).

-3.9.3)- [Ambiente Doméstico](#).

-3.9.4)- [Forma De Vida Saludable](#).

-3.10)- [Promoción De La Salud](#).

-3.11)- [Véase También](#).

-3.12)- [Referencias](#).

-3.13)- [Enlaces Externos](#).

-3.1)- Definiciones.



-[Centro de Salud](#) en [Alcalá de Henares \(España\)](#).

-La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), en su constitución aprobada en 1948.².

.Este concepto se amplía a: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

.En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación, y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

.También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo, tanto a nivel micro : [celular](#), como a nivel macro : [social](#).

.En 1992, un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente"³.

-Dentro del contexto de la [promoción de la salud](#), la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso, que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

.La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

.La salud se mide por el impacto que una [persona](#) puede recibir, sin comprometer su sistema de [vida](#). Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente....[Moshé Feldenkrais](#).

.La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o de convertirse en lo que quiere ser....[René Dubos](#).

.La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros....John De Saint.

-La forma física es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio, donde muestra, que tiene: [resistencia](#), [fuerza](#), [agilidad](#), [habilidad](#), [coordinación](#) y [flexibilidad](#).

-Existe también la salud mental, la cual se caracteriza: por el equilibrado estado [emocional](#) de una persona y su [autoaceptación](#), gracias al [autoaprendizaje](#) y al [autoconocimiento](#); en términos clínicos, con la ausencia de cualquier tipo de [enfermedad mental](#).

-Estas definiciones han sido cuestionadas, ya que se la considera una definición ideal, ya que toda la población no alcanzaría ese estado; hoy se asume que la salud es un proceso en el cual el individuo se desplaza sobre un eje salud- enfermedad, acercándose a uno u otro extremo, según se refuerce o rompa el equilibrio.

-La salud se concibe como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive.

-3.2)- Ejercicio Físico.



-Calle de la Salud en [Plasencia](#) ([Cáceres](#)).

-La práctica regular de actividad física en cualquier edad, produce un bienestar y mejora tanto en el estado de ánimo como físicamente.

-El [ejercicio físico](#) es cualquier movimiento corporal repetido, con el propósito de conservar la salud o mejorarla. A menudo también es dirigido hacia el mejoramiento de la capacidad atlética y/o la habilidad. El ejercicio físico regular es un componente necesario en la prevención de algunas enfermedades, como: problemas [cardíacos](#), enfermedades [cardiovasculares](#), [Diabetes mellitus](#) tipo 2, [sobrepeso](#), dolores de [espalda](#), entre otros.

-El ejercicio físico se debe practicar con medida y en forma equilibrada, prestando atención a los cambios físicos internos, para aprender a comprender la relación causa-efecto, entre el movimiento físico concreto, y su efecto directo con los cambios internos percibidos.

-Recomendable porque puede llevar a un desgaste físico de ciertas partes del cuerpo. Por eso, cabe insistir en el equilibrio de fuerzas, tanto internas como externas, y a ello ayuda el autoconocimiento, mediante un crítico autoanálisis : autoexámenes de conciencia mientras se desarrolla la actividad física.

-El ejercicio físico es necesario para una salud equilibrada; además, debe complementarse, con una dieta equilibrada y una adecuada calidad de vida. Sus beneficios pueden resumirse en los siguientes puntos:

- aumenta la vitalidad, por lo que proporciona más energía y capacidad de trabajo;
- auxilia en el combate del estrés, ansiedad y depresión;
- incrementa autoestima y autoimagen; además sus factores son:
- mejora tono muscular y resistencia a la fatiga;
- facilita la relajación y disminuye la tensión;
- quema calorías, ayudando a perder peso excesivo, o a mantenerse en el peso ideal;
- ayuda a conciliar el sueño;

- fomenta la convivencia entre amigos y familiares, además de dar la oportunidad de conocer gente;
- reduce la violencia en personas muy temperamentales;
- favorece estilos de vida, sin adicción al tabaco, al alcohol y a otras [sustancias](#);
- mejora la respuesta sexual;
- atenúa la sensación de aislamiento y soledad entre ancianos;
- fortalece los pulmones y con ello mejora la circulación de oxígeno en la sangre;
- disminuye el colesterol y riesgo de infarto, y regulariza la tensión arterial;
- es eficaz en el tratamiento de la depresión;
- estimula la liberación de endorfinas, las llamadas "hormonas de la felicidad", y
- permite una distracción momentánea de las preocupaciones, con lo que se obtiene tranquilidad y mayor claridad para enfrentarlas más adelante.

.La cantidad mínima para prevenir enfermedades es de 30 minutos diarios de actividad física moderada. Otros hábitos que deben combinarse con la realización de ejercicios, son: la buena alimentación, el descanso adecuado, la higiene, y evitar el consumo de sustancias perjudiciales para el organismo, como: el tabaco, el alcohol y otros estimulantes.

-3.3)- El Descanso.



-Plaza de la Salud en [Plasencia](#) ([Cáceres](#)).

-El descanso es necesario, para que se produzcan en nuestro cuerpo las diferentes adaptaciones, que aporta la actividad física, y para que se produzca una mejora del rendimiento corporal.

-3.4)- Nutrición.

-Nutrición.

-La alimentación es otro factor que permite, que disfrutemos de una buena salud. Esto se consigue mediante una dieta equilibrada, con una gran variedad de alimentos, equilibrio entre calorías, e ingerir las comidas diarias recomendadas. Entre otros.

- Se mira en la [pirámide alimentaria](#), los alimentos para una nutrición sana y equilibrada. Sin una nutrición saludable, se pueden contraer enfermedades, como lo son: obesidad, desnutrición, etc.; se deben consumir pocas grasas y lípidos, muchas frutas y verduras, los productos de origen animal, se deben consumir de manera regular, los cereales se deben consumir de manera constante; antes de cada comida se deben lavar frutas y verduras. En la nutrición, un dato muy importante es la higiene, que es necesaria para evitar

enfermedades estomacales.

.No se debe olvidar el ejercicio, que sirve para una buena digestión. También es muy importante no ponerse a dieta sin instrucciones de un especialista, ya que no es seguro.

.Lo mejor, es comer todos los alimentos que ofrece la pirámide alimentaria, lo importante, es consumirlos en porciones adecuadas.

.La [Dieta mediterránea](#) está considerada como altamente saludable, ya que algunos de los compuestos bioactivos presentes en ella, incluyen [compuestos fenólicos](#), [isoprenoides](#) y [alcaloides](#), que contribuyen a efectos saludables, comúnmente asociados a dicha dieta.⁴

-3.5)- Higiene.

- [Higiene](#)

-La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas, que aplican los [individuos](#) para el control de los factores, que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.

.La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la [limpieza](#) y del cuidado del [cuerpo humano](#).

.La higiene es un elemento imprescindible para la salud, ya que mantiene la limpieza del cuerpo, los cabellos y los dientes, cosa que previene infecciones y enfermedades.

-3.6)- Salud Mental.

- [Salud mental](#).

-La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo. [Merriam-Webster](#) define la salud mental como: "el estado del bienestar emocional y psicológico, en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria"..

-Según la [OMS](#), no hay una definición oficial de salud mental. Las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas, y la competición de teorías profesionales, hacen difícil definir "la salud mental". En general, la mayor parte de los expertos convienen en que la salud mental y las [enfermedades mentales](#), no son excluyentes.

.En otras palabras, la ausencia de un desorden mental reconocido, no es necesariamente un indicador de contar con salud mental; probablemente debido al desconocimiento de la gran variedad de estados mentales, aún por definir, y la corta edad de la ciencia médica en general, tal como la conocemos hoy en día, y en especial de la ciencia, que intenta definir con más exactitud estos trastornos o complejos salud-enfermedad, que proponen tanto la psicología como la psiquiatría.

-3.7)- La Personalidad Saludable.

-En la [antigua Grecia](#), nada se sabía de [virus](#) y [bacterias](#), pero ya reconocían que la [personalidad](#) y sus características, desempeñan un rol fundamental en los orígenes de la [enfermedad](#).

-[Galeno](#), una figura gigantesca del mundo antiguo, ya observó la existencia de un vínculo muy estrecho entre la [melancolía](#) y el cáncer de mama. De este modo, en estos primeros enfoques médicos, se encuentra tempranamente un criterio [holístico](#), en la consideración de la salud y la enfermedad.

- [Platón](#) remarcaba que la buena educación, es la que tendía con fuerza a mejorar la mente juntamente con el cuerpo. Reconocía, de alguna manera, que la salud corporal conduce a la [higiene](#) mental, pero, al mismo tiempo, que el buen estado mental predispone al buen estado corporal. Así, establecía, específicamente, que el alma "buena", por su propia excelencia, mejora al cuerpo en todo sentido.

-En los tiempos actuales, desde el [siglo XX](#), especialmente, pero también desde mucho antes, e incluso en la medicina oriental antigua, se comienza a reconocer la necesidad de concepción holística de la salud.

-La concepción [psicosomática](#), obliga a atender nuestra interioridad, como una causa posible de perturbaciones del cuerpo. Esto fue reconocido unánimemente por la [clínica](#) occidental, que ve que en los consultorios, un altísimo porcentaje de consultas responde a distorsiones de la mente o de la personalidad, en sentido amplio.

-Este nuevo enfoque no es [dualista](#) a la manera [cartesiana](#). Concibe al hombre como una unidad, en la que con mucha frecuencia, anidan los poderes curativos, que estimulados, ayudan a resolver los problemas somáticos.

.La filosofía médica no [materialista](#), de este modo va incrementándose en el mundo en que pudo predominar la medicina convencional.

-3.8)- Hábitos Perjudiciales Para La Salud.

-Son todas aquellas actividades, que presencian consecuencias nocivas y peligrosas para nuestra salud. Las más relevantes son:

- El sedentarismo: Consiste en la inexistencia de actividad física, acción que agrava las enfermedades principalmente físicas. Surge en las sociedades modernas debido al gran número de horas dedicado al trabajo y a la televisión. Puede provocar obesidad, colesterol en exceso, estrés, falta de comunicación, etc.
- Las posturas corporales incorrectas: Es otro factor condicionante de nuestro bienestar. Por ejemplo, sentarse sin mantener la espalda recta puede provocar enfermedades como escoliosis asimétrica.
- Las drogas: Son uno de los elementos, que perjudican de forma más rápida y grave nuestra salud, y que además, generan dependencia, desde el tabaco o alcohol hasta las llamadas drogas de diseño, que provocan graves alteraciones en el organismo.
- El tabaco: También es una droga, aunque se considera legal. El tabaco disminuye la capacidad pulmonar y provoca grandes enfermedades respiratorias. Además, aumenta doce veces el riesgo de sufrir cáncer de pulmón, duplica el riesgo de sufrir un infarto, dificulta la curación de las infecciones respiratorias, provoca ansiedad por la dependencia de la nicotina, y resisten menos el ejercicio físico.

-3.9)- Factores Que Influyen En La Salud.

-Según el reporte de LaLonde, del año [1974](#), realizado en [Canadá](#), se sugiere que existen cuatro determinantes generales, que influyen en la salud, llamados : *biología humana, ambiente, forma de vida* y la *organización del cuidado de la salud*.⁵.

.De esta manera, la salud es mantenida por la [ciencia](#) y la práctica de medicina, pero también por esfuerzo propio: "[Fitness](#)": *actividad de movimientos repetitivos*, una dieta saludable, manejar el [estrés](#), el dejar de [fumar](#) y de abusar de otras sustancias nocivas, entre otras .medidas, son pasos para mejorar la salud de alguien.

.Por otra parte, el estilo de vida, es el conjunto de comportamientos o aptitudes, que desarrollan las personas, es decir, que pueden ser saludables o nocivas para la salud, y además de poder encontrar que es la causa de las enfermedades dentro del factor huésped.

-Tener una dieta equilibrada, que incluya todos los grupos de alimentos, y realizar actividad física moderada con regularidad : 150 minutos de ejercicio a la semana, son factores clave en la mejora de salud; además de no fumar, tener un consumo moderado de alcohol, comer cinco piezas de frutas y verduras al día, y tener un peso adecuado a la talla de la persona. - .Estos cambios en los hábitos de vida, combatiría las enfermedades cardiovasculares crónicas y la [diabetes](#).⁶.

-3.9.1)- Biología Humana.

-Es el estudio de la vida del ser humano o la información genética, que cada individuo trae en sus genes, que puede proteger o favorecer la aparición de enfermedades.

.Dentro del factor biológico, se puede destacar a las enfermedades adquiridas por el medio, como el dengue o el Mal de Chagas.

-3.9.2)- Ambiente.

-Son todos aquellos factores que provienen del exterior, y sobre los cuales el ser humano "no tiene control".

-Un informe, publicado el 4 de marzo de 2008, por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), advierte que: "la contaminación del aire, va a tener efectos crecientes sobre la salud a nivel mundial"; y que si no se hace nada para remediarlo, como ha venido sucediendo hasta ahora, advierte, que en 2030, "el número de fallecimientos prematuros, relacionados con el ozono troposférico, se multiplicará por cuatro."

-3.9.3)- Ambiente Doméstico.

-Son todos aquellos factores que provienen del exterior, y sobre los cuales el ser humano sí tiene control. Los productos químicos domésticos alteran gravemente el ambiente doméstico, y pasan a las personas a través de los alimentos, a los cuales contaminan fácilmente, por estar almacenados en los mismos hábitáculos durante periodos de tiempo.

-3.9.4)- Forma De Vida Saludable.

-Para completar una forma de vida saludable, es necesario seguir ciertas pautas tanto alimentarias como de hábitos de ejercicio físico.

-En primer lugar, una dieta equilibrada requiere la ingesta controlada y equilibrada, consistente en una alta ingesta de verduras, frutas, legumbres y cereales, que contienen antioxidantes y fibra, y pescado, que es rico en ácidos grasos y omega 3.

.También son recomendables, en menor cantidad, carnes blancas, carnes rojas, con mucho control sobre estas últimas, al contener grasas saturadas.

-Por su parte, los hábitos de ejercicio físico, son imprescindibles para quemar el exceso de calorías ingeridas, y tonificar músculos y huesos con vistas a la vejez. Su práctica reduce las probabilidades de padecer: enfermedades de corazón, enfermedades relacionadas con la presión arterial, y el colesterol.

-En la parte de los hábitos tóxicos, cabe destacar el alcohol y el tabaco, como unas de las fuentes más perjudiciales para la salud, en tanto en cuanto a la gran extensión entre la población de estos hábitos.

-3.10)- Promoción De La Salud.

- [Promoción de la salud](#).

-El proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud, y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo, mediante actividades de participación social, comunicativa y educativa para la salud.

-3.11)- Véase También.

- [Administración en Salud](#).
- [Asistencia Sanitaria](#).
- [Atención Primaria de Salud](#).
- [Centro de Salud](#).
- [Crisis Sanitaria](#).
- [Economía de la Salud](#).
- [Enciclopedia Médica](#).
- [Higiene](#).
- [Inteligencia Sanitaria](#).
- [Ley de Cuidados Inversos](#).
- [Medicina](#).
- [Medicina Preventiva](#).
- [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#).
- [Organización Panamericana de la Salud \(OPS\)](#).
- [Política sanitaria](#).
- [Promoción de la Salud](#).
- [Resultado Sanitario](#).
- [Salud Mental](#).
- [Salud Pública](#).
- [Salud \(videojuegos\)](#).

- [Sanidad](#).
- [Servicios Básicos de Salud Ocupacional](#).

-3.12)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) [Real Academia Española](#) (2014). «salud». [Diccionario de la lengua española](#) (23.ª edición). Madrid: [Espasa](#).
2. [Volver arriba ↑](#) Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (1999).
3. [Volver arriba ↑](#) «Definición de Salud».
4. [Volver arriba ↑](#) Garrido M, González-Flores D, Marchena AM, Propr E, García-Parra J, Barriga C, Rodríguez A.B. (2013). "A lycopene-enriched virgin olive oil enhances antioxidant status in humans". J Sci Food Agric 93': 1820-1826.
5. [Volver arriba ↑](#) Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses.
6. [Volver arriba ↑](#) «Una dieta equilibrada y actividad física, factores clave en mejora de salud».

-3.13)- Enlaces Externos.

-  [Wikilibros](#) alberga un libro o manual sobre [Salud](#).
-  [Wikisource](#) contiene obras originales de o sobre [Salud](#).
-  [Wikinoticias](#) tiene noticias relacionadas con [Salud](#).
-  [Wikiversidad](#) alberga proyectos de aprendizaje sobre [Salud](#).
-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Salud](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [salud](#).
- [Organización Panamericana de la Salud](#)
- [Organización Mundial de la Salud](#)

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Salud&oldid=94546116>»

- Esta página fue modificada por última vez el 25 octubre del 2016, a las 12:04.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.

-4)- Ciencias De La Salud.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Las Ciencias de la Salud son el conjunto de disciplinas que proporcionan los conocimientos adecuados, para: la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad.

.Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos [conocimientos técnicos](#).
.Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer, mejorar la salud y el bienestar, prevenir, tratar y erradicar enfermedades, y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones : enfermedad..

-Se dice que las ciencias de la salud, son interdisciplinarias, por el hecho de entrelazar o combinar, varias ciencias para el estudio de un mismo [caso clínico](#) desconocido, o para profundizar el estudio de una forma más especializada.

-Las investigaciones de esta ciencia. están basadas en las ciencias puras, como: la [Biología](#), la [Química](#) y la [Física](#), aunque también en [Ciencias Sociales](#), como: la sociología médica, la psicología, etc.

-Índice:

-4)- Ciencias de la Salud.

-4.1)- [Clasificación](#) :

- -4.1.1)- [Medicina](#).
- -4.1.2)- [Psicología](#).
- -4.1.3)- [Logopedia](#).
- -4.1.4)- [Obstetricia \(matronería\)](#).
- -4.1.5)- [Optometría](#).
- -4.1.6)- [Fisioterapia](#).
- -4.1.7)- [Enfermería](#).
- -4.1.8)- [Podología](#)
- -4.1.9)- [Ciencias de la Nutrición](#),
- -4.1.10)- [Farmacia](#).
- -4.1.11)- [Laboratorio Clínico](#).
- -4.1.12)- [Veterinaria](#).
- -4.2)- [Véase También](#).
- -4.3)- [Referencias](#).

-4.1)- [Clasificación](#).

-4.1.1)- [Medicina](#).

- [Alergología.](#)
- [Anestesiología y Reanimación.](#)
- [Cardiología.](#)
- [Dermatología.](#)
- [Gastroenterología.](#)
- [Endocrinología.](#)
- [Geriatría.](#)
- [Hematología y hemoterapia.](#)
- [Hidrología médica.](#)
- [Infectología.](#)
- [Medicina Aeroespacial.](#)
- [Medicina del Deporte.](#)
- [Medicina del Trabajo.](#)
- [Medicina de Urgencias.](#)
- [Medicina Familiar y Comunitaria,](#)
- [Medicina Intensiva.](#)
- [Medicina Interna.](#)
- [Medicina Legal y Forense.](#)
- [Medicina Preventiva y Salud Pública.](#)
- [Nefrología.](#)
- [Neumología.](#)
- [Neurología.](#)
- [Nutriología.](#)
- [Obstetricia y Ginecología.](#)
- [Odontología.](#)
- [Oftalmología.](#)
- [Oncología médica.](#)
- [Oncología Radioterápica.](#)
- [Otorrinolaringología.](#)
- [Pediatría.](#)
- [Proctología.](#)
- [Psiquiatría.](#)
- [Rehabilitación.](#)
- [Reumatología.](#)
- [Traumatología.](#)
- [Toxicología.](#)
- [Semiología.](#)
- [Urología.](#)

-4.1.2)- [Psicología.](#)

- [Psicología Clínica.](#)
- [Psicoterapia.](#)
- [Psicología Cognitiva.](#)
- [Psicología Comportamental.](#)
- [Psicología Cognitivo-Conductual.](#)
- [Psicología Humanista.](#)
- [Psicología Dinámica.](#)

- [Psicología Experimental.](#)
- [Psicología del Deporte.](#)
- [Psicología Educativa.](#)
- [Psicología Organizacional.](#)
- [Psicología Comunitaria.](#)
- [Psicología Evolutiva.](#)
- [Psicología Forense.](#)
- [Psicopatología.](#)
- [Psicometría.](#)
- [Neuropsicología.](#)
- [Psicobiología.](#)
- [Psicofisiología.](#)

-4.1.3)- [Logopedia](#): Terapia del Lenguaje.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La fonoaudiología, logopedia o terapia del lenguaje, es una disciplina frecuentemente ligada a las [ciencias de la salud](#), la [psicología](#) o la [lingüística aplicada](#), que se ocupa de la prevención, la evaluación y el tratamiento de los trastornos de la [comunicación humana](#), manifestados a través de [patologías](#) y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje : oral, escrito y gestual, la audición, y las funciones orofaciales, tanto en población infantil como adulta.¹.

-Índice:

--4.1.3)- [Logopedia](#): Terapia del Lenguaje.

--4.1.3.1)- [Definición](#) .

- -4.1.3.1.1)- [Etimología](#).
- -4.1.3.1.2)- [Concepto](#).
- -4.1.3.1.3)- [Denominaciones](#).
- -4.1.3.2)- [Funciones y Cmpetencias Profesionales](#) .
 - -4.1.3.2.1)- [Ámbitos de Actuación](#).
 - -4.1.3.2.2)- [Área de Audiología](#).
 - -4.1.3.2.3)- [Área de Lenguaje Infantil](#).
 - -4.1.3.2.4)- [Área de Lenguaje Adulto o Neurogénico](#).
 - -4.1.3.2.5)- [Área de Voz](#).
 - -4.1.3.2.6)- [Área de Habla y Deglución](#).
 - -4.1.3.2.7)- [Fonoaudiología y Otras Disciplinas](#).
 - -4.1.3.2.8)- [Maestro Especialista en Audición y Lenguaje](#).
- -4.1.3.3)- [Revistas Especializadas](#).
- -4.1.3.4)- [Evolución de la Comunicación Durante el Primer Año de Vida](#).
- -4.1.3.5)- [Representaciones en la Ficción](#).
- -4.1.3.6)- [Véase También](#).
- -4.1.3.6.1)- [Notas](#).
- -4.1.3.7)- [Referencias](#)
- -4.3.1.8)- [Bibliografía](#).
- -4.3.1.9)- [Enlaces Externos](#).

-4.1.3.1)- Definición.

-4.1.3.1.1)- Etimología.

-El término *logopedia*, proviene de los términos [griegos](#) λογος *logos* 'palabra' y παιδεία *paideia* 'educación [de niños]', que podrían traducirse como *educación de la palabra*.
El término *fonoaudiología* es más común en [América del Sur](#), y se refiere a la palabra griega φωνή *phōnē* 'voz, sonido' y la palabra latina *audīre* [en griego también se encuentra αὔδή *audē* 'relato hablado, sonido, grito' de la misma raíz].

-4.1.3.1.2)- Concepto.

-En general, la función de los terapeutas del lenguaje es detectar, identificar, evaluar y proporcionar tratamiento e intervención, así como servicios de consulta, orientación, y seguimiento, a personas de todas las edades, con o en riesgo de sufrir alteraciones del habla, la voz, el lenguaje, la comunicación, la deglución, la audición u otros trastornos relacionados.

-4.1.3.1.3)- Denominaciones.

-La disciplina recibe diversos nombres alrededor del mundo:

- En todos los países de Latinoamérica: Es conocida como fonoaudiología.
- En España e Italia: Es conocida como [Logopedia](#).
- En los países de habla inglesa, como: «Terapia del lenguaje» (*speech therapy*) o «Patología del lenguaje» (*Speech-Language Pathology*).
- En francés, como: «Ortofonía» (*orthophonie*) en Francia y Canadá; y «Logopedia» (*logopédie*) en Suiza y Bélgica.

-La fonoaudiología engloba a dos ámbitos de trabajo, por un lado a la logopedia en sentido restringido o terapia del lenguaje), y por el otro a la [audiología](#).

-Como se observa, en la mayor parte de Europa, se emplea el término *logopeda*, salvo excepciones como Francia y Luxemburgo. En Reino Unido, al igual que en el resto de países anglohablantes : [países anglosajones](#), se emplea el término *terapeuta del habla y del lenguaje*.

.En América Latina, se utiliza el término *fonoaudiólogo*, que engloba dos profesiones: por un lado, logopedia y, por otro, audiología.

- Alemania: Logopäde/in
- Austria: Diplomierte/r Logopäde/in
- Australia: Speech pathologist
- Bélgica: Logopède/Logopedist
- Brasil: Fonoaudiólogo
- Canadá: Speech-language pathologist; Audiologist
- Chile: Fonoaudiólogo/a
- Chipre: Logopathologos/ Logotherapeftis
- Dinamarca: Talepædagog / Logopæd / Audiologopæd
- España: Logopeda

- Estados Unidos: Speech-language pathologist/Audiologist
- Estonia: Logoped
- Finlandia: Puheterapeutti
- Francia: Orthophoniste
- Grecia: Logopedikos/ Logopathologos / Logotherapeftis
- Holanda: Logopedist
- Italia: Logopedista
- Luxemburgo: Orthophoniste
- Nueva Zelanda: Speech and language therapist
- Portugal: Terapeuta da fala
- Reino Unido: Speech and language therapist
- República checa: Logoped
- Suecia: Logoped.
- Uruguay: Fonoaudiologo.

-En España, la logopedia es, por el momento, una disciplina autónoma, y una profesión en plena evolución, por lo que tanto sus contenidos, como sus roles profesionales están sometidos a revisión y a modificación constante.

-4.1.3.2)- Funciones y Competencias Profesionales.

-4.1.3.2.1)- Ámbitos de Actuación.².

-El logopeda ejerce su actividad individualmente o integrando equipos multiprofesionales, tanto en el ámbito público como privado. El ejercicio de la logopedia se desarrolla dentro de los siguientes ámbitos de actuación profesional:

- **Ámbito sanitario:** Hospitales, centros de salud, centros de rehabilitación, centros audio protésicos, centros privados, servicios neonatales, unidades de cuidados intensivos, centros de salud mental, centros socio sanitarios, hospitales de día, centros de atención temprana, centros de larga estancia, unidades de comatosos, servicios neurológicos, otorrinolaringológicos, etc.
.Los logopedas prestan servicios clínicos, que incluyen lo siguiente: prevención, proyección, valoración/evaluación, consulta, tratamiento, intervención, gestión, asesoramiento, colaboración, documentación, y remisión.
- **Ámbito educativo:** El logopeda puede estar presente en: equipos de asesoramiento psicopedagógico, escuelas infantiles, colegios públicos y privados, aulas y centros de educación especial, institutos de educación secundaria, universidades y escuelas universitarias.
- **Ámbito socio-asistencial:** El logopeda interviene en: atención temprana, centros de educación infantil y colegios, centros de apoyo y configuración de la competencia de empleo, centros en tercera edad, centros de día, asociaciones, atención domiciliaria, juzgados, residencias geriátricas.
- **Otros ámbitos:** Cadenas de radio, televisión, medios de comunicación, profesionales de la voz, cantantes, instituciones penitenciarias, instituciones del estado, instalaciones de investigación, etc.

-Trastornos en los que interviene el logopeda³:

-1. Trastornos del desarrollo del lenguaje:

.1.1. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, en los que se produce un retraso o una anomalía en este desarrollo, sin causa explicativa sensorial, motora, intelectual, emocional o neurológica:

- Retraso del lenguaje.
- Retraso fonológico.
- Trastorno específico del lenguaje.
- Trastorno fonológico : dislalia fonológica.
- Trastorno fonético : dislalia fonética.

.1.2. Trastornos en los que el desarrollo del lenguaje, se ve retrasado o alterado por falta de estimulación o condiciones ambientales adversas:

- Trastornos del lenguaje por privación social.
- Dificultades del lenguaje y el habla, asociadas a contextos multiculturales y plurilingüismo.

.1.3. Trastornos en los que el desarrollo se ve retrasado o alterado por déficit cognitivos graves:

- Trastornos del lenguaje en deficientes mentales.
- Trastornos del lenguaje y la comunicación, en autismo y trastornos generalizados del desarrollo.

.1.4. Trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve alterado o impedido por déficit sensoriales:

- Hipoacusias y sorderas prelocutivas y postlocutivas.
- Alteraciones de la audición y el lenguaje en implantes cocleares.
- Dificultades del lenguaje en deficientes visuales.
- Alteraciones del lenguaje en sordoceguera.

.1.5. Trastornos en los que el desarrollo del lenguaje se ve alterado por déficit motores de origen neurológico:

- Trastornos del Lenguaje en la Parálisis Cerebral.

.1.6. Trastornos en que se ve retrasado o alterado el aprendizaje de la lectura y escritura:

- Dislexias.
- Disgrafías.
- Retraso lector.
- Discalculias.

2. Trastornos adquiridos del lenguaje por lesión neurológica:

- Afasias.
- Afasia infantil adquirida.
- Disartrias.
- Dislexias adquiridas.
- Agrafias y disgrafías adquiridas.
- Amusias.

3. Trastornos asociados a procesos degenerativos:

- Deterioro de la comunicación por envejecimiento.
- Deterioro del lenguaje y la comunicación en trastornos neuro-degenerativos e infecciosos y demencias,
- Presbiacusia.

4. Trastorno del habla con implicación emocional:

- Tartamudez y otros trastornos de la fluidez del habla.

5. Trastornos de la voz y la resonancia:

- Disfonías orgánicas y funcionales.
- Trastornos de la resonancia.
- Alteraciones de las cualidades de la voz.
- Laringectomías totales, parciales y reconstructivas.

6. Trastornos estructurales de las funciones orofaciales verbales y no verbales:

- Trastornos orofaciales reconstructivos y otras tumoraciones orofaciales
- Trastornos de la articulación por alteraciones estructurales de los órganos del habla: disglosias.
- Trastornos de la comunicación no verbal : gestualidad facial.
- Alteraciones de las funciones orales no verbales: hábitos de deglución, disfagia, trastornos tubáricos, y otros trastornos funcionales.

7. Trastornos ligados a problemas mentales o conductuales:

- Alteraciones del lenguaje y la comunicación en enfermedades mentales.
- Mutismo e inhibición del lenguaje.

-4.1.3.2.2)- Área de Audiología.

- prevención.
- detección.
- medición.
- equipamiento protésico de toda disminución en la audición.
- diagnóstico topográfico de la hipoacusia.
- audiología laboral y legal, y medición de ruido laboral.
- advierte con fundamentos sobre los peligros que provoca la exposición descontrolada al ruido.

-4.1.3.2.3)- Área de Lenguaje Infantil.

-TEL : [trastorno específico del lenguaje](#).

-TAL : trastornos asociados al Lenguaje; ej: [trastornos generalizados del desarrollo](#),

-TDAH el [Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad](#), RM, etc..

-4.1.3.2.4)- Área de Lenguaje Adulto o Neurogénico.

- [afasias](#).
- [apraxias](#) de todo tipo y grado : del habla, oral, fonatoria, constructiva, etc..
- [disartrias](#) de todo tipo y grado.
- [demencias](#).
- [traumatismo encefalo-craneano](#).
- [deterioro cognitivo](#).
- envejecimiento típico.

-4.1.3.2.5)- Área de Voz.

- todo el abanico de las [disfonías](#).
- pacientes [laringectomizados](#).
- optimización de la voz en uso profesional.
- Educación vocal.
- Entrenamiento vocal .

-4.1.3.2.6)- Área de Habla y Deglución.

- [Dislalias](#) .
- [disfagia](#).
- Deglución atípica .
- Deglución adaptada .
- Respiración bucal .

-4.1.3.2.7)- Fonoaudiología y Otras Disciplinas.

-En algunos países, la fonoaudiología está adscrita a las Facultades de [ciencias de la salud](#) o [medicina](#), en otras está asociada a las facultades de psicología, odontología, ciencias de la rehabilitación, ciencias de la comunicación, o incluso [ciencias humanas](#).

-En Latinoamérica, la fonoaudiología es reconocida como disciplina autónoma en: Argentina, Brasil, Chile y Paraguay. En Brasil existe una amplia gama de posgrados en esta área; y también en Chile existen programas de postgrado surgidos por convenios con universidades de fuera del país.

-En Uruguay: Licenciatura en Fonoaudiología de UDELAR.

-Perfil del Licenciado en Fonoaudiología: El Licenciado en Fonoaudiología es un profesional universitario, que ejerce su actividad a nivel de la comunicación humana, en las áreas de la Audiología, la Fonestomatología, el Lenguaje, el Habla, la Voz y la Función Vestibular.

.Se dicta en Montevideo. 4 años / 4665 horas; Grado; 4 años.

-Esta carrera pertenece a las siguientes áreas: Área salud.

-[Accede a más información sobre "Licenciatura en Fonoaudiología"](#)

. Períodos de inscripción para esta carrera: Desde el lunes 2 de febrero de 2015 hasta el viernes 27 de febrero de 2015.

.Para quienes no tienen previas de Enseñanza Secundaria ni de UTU: [Inscripciones 2015](#):

Desde el lunes 2 de marzo de 2015 hasta el martes 3 de marzo de 2015.

.Para quienes tienen una previa de Enseñanza Secundaria o de UTU a aprobar en el período de abril/2015

.[Inscripciones 2015](#): Servicios de los que depende

- Escuela Universitaria de Tecnología Médica

.Departamentos en donde se dicta: Montevideo.

[Licenciado en Fonoaudiología](#)

-Campo Laboral:

.El Licenciado en Fonoaudiología ejerce su actividad en consultorio privado, en domicilio de pacientes, en Instituciones privadas y/o públicas y en la Comunidad; en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios. En todos los casos puede atender personas sanas o enfermas en forma individual y/o grupal.

- Ejercicio profesional :

-El Licenciado en Fonoaudiología realiza las siguientes actividades:

.1) Detección, diagnóstico y tratamiento fonoaudiológico de los trastornos de la comunicación humana en las áreas de Audición, Lenguaje, Habla, Fono-estomatología, Voz y Función Vestibular, utilizando las técnicas y métodos de su elección. Selección y equipamiento protésico de pacientes con trastornos auditivos. Valoración y tratamiento de los trastornos del Aprendizaje, Lectura, Escritura y Cálculo.

Derivación a distintos especialistas con el fin de que colaboren con el diagnóstico y tratamiento fonoaudiológico.

.2) Acciones de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dentro de las distintas áreas de la Fonoaudiología.

.3) Docencia, investigación, planificación, dirección, administración, evaluación, diagnóstico, asesoramiento y auditoría dentro de las incumbencias fonoaudiológicas; así como la ejecución de cualquier otro tipo de tarea que se relacione con los conocimientos requeridos para las acciones enunciadas anteriormente y que se apliquen a actividades de índole sanitaria, social y/o educativa y las de carácter laboral, jurídico y pericial.

La ejecución de las acciones profesionales son estrictamente personales e indelegables, quedando prohibido todo uso de la firma o nombre del profesional por terceros, sean Licenciados en Fonoaudiología o no.

-Grado de responsabilidad:

.El Licenciado en Fonoaudiología es responsable de los actos y/o acciones terapéuticas que realice de acuerdo a la capacitación recibida.

.Tiene el derecho a negarse a la realización o ejecución de prácticas que estén en conflicto con sus convicciones éticas, morales o religiosas, siempre que de ello no resulte un daño para el paciente.

.Cuando ejerza su profesión bajo dependencia pública o privada deberá contar con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de su profesión.

.Deberá comportarse con probidad y buena fe en el desempeño profesional, respetando en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza, el derecho a la vida y a su integridad.

.Deberá guardar secreto profesional sobre aquellas informaciones de carácter reservado o personalísimo, a que acceda en el ejercicio de su profesión.

.Deberá mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente.

-TÍTULO A EXPEDIR LICENCIADO EN FONOAUDIOLOGÍA:

ESTRUCTURA DEL PLAN

Carrera: Fonoaudiología					
PRIMER AÑO					
MATERIA	TEOR	TE-PRA	PRAC	TOTAL	Duración

ES.FU.NO	-	-	-	-	A
Anatomía	95	0	0	95	-
Biología celular y tisular	90	0	0	90	-
Neurobiología	50	0	0	50	-
Cardio vascular y respiratorio	61	0	0	61	-
Digestivo, renal y endócrino	55	0	0	55	-
Reproducción y desarrollo	49	0	0	49	-
Profundización	0	15	0	15	-
Psicología I	60	0	0	60	S1
Metodología científica	80	0	0	80	S1
Enfermería	25	0	75	100	S2
Salud Pública	80	0	20	100	S2
Audiología I	20	0	20	40	S2
Voz I	50	0	30	80	S2
Fonoestomatología I	40	0	0	40	S2
Lingüística I	0	50	0	50	S2
Lenguaje I (adquisición del lenguaje escrito)	20	140	40	200	S2
Física Acústica I	20	0	0	20	S2
Subtotal 1er. Año	795	205	185	1185	

SEGUNDO AÑO					
-------------	--	--	--	--	--

MATERIA	TEOR	TE-PRA	PRAC	TOTAL	Duración
Audiología II	20	0	20	40	A
Audiología práctico II	0	0	120	120	A
Voz II	0	100	0	100	A
Fonoestomatología II	60	0	60	120	A
Lingüística II	0	50	0	50	A
Neuropsicología I	40	0	0	40	A
Pedagogía	80	0	0	80	A
Lenguaje II (patología del lenguaje oral y escrito)	0	340	0	340	A
Deontología y legislación laboral	30	0	0	30	A
Administración Hospitalaria	30	0	0	30	A
Subtotal 2do. Año	260	490	200	950	

TERCER AÑO					
MATERIA	TEOR	TE-PRA	PRAC	TOTAL	Duración
Audiología III	0	180	0	180	A
Audiología infantil I	0	100	0	100	A
Voz III	0	120	0	120	A
Fonoestomatología III	0	120	0	120	A
Neuropsicología II	40	180	0	220	A
Lenguaje III (patología secundaria del lenguaje)	0	300	0	300	A

Psicología II	60	0	60	120	A
Subtotal 3er. Año	100	1000	60	1160	

CUARTO AÑO					
MATERIA	TEOR	TE-PRA	PRAC	TOTAL	Duración
Audiología IV	0	160	0	160	A
Audiología infantil II	0	280	0	280	A
Voz IV	0	70	0	70	A
Fonoestomatología IV	0	70	0	70	A
Lenguaje IV (trastornos neuropsicológicos y del lenguaje en el adulto)	0	400	0	400	A
Psicología III	40	0	60	100	A
Física Acústica II	20	0	20	40	A
Monografía	250	0	0	250	-
Subtotal 4to. Año	310	980	80	1370	

AÑO	TEOR	TE-PRAC	PRAC	TOTAL
Subtotal 1er. año	795	205	185	1185
Subtotal 2º año	260	490	200	950
Subtotal 3er año	100	1000	60	1160

Subtotal 4to. año	310	980	80	1370
TOTALES	1465	2675	525	4665



-Estudiar Fonoaudiología en la Universidad Católica del

Uruguay : Psicología -Sede Central : Av. 8 de Octubre 2738 . CP 11600. Montevideo,
Uruguia.Tel. (+598) 2487 2717 int. 6025. infoweb@ucu.edu.uy..

-4.1.3.2.8)- Maestro Especialista en Audición y Lenguaje.

-En España, un maestro de audición y lenguaje, es una persona con estudios sobre desarrollo del lenguaje, cuya titulación se recoge en el R.D.1440/1991, de 30 de agosto (B.O.E. 11-10-91); es un especialista dedicado a promover y desarrollar la prevención de los problemas de lenguaje, a la potenciación de las capacidades comunicativo-lingüísticas y a la solución de problemas específicos de lenguaje y comunicación en un centro educativo. Sus funciones son variadas:

- Por un lado, atiende directamente a los alumnos que presenten dificultades en el desarrollo del lenguaje y/o la comunicación, y proporciona tratamiento o reeducación en los posibles trastornos que aparecen en esta área.
- Por otro lado, ofrece apoyo y orientación al resto de docentes a la hora de realizar las adaptaciones curriculares oportunas, para poder ofrecer así una respuesta educativa ajustada a las necesidades educativas especiales de cada alumno.

-Las competencias del logopeda y del maestro de audición y lenguaje son complementarias. El maestro de audición y lenguaje desarrolla su labor exclusivamente en centros escolares.

-4.1.3.3)- Revistas Especializadas.

-Revistas especializadas en la publicación de trabajos de investigación sobre lenguaje, comunicación, voz o audición. Entre ellas, se pueden citar las siguientes:

- *Child Language Teaching and Therapy*
- *Dysphagia. An International Multidisciplinary Journal Devoted to Swallowing and its Disorders*
- *Folia Phoniatrica ELT Logopaedica*
- *International Journal of Language and Communication Disorders*
- *Journal of Autism and Developmental Disorders*
- *Journal of Communication Disorders*
- *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*

- *Journal of Fluency Disorders*
- *Journal of Learning Disabilities*
- *Journal of Speech, Language and Hearing Research*
- *Journal of Voice*
- *Language, Speech and Hearing Services in Schools*
- *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*
- *Revista de Neurología*
- *Revista Española de Salud Pública*
- *Topics in Language Disorders*

-4.1.3.4)- Evolución de la Comunicación Durante el Primer Año de Vida.

- Desarrollo del lenguaje.

-Desde el nacimiento comienza la primera etapa de la comunicación, llamada prelingüística, que es todo lo previo al lenguaje hablado. Los niños pequeños reciben una gran parte de estímulos lingüísticos, comunicativos desde muy temprano, entre los 6 meses y el primer año; los niños van interiorizando el sistema fonológico de su entorno, aprenden a centrarse en las distinciones fonológicas típica de la lengua de sus cuidadores o padres, y empiezan a ignorar distinciones fonéticas finas, que no están presentes en las lenguas que oyen. Estos hechos pudieron ser demostrados en la segunda mitad del siglo XX, aún entre bebés que no hablaban todavía, viendo sus reacciones indirectas, a estímulos sonoros presente en la voz humana.

-Durante los primeros meses, el llanto desempeña un papel fundamental, en la comunicación de los bebés, aunque esta conducta es instintiva y no aprendida.

. Posteriormente el llanto va adquiriendo variaciones para cada necesidad.

.La madre o las personas que cuidan al niño, empiezan a comprender lo que desea su bebe, en un momento determinado, por asociación de contexto.

.Ya distingue cuando ese llanto manifiesta dolor, hambre, sueño u otra molestia.

.Luego de la comunicación a través del llanto, aparece la etapa del juego vocálico o balbuceo.

.Esto es, cuando alrededor de los dos meses, surge la repetición incesante y aparentemente sin sentido de sonidos vocálicos primero : a-a-o-e-e, y luego de sonidos guturales : g-g-g.

. El bebé repite en forma continua un sonido, y poco a poco incluye otro nuevo, y los combina.

.Así es, como paulatinamente va generando nuevos sonidos.

.En este momento, el niño es capaz de responder a las incitaciones de la madre, cuando es estimulado con los mismos sonidos que él es capaz de producir.

.Este juego vocal, se produce en momentos de tranquilidad fisiológica, es decir cuando no hay estímulos externos, que llamen su atención, y cuando sus necesidades estén satisfechas.

-En niños, cuyos padres son sordos y usan la lengua de señas, se aprecia gestos con las manos, que son similares a un balbuceo gestualizado.

-Hacia los cinco meses, comienza la segunda etapa del juego vocal, donde el bebe no sólo repite por placer, sino que entran en juego otros elementos importantes, que son los estímulos auditivos, que le llegan del exterior, y que le permiten incluir nuevos sonidos.

.Así, desde el segundo semestre de vida, hay una actividad vocal, semana a semana más

diversa.

.Las posibilidades de emisión son cada vez más variadas y amplias. Incluso en esta ejercitación, que hace con los sonidos que ha seleccionado, y propios de su lengua materna, a través de la estimulación brindada por el medio que lo rodea, no es raro que aparezcan semejanzas con ciertos vocablos; y es allí, cuando su familia quizá suponga escuchar un “mama” o un “papa”, cuando en realidad el niño sólo ha formado casualmente esas combinaciones sonoras, por el solo hecho de entregarse al ejercicio de producir sonidos; pero nada de todo ello, constituye todavía lenguaje verdadero.

-El niño recién empieza a conceder significado a determinados sonidos emitidos, llegando al año de edad. Es durante este segundo semestre de vida, que irá incorporando la comprensión de palabras relacionadas con sus actividades cotidianas; como por ejemplo: su mama, la alimentación, el sueño, el juego; o sea que todo, está indudablemente ligado a lo que constituyen sus intereses.

.Esta comprensión, le permitirá interiorizar estos significados, como forma de transición hacia el habla propiamente dicha; es la asimilación de un sonido determinado, que se vincula a una situación constante; así aprende, a usar múltiples palabras que ha oído siempre de boca de los adultos, y en idénticas situaciones : acá como ejemplo, esta papá, vamos a hacer noni, esta es la mamadera, etc..

.Esto es sólo el comienzo, ya que han de pasar algunos meses, hasta que el niño se haga entender satisfactoriamente a través de la palabra hablada, y mucho más, hasta que pueda usar el lenguaje en su plenitud.

-Típicamente los niños empiezan a articular mensajes de una palabra, entre los 12 y los 18 meses, aunque la mayor parte de niños pequeños, es capaz de reconocer su voz , meses antes de empezar a articular otras palabras.

.Entre los 12 y los 24 meses, hay una explosión de adquisición léxica, los niños aprenden palabras de objetos, y palabras asociadas a contextos, y las producen espontáneamente.

.Raramente producen mensajes de más de dos palabras, antes de los 24 meses.

.El léxico se va adquiriendo a medida que va aumentando la necesidad de expresarse en contextos concretos.

-4.1.3.5)- Representaciones en la Ficción.

-En la película [*El discurso del rey*](#), de [Tom Hooper](#) , se ve cómo el rey [Jorge VI](#) , necesita ayuda para que sea menos visible su [tartamudez](#).

-[*El milagro de Anna Sullivan*](#) (The miracle worker), un clásico de Arthur Penn (1962), se basa en un hecho real, en el que la institutriz Anna Sullivan, se encarga de enseñar a una niña sordo-ciega de nacimiento, a comunicarse y descubrir el mundo.

-[*El pequeño salvaje*](#) (L'Enfant sauvage, 1970) de François Truffaut, es una película francesa, inspirada en la historia de Víctor de Aveyron, niño que en 1790, fue encontrado en los bosques de Francia, cerca de Toulouse, donde aparentemente había pasado toda su niñez . Su edad no fue conocida, pero los habitantes del lugar calcularon que tenía 12 años. La película se desarrolla alrededor del año 1800, en Francia, y se basa en la biografía de Victor von Aveyron, tal como fue recogida por el médico Dr. Jean Itard.

-4.1.3.6)- Véase También. [

- [Audiología.](#)
- [Comunicación oral.](#)
- [Habla.](#)
- [Afasia.](#)
- [Disfagia.](#)
- [Dislexia.](#)
- [Dislalia.](#)
- [Disfemia](#) o [tartamudez.](#)
- [Disfonía.](#)
- [Disartria.](#)
- [Foniatría.](#)

-4.1.3.6.1)- Nota.

-La logopedia es una disciplina aplicada, mientras que la disciplina que estudia el fenómeno de aprendizaje de la lengua materna, desde una perspectiva descriptiva y teórico-científica, se denomina [Lingüística Clínica](#).

-4.1.3.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) AELFA. [«Logopedia»](#).
2. [Volver arriba ↑](#) [Documento del perfil profesional del logopeda.](#)
3. [Volver arriba ↑](#) [Libro blanco de logopedia](#). Madrid. 2005.

-4.1.3.8)- Enlaces Externos.

- ALE (Asociación de Logopedas de España) <http://ale-logopedas.org/>
- AELFA-IF (Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología) <http://www.aelfa.org/>
- AGDUL: Asociación de Graduados y Diplomados en Logopedia . <http://www.adul-agdul.es>.
- [Ayudas técnicas para logopedia.](#)
- [Logopedia. mail: revista electrónica gratuita de Logopedia.](#)
- [Trastornos del lenguaje.](#)
- [MIRELO: Material Informático para la Rehabilitación LOGopédica.](#)
- [Lista de distribución en RedIris para profesionales de la logopedia.](#)

Obtenido de :

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapia del lenguaje&oldid=94808991](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapia_del_lenguaje&oldid=94808991)»

- [Tratamientos en medicina.](#)
- [Comunicación.](#)

- Esta página fue modificada por última vez el 5 noviembre de 2016 a las 22:32.

-4.1.4)- [Obstetricia : Matronería.](#)

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Para la especialidad médica, véase [obstetricia \(especialidad médica\)](#).



-Un chequeo obstétrico por un "matrón" en un hospital.

-La obstetricia : del [latín](#) *obstare* «estar a la espera» o matronería, que es la [ciencia de la salud](#) y la profesión de la salud, que se encarga del [embarazo](#), el [parto](#) y el [puerperio](#), incluyendo la atención del [recién nacido](#);¹ además de la [salud sexual](#) y [reproductiva](#) de la [mujer](#), a lo largo de toda su vida.²

.En muchos países, la obstetricia o matronería, es una profesión médica , especial por su formación especializada directa e independiente; no debe ser confundida con una especialidad médica, que depende de una formación general previa).^{3 4 5 6 7}.

.Un profesional en obstetricia o matronería, es conocido como: matrona, matrón, obstetra, obstetriz, obstétrico/a, o partera.

-Índice:

-4.1.4)- [Obstetricia : matronería.](#)

-4.1.4.1)- [Profesionales de Obstetricia : matronería.](#)

- -4.1.4.2)- [Áreas de la obstetricia : matronería.](#)
 - -4.1.4.2.1)- [Embarazo](#)
 - -4.1.4.2.1.1)- [Atención Preconcepcional.](#)
 - -4.1.4.2.1.2)- [Atención Prenatal.](#)
 - -4.1.4.2.2)- [Parto](#) .
 - -4.1.4.2.2.1)- [Inducción del Parto.](#)
 - -4.1.4.2.2.2)- [Parto.](#)
 - -4.1.4.2.3)- [Puerperio.](#)
 - -4.1.4.2.4)- [Atención del Recién Nacido.](#)
 - -4.1.4.2.5)- [Salud Sexual y Reproductiva.](#)
- -4.1.4.3)- [Ámbito de Práctica de la Obstetricia : matronería.](#)
- -4.1.4.4)- [Modelo de Atención Obstétrica Dirigido por Matronas.](#)

- -4.1.4.5)- [Historia de la Obstetricia \(matronería\)](#)
 - -4.1.4.5.1)- [Cultura Hebrea](#).
 - -4.1.4.5.2)- [Antiguo Egipto](#).
 - -4.1.4.5.3)- [Cultura Greco-romana](#).
 - -4.1.4.5.4)- [Edad Media](#).
 - -4.1.4.5.5)- [Renacimiento](#).
 - -4.1.4.5.6)- [Edad Contemporánea](#).
 - -4.1.4.5.7)- [Siglo XX](#).
 - -4.1.4.5.8)- En Uruguay: Escuela de Parteras.
- -4.1.4.6)- [Definiciones y Términos Obstétricos](#).
- -4.1.4.7)- [Véase También](#).
- -4.1.4.8)- [Referencias](#).
- -4.1.4.9)- [Enlaces Externos](#).

-4.1.4.1)- Profesionales de Obstetricia : Matronería.

-Según la definición internacional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM):²
.Una matrona es una persona que ha completado con éxito, un programa educativo de [obstetricia](#), que es reconocido en el país donde se imparte y que está basado en las *Competencias esenciales para la práctica de la obstetricia de la ICM*⁸ y en el marco de las *Normas globales de la formación de la obstetricia de la ICM*⁹ ; quien ha obtenido las calificaciones requeridas para estar registrada y/o legalmente licenciada para ejercer la obstetricia y usar el título de matrona; y quien demuestra competencia en el ejercicio de la obstetricia.

-Esta definición también ha sido adoptada por la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) y por la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO).

.4.1.4.2)- Áreas de la obstetricia : Matronería.

-4.1.4.2.1)- Embarazo.

-[Embarazo](#)

-4.1.4.2.1.1)- Atención Preconcepcional.

-La asistencia previa a la [gestación](#) se basa en la [prevención primaria](#), cuyo objetivo es evitar la aparición de la [enfermedad](#). La utilidad de estas consultas, no se limita a las mujeres con alguna enfermedad, sino que se amplía a todas aquellas, que desean quedarse [embarazadas](#) , y que están aparentemente sanas y sin factores de riesgo, ya que puede ayudarles a disminuir el riesgo en el embarazo, y prepararles a ellas y a sus familias para el embarazo, nacimiento y cuidados del bebé.

- Algunos de los factores de riesgo identificables antes de la gestación, incluirían: una edad materna avanzada, [consanguinidad](#), enfermedades maternas como: [Diabetes Mellitus](#) o [rubéola](#), o hábitos nocivos como el consumo de [tabaco](#) o [alcohol](#).

-La atención preconcepcional se puede llevar a cabo en las consultas preconcepcionales de los centros de asistencia al embarazo, en consultas de planificación familiar, o en consultas de [atención primaria](#), siempre que la mujer lo desee.

.Sería aconsejable que se llevaran a cabo al menos un año antes del inicio del embarazo, evaluando el riesgo, y con especial énfasis, en los antecedentes personales, familiares y reproductivos de la mujer y la pareja, llevando a cabo una exploración física, y desarrollando actividades de [promoción de la salud](#).

.No se deben incluir pruebas que no tengan valor en la mujer no gestante, y que son de igual valor si se realizan durante la gestación.

-4.1.4.1.1.2)- Atención Prenatal.

- [Atención prenatal](#).

-En la práctica obstétrica la matrona controla a la mujer embarazada con regularidad, para vigilar posibles trastornos del embarazo, que puedan ser detectables, como:

- [Diabetes](#) gestacional.
- [Pre-eclampsia](#).
- [Placenta previa](#). Con [ultrasonido](#), se detecta si la placenta está obstruyendo el canal de nacimiento.
- Posición anormal del [feto](#) : únicamente al final del embarazo.
- Limitación de crecimiento intrauterino: Para averiguar si el crecimiento fetal es menor al 10% de lo que se estima según la edad gestacional. Las causas pueden ser intrínsecas :debido al feto, o extrínsecas : normalmente problemas de placenta.

-La frecuencia de los controles prenatales varían de acuerdo al grado de riesgo, que la gestante presente.

.En los primeros controles se ordena la detección de determinadas infecciones : [Chagas](#), [hepatitis B](#) y C, [Sífilis](#) : [VDRL](#)-, [HIV](#), [toxoplasmosis](#), y otras: que varían, con respecto al lugar geográfico, y también se práctica examen ginecológico, y estudios complementarios : examen de Papanicolaou y cultivo de flujo vaginal. Estos procedimientos, a modo de ejemplo, varían de acuerdo a las zonas geográficas.

-Las maniobras para determinar actitud y presentación : maniobras de Leopold, comienzan a efectuarse alrededor de la semana 30.

.La auscultación cardíaca fetal, en consultorio con estetoscopio de Pinard, comienza a realizarse a partir de la semana 20 de gestación.

-Durante la atención prenatal, se instruye a la gestante sobre la maternidad, la procreación responsable, y la planificación familiar. Además, contribuye a mejorar la relación matrona-paciente y la prepara para el parto.

-Véase también: [Ecografía obstétrica](#).

- La ecografía obstétrica es un método médico, usado para determinar la presencia de [embarazo](#) ,y conocer las condiciones del embrión o feto, así como de la placenta, el útero, cuello del útero y [líquido amniótico](#). Es el método más seguro para conocer el estado general del embarazo ,y según las semanas de gestación, tiene sus indicaciones específicas.

.El examen es de tipo imagenológico, que a través de ondas sonoras, permite ver el

desarrollo del feto dentro del útero de la madre. Además, también es utilizado para ver los órganos pélvicos de la madre durante su embarazo.

.Para la realización de este procedimiento por lo general, recomiendan que la madre, 1 hora antes de la prueba, tome 2 o 3 vasos de agua, para tener la vejiga llena y así tener una mejor imagen. La ecografía obstétrica o ultrasonografía, es una exploración que no emplea radiación ionizante.

-Razones para hacer el examen: Este examen es realizado por lo general con el fin de que el pediatra, conozca el [desarrollo del feto](#) y su posición dentro del [útero](#).

1.º trimestre

.Verificar la normalidad del embarazo.

.Conocer el avance del feto.

.Determinar problemas, como; [embarazo ectópico](#) o posible amenaza de [aborto](#).

.Conocer la [frecuencia cardíaca fetal](#).

.Buscar si hay [embarazo múltiple](#) : mellizos, trillizos, etc..

.Identificar problemas de la [placenta](#), el útero, la pelvis y los [ovarios](#).

2.º trimestre

.Edad, crecimiento, posición y algunas veces, el sexo del feto.

.Reconocer cualquier tipo de problema que tenga el feto en su desarrollo.

.Buscar si hay embarazo múltiple (mellizos, trillizos, etc.).

.Evaluar la placenta, el [líquido amniótico](#) y la pelvis.

-Hoy en día, algunos centros médicos realizan este examen a las 13 o 14 semanas de gestación, para conocer si el feto tiene rasgos de padecer [síndrome de Down](#) u otras anomalías del desarrollo; generalmente se realiza junto a [exámenes de sangre](#), para confirmar sus resultados.

-El sexo del feto se puede determinar, a través de una [ecografía](#), en más del 95% de los casos, y con una fiabilidad superior al 99% a partir de la semana 18 de embarazo. Entre las semanas 12 y 18, es posible detectarlo en un porcentaje bastante alto, pero con un margen de error mayor.

-El paso de los ultrasonidos a través de los tejidos puede liberar calor, por efecto térmico, pero la cantidad liberada en los equipos médicos es insignificante, de tal modo que hasta la fecha, no se ha podido detectar ningún efecto adverso por su uso, ni en la madre ni en el feto.

-Efectos de la ecografía:

-Efecto térmico: Es el principal efecto en los ultrasonidos obstétricos aparece cuando se produce calentamiento de tejidos blandos y del hueso, esto se debe a la propagación del sonido en los tejidos provocando fricción, la energía mecánica es transformada en calor.

.Para presentarse algún efecto sobre el desarrollo, estudios indican que la temperatura debe estar por encima de 1.5 a 2 °C, por encima de la temperatura materna. Con la ecografía se produce menos de 1 °C.

-Efecto mecánico: Resulta de la fuerza de radiación, de la corriente y de la cavitación. Este efecto se ha valorado en tejidos con gas, como lo es el intestino y los pulmones, y los efectos pueden ser fatales, sino se opera correctamente el equipo.

. En el caso del ultrasonido obstétrico no presenta riesgo, ya que las bolsas amnióticas carecen de gas. Sin embargo, los efectos de la radiación mecánica han sido demostrados en estudios preliminares de modelos físicos y fetales usando el Doppler obstétrico. Esto se debe a que las imágenes con doppler, usan mayores intensidades de sonido y producen índices térmicos más altos, con respecto al modo bidimensional, a pesar de que ambos poseen los mismos índices mecánicos. Por tanto, los efectos biológicos potenciales pueden ser tanto de origen térmico como mecánico. El cerebro fetal es considerado más susceptible, por lo cual la exploración con Doppler, durante el embarazo temprano debe evitarse.

-Preparación:

-La vejiga debe estar llena, para que el aire del intestino no interfiera el paso del sonido e impida el estudio del útero y del embrión o feto.

-En embarazos avanzados no es necesario tener la vejiga llena, por ello antes de acudir a la cita, es importante preguntar al radiólogo las condiciones para el estudio.

-Método de realización:

-La madre permanecerá acostada durante el procedimiento, mientras el asistente o encargado, aplicará un gel a base de agua en el abdomen, vientre y la pelvis, que permitirá que la sonda manual envíe ondas sonoras, incluso al feto, y estas rebotarán, para así producir una imagen en el ecógrafo, lo cual dirá cuanta semanas tiene.

-En ocasiones al principio de embarazo, se puede hacer la ecografía por vía trans-vaginal: en este caso la vejiga debe estar vacía.

-Significado de respuestas o resultados anormales:

.Cualquier resultado anormal en la ecografía puede ser producto de:

- [Anomalías congénitas.](#)
- Embarazo ectópico.
- Restricción en el crecimiento intrauterino.
- Embarazo múltiple.
- Aborto espontáneo.
- Problemas con la posición del bebé en el útero.
- Problemas con la placenta, como [placenta previa](#) y [desprendimiento prematuro de placenta.](#)
- Muy poco [líquido amniótico.](#)
- Demasiado líquido amniótico ([polihidramnios](#)).
- Tumores del embarazo, incluyendo [enfermedad trofoblástica gestacional.](#)
- Otros problemas con los ovarios, el útero y demás estructuras pélvicas.

-Limitaciones de las imágenes por ultrasonido obstétrico:

-El ultrasonido obstétrico no puede identificar todas las anomalías del feto. Por ende, cuando existen sospechas de una posible anomalía a nivel clínico o de laboratorio, una mujer embarazada puede tener que someterse a pruebas no radiológicas tales como amniocentesis : la evaluación del fluido extraído del saco que rodea al bebé; o a un muestreo de la velloidad coriónica : evaluación del tejido de la placenta, para determinar la salud del

bebé; o puede que sea derivada por su médico de atención primaria, a un perinatólogo: obstetra que se especializa en embarazos de alto riesgo.

- "¿Qué experimentaré durante y después del procedimiento?":

.En algunas ocasiones durante el ultrasonido obstétrico, el ecografista podría tener que presionar con mayor firmeza, para acercarse más al embrión o feto, y así visualizar mejor la estructura. Cualquier molestia es en general mínima y temporal. Si se lleva a cabo un estudio por ultrasonido Doppler, es posible que oiga sonidos similares al pulso, que varían en tono mientras se controla, y mide el flujo sanguíneo. Con la exploración trans-vaginal, se puede experimentar una pequeña incomodidad, cuando el transductor se inserta dentro de la vagina. Por lo general, este examen de ultrasonido se completa en 30 minutos. Cuando el examen finaliza, es posible que se le pida a usted, que se vista y que espere unos pocos minutos, mientras se revisan las imágenes obtenidas por ultrasonido. Luego de someterse a un examen por ultrasonido, debería poder retomar sus actividades normales inmediatamente.

- Véase También:

- [Ecografía.](#)
- [Obstetricia : matronería.](#)
- [Obstetricia : Especialidad Médica.](#)
- [Obstetricia y Ginecología.](#)

-4.1.4.2.2)- Parto.

-4.1.4.2.2.1)- Inducción del Parto.

- [Inducción del parto](#)

-Una matrona puede recomendar la inducción del parto, si considera que hay riesgos de llevarlo a término, tanto para la madre como para el feto, o incluso para ambos. Entre las causas de esta medida, se encuentran la pre-eclampsia, diabetes, poco crecimiento fetal, u otros trastornos médicos generales, como una enfermedad renal.

-La inducción se puede llevar a cabo en cualquier momento después de las 24 semanas de gestación, si el riesgo para la madre o el feto es mayor, que el hecho de que sea un feto prematuro, independientemente de la madurez de los pulmones. Para evitar esta inmadurez, se administran esteroides a la madre antes de las 32 semanas.

-Si el parto no se produce al cabo de las 41 ó 42 semanas ,se realiza la inducción, ya que la placenta se vuelve inestable, a partir de este momento.

-Los métodos de inducción son:

- Aplicación de [prostaglandina E₂](#).
- [Amniorrexis](#), o rotura artificial del [saco amniótico](#).
- Administración intravenosa de [oxitocina](#).

-4.1.4.2.2.2)- Parto.

- [Parto.](#)

-Según la [Organización Mundial de la Salud](#) es la [matrona](#) o partera, el profesional indicado para la asistencia al [parto eutócico](#) o parto normal, incluyendo todas las acciones de monitorización, exploración, etc.

-4.1.4.2.3)- Puerperio.

-[Puerperio.](#)

-La estancia mínima de las mujeres que han realizado un parto en un hospital, es de seis horas. Si las pacientes son internadas, se llevan a cabo completas evaluaciones postnatales todos los días, o con mayor frecuencia si es necesario.

.Evaluaciones posnatales incluyen observaciones del bienestar general de la mujer, de sus pechos : con asistencia sobre lactancia materna o sobre la supresión de la misma, palpaciones abdominales : si no han tenido una cesárea, para chequear una posible involución del útero, chequeos de heridas de cesárea : el vendaje no tiene que ser eliminado para esto, chequeos de perineo, particularmente si se rasgó o tuvo puntos de sutura, revisiones de [loquios](#), aseguramiento de normal flujo de micción, detección de signos y síntomas de una trombosis venosa profunda, etc.

-4.1.4.2.4)- Atención del Recién Nacido.

- [Recién nacido.](#)

- [Neonatología.](#)

-Al nacer, el bebé recibe una puntuación de Apgar, como mínimo, al minuto y cinco minutos de edad. Se trata de una puntuación sobre 10, que evalúa el bebé en cinco áreas diferentes, con cada valor entre 0 y 2 puntos. Estas áreas son: el color, el esfuerzo respiratorio, el tono, el ritmo cardíaco, y la respuesta a estímulos. La matrona chequea al bebé por cualquier problema obvio, lo pesa y mide la circunferencia de su cabeza. La matrona se asegura que el cordón ha sido sujetado de forma segura, y que el bebé tiene la etiqueta, con los nombres de los padres correspondientes.

.La matrona realiza estas comprobaciones lo más cerca a la madre como sea posible y trata de devolver rápidamente el bebé a la madre. Se fomenta el contacto piel con piel, ya que esto regula la tasa cardíaca del bebé, la respiración, la saturación de oxígeno, y la temperatura - promoviendo la unión y la lactancia.

-En algunos países, los profesionales en matronería, son los encargados de asistir a los recién nacidos, que se encuentran hospitalizados en Unidades de Cuidados Neonatales, desde cuidados intermedios hasta cuidados intensivos. Las competencias del profesional le permiten asistir a recién nacidos de término o prematuros, con patologías medicas o de resolución quirúrgica.¹⁰.

-4.1.4.2.5)- Salud Sexual y Reproductiva.

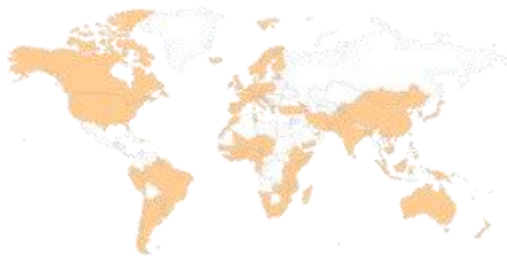
- [Salud sexual.](#)

- [Salud reproductiva.](#)

-La atención de la salud sexual y reproductiva comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas, de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida. Entre otros, incluye:¹¹.

- La promoción de una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población. La asesoría en materia de anticoncepción y prevención de comportamientos de riesgo, para evitar y/o disminuir los embarazos no deseados, e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- La detección en la mujer de factores de riesgo y problemas ginecológicos: ejecución de actividades de detección precoz de: cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y otros.
- La atención de la mujer con problemas ginecológicos y de transmisión sexual. La atención de la mujer en el climaterio.

-4.1.4.3)- Ámbito de Práctica de la Obstetricia : Matronería.



-Presencia de matronas alrededor del mundo : 106 países, basado en información oficial de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) al 2015.¹².

-La matrona o partera, está reconocida como la profesional responsable de brindar a las mujeres el soporte, cuidado y asesoramiento necesarios durante el embarazo, parto y el puerperio, de dirigir nacimientos bajo su propia responsabilidad y de proporcionar cuidados al recién nacido y al lactante. Este cuidado incluye medidas preventivas, la promoción del nacimiento natural, la detección de complicaciones en madre y niño, el acceso a atención médica u otra apropiada asistencia y la toma de medidas de emergencia.

-La matrona tiene la importante tarea de brindar educación y asesoría en salud, no sólo para la mujer, sino también para la familia y la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para ser padres y puede extenderse a la salud de la mujer, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

-Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, incluyendo la casa, comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud.²

-4.1.4.4)- Modelo de Atención Obstétrica Dirigido por Matronas.

-El "modelo de atención dirigido por matronas", es aquel donde una o más matronas tienen la responsabilidad primordial de la atención de las mujeres embarazadas, con una red multidisciplinaria de consulta, y de referencia a otros proveedores de la atención sanitaria, en caso sea necesario. Esto es diferente al "modelo de atención dirigido por médicos", donde

un médico obstetra, es el principal responsable. En los "modelos de atención compartida" la responsabilidad puede ser compartida entre una matrona y/o un médico obstetra.¹³.

-De acuerdo con una revisión Cochrane de los sistemas de salud pública en Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido, "a la mayoría de las mujeres se les debe ofrecer modelos de atención dirigidos por matronas , y las mujeres deben ser alentadas a pedir esta opción, aunque se debe tener precaución en la aplicación de este política, en las mujeres con complicaciones médicas u obstétricas sustanciales". El modelo de atención dirigido por matronas tiene efectos como:¹³.

- La reducción en el uso de la epidural, con menos episiotomías o partos instrumentales.
- El aumento de las posibilidades de que la mujer embarazada, sea atendida por una matrona conocida.
- El aumento de las probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo.
- La disminución en el riesgo de parto prematuro.
- La disminución en el riesgo de perder al bebé antes de las 24 semanas de gestación, aunque no parece haber diferencias en el riesgo de perder al bebé después de las 24 semanas.

-Básicamente la matrona y el médico obstetra, realizan el mismo trabajo, con la diferencia de que la matrona está más relacionada al proceso obstétrico normal y natural, y el médico obstetra está más relacionado al proceso obstétrico quirúrgico e intervencionista.

-4.1.4.5)- Historia de la Obstetricia : Matronería.

-Debido a la importancia de su acción, la obstetricia , como asistencia del parto, es una práctica que ha existido desde los albores de la civilización humana.

-4.1.4.5.1)- Cultura Hebrea.

-El conocimiento concreto , 1700 a. de C., de las primeras parteras, lo tenemos a través de la Biblia donde existen citas textuales, que hacen referencia al trabajo de la partera. Nos referimos a las comadronas hebreas, mujeres que gozaban de una consideración distinguida y prestigio social. La necesidad de sus servicios en la corte, y entre las damas aristocráticas ,les hacía frecuentar las casas y palacios, y el trato con altas dignidades y mandatarios.

-4.1.4.5.2)- Antiguo Egipto.

-De la civilización egipcia se sabe que, tanto el médico como la comadrona, eran profesiones libres, al igual que la de veterinario que también existía. Gozaban de gran prestigio y de la estima de sus conciudadanos. Por estas circunstancias se piensa que la enseñanza de estos profesionales estaba basada en la experiencia práctica, que se iba adquiriendo al estar junto con otro más experimentado. El alto estatus social de la mujer en el Antiguo Egipto, independientes social, legal y sexualmente y no discriminadas en cuanto al acceso a las enseñanzas médicas, está auspiciada por el desarrollo de la escritura; esta impulsó el conocimiento ginecológico y obstétrico, y por tanto, una cuidadosa atención a la patología obstétrica, ginecológica y a sus prácticas, como atestiguan los papiros encontrados.

.El [papiro Ebers](#), datado entre el 1900 y 1550 antes de Cristo, comprende cinco columnas de papiro, que tratan sobre ginecología y obstetricia, narrando específicamente de la aceleración del parto y la realización de pronósticos, sobre la pervivencia del recién nacido.

.El [papiro Westcar](#), fechado en 1700 a. C. incluye instrucciones para calcular la fecha prevista de alumbramiento, y describe distintos tipos de sillas de parto.

.Los [bajorrelieves](#) encontrados en las estancias reales en Luxor y en otros templos, también atestiguan la importante presencia, que la profesión tenía en la cultura egipcia.

-Véase también: [Mammisi](#).

-4.1.4.5.3)- Cultura Greco-romana.

-La medicina griega, se proveyó de los conocimientos egipcios sobre embarazo y parto.

.En la Grecia Clásica, las comadronas o “maiai” : partera, gozaban de elevada dignidad y alto reconocimiento social, en estrecha relación con los filósofos, lo mismo que el arte de la Partería, o Mayéutica. La ley ateniense exigía para ejercer este oficio, haber sido madre y no estar ya en edad de procreación.

.La madre de Sócrates, Phainarité, fue comadrona, y de la analogía que estableció el filósofo con el oficio de su madre, nombró Mayéutica a su método filosófico.

-En la antigua cultura greco-romana, el oficio de matrona era desempeñado por un amplio número de mujeres, entre las que se incluían aquellas de edad avanzada, que continuaban siguiendo la tradición médica popular, en los poblados del Imperio Romano, matronas entrenadas cuyo conocimiento emanaba de distintas fuentes, y mujeres con un alto grado de formación, que eran consideradas médicos femeninos.

-Tal y como describe el médico Soranus en el siglo II d.c. en su trabajo *Ginecología*, una “buena” matrona, tenía que aglutinar las siguientes características: culta, inteligente, poseedora de una buena memoria, amante de su trabajo, respetable y sin ninguna incapacidad, que disminuya la percepción de sus sentidos : p. ej. vista, olfato, oído, hasta impedirle realizar su labor, con los miembros intactos, fuerte y, de acuerdo con algunos, con dedos largos y finos, que acaben en una uña corta. Soranus, también recomienda que la matrona muestre una actitud comprensiva : aunque no es necesario que haya dado a luz, y que mantenga sus manos suaves, con el fin de mejorar la comodidad de la madre y el hijo. Plinio el Viejo, otro médico contemporáneo, valoraba la pertenencia a la nobleza, así como la tranquilidad y la discreción en una matrona.

.Es difícil encontrar en la antigüedad, una mujer que poseyera esta combinación de psique, virtud, habilidad y formación, por lo que parece que en estos tiempos, existían tres grados diferentes de matrona. El primero, era aquellas mujeres que conocían la técnica; el segundo ampliaba su conocimiento con la lectura de algunos textos sobre obstetricia y ginecología; pero el tercero, era un profesional intensamente formado y considerado, un especialista médico en la atención a la mujer.

-Las matronas eran conocidas con diferentes nombres en la antigüedad, como *iatrine*, *maia*, *obstetrix* y *médica*. A raíz de los hallazgos encontrados, parece que la matrona fuera tratada de forma diferente, en el Este del Mediterráneo que en el Oeste.

.En el este, algunas mujeres superaban la profesión de matrona (maia), siendo consideradas obstetras (iatros gynaikeios), necesitando para ello, una formación oficial. Así mismo,

aunque en número reducido, existían algunos tratados ginecológicos, escritos por mujeres de nombre griego, que circulaban entre los círculos médicos. Ateniéndonos a estos hechos, las matronas en el este, eran profesionales respetadas, que podían vivir de forma independiente, y con suficiente reconocimiento social, como para publicar trabajos leídos y citados por médicos. De hecho, el estudio de algunas reglamentaciones romanas, sugiere que las matronas disfrutaban de estatus y remuneración comparable a la de los doctores masculinos. Un ejemplo de una matrona, citada por médicos masculinos es [Salpe de Lemnos](#), quien escribía sobre las enfermedades de la mujer, y es mencionada en varias ocasiones en los trabajos de Plinio.

.Sin embargo, en la parte oeste del Imperio romano, se conoce la existencia de matronas, principalmente de los epitafios funerarios. De los pequeños ejemplos encontrados en estos epitafios, se han sugerido dos hipótesis: la primera es que la profesión de matrona no era ejercida por mujeres nacidas en el seno de familias libre durante varias generaciones. Por lo tanto, parece ser que la mayoría de las matronas eran de origen esclavo; y la segunda hipótesis es que, dado que la mayoría de los epitafios describen a las mujeres como manumitidas: esclavas liberadas, se puede presuponer que las matronas eran valoradas, obteniendo suficientes ingresos como para ganarse su liberación. No se ha podido averiguar cuáles eran los criterios, por los que se seleccionaban las esclavas, y se les formaba como matronas. Es posible que las esclavas fueran aprendices enseñadas por sus propias madres.

-Los deberes reales de la matrona en la antigüedad, consistían principalmente en la asistencia durante el parto, aunque también podían ayudar en otros problemas médicos relacionados con la mujer. A veces, la matrona llamaba a un médico, que colaboraba con ella, si aparecían complicaciones; en la mayoría de los casos, traía dos o tres ayudantes.

.Matronas y médicos de la antigüedad, creían que el parto era más sencillo para la mujer, si este se realizaba en posición sentada. Para esto, durante el parto, las matronas llevaban un taburete a la casa donde se iba a producir el alumbramiento. En el asiento de la silla, había un agujero con forma de luna creciente, a través del cual el niño nacía. La silla también tenía unos reposabrazos, a los que la parturiente se agarraba durante el alumbramiento.

.La mayoría de las sillas disponían de un respaldo, para que la madre empujara contra él, pero Soranus, sugiere que, en determinados casos, las sillas no disponían del mismo, siendo una asistente, la que se colocaba detrás de ella y la sujetaba.

.La matrona se ponía enfrente de la paciente, dilatando suavemente y tirando del feto, mientras daba instrucciones a la madre, sobre la forma de respirar, y de empujar durante las contracciones, y las asistentes ayudaban presionando el abdomen de la paciente.

.Finalmente, la matrona recogía al recién nacido, lo envolvía en un trozo de tela, cortaba el cordón umbilical, y lo limpiaba.

.Al bebé se le salpicaba con sal fina molida, natrón o aphronite, con la intención de secar los residuos del nacimiento, enjabonando seguidamente, volviendo a espolvorear y a enjabonar de nuevo.

.A continuación, la matrona limpiaba las secreciones de la nariz, la boca, las orejas y el ano.

.Las matronas eran animadas por Soranus, a poner un poco de aceite de oliva en los ojos del niño, con la intención de limpiarlos de residuos, y a colocar una pieza de lana humedecida con aceite de oliva sobre el cordón umbilical.

.Después del parto, la matrona inspeccionaba al bebé para saber si estaba sano para ser criado. Se cercioraba de que no presentara ninguna deformidad congénita, y comprobaba que su llanto era fuerte y sano.

.Finalmente, la matrona evaluaba las posibilidades de supervivencia del recién nacido, recomendando abandonarlo al aire libre, si presentaba deformidades graves.

-Un relieve en [terracota](#) del siglo II D.C. , encontrado en la tumba de Scribonia Attice, en Ostian, mujer del médico y cirujano M. Ulpius Amrinu, muestra con detalle un parto. .Scribonia era una matrona y el relieve la muestra realizando un parto, con la paciente sentada en la silla de partos, agarrándose a los reposabrazos, y con una ayudante detrás. .Scribonia aparece sentada en un taburete bajo, frente a la mujer, y con mirada distraída mientras asiste el parto, dilatando y masajeando el cérvix, tal y como aconseja Soranus.

-Los servicios de una matrona eran caros; este hecho sugiere, que las mujeres pobres que no podían pagar a una profesional, frecuentemente tenían que ser asistidas por las mujeres de su familia. Muchas familias ricas, tenían sus propias matronas. Sin embargo, la inmensa mayoría de las mujeres del mundo grecorromano, recibían los cuidados de manos de matronas contratadas, ya fueran profesionales altamente cualificadas o poseedoras de los conocimientos básicos de obstetricia. Asimismo, muchas familias tenían la oportunidad de elegir entre contratar a una matrona, que practicara la medicina tradicional popular, o los métodos modernos de asistencia.

.Como muchas otras cosas en la antigüedad, la calidad de los cuidados ginecológicos recibidos, dependía en gran medida del estatus socioeconómico de la paciente.

-4.1.4.5.4)- Edad Media.



-Mujer dando a luz en una silla de partos, recogido en el trabajo *Der Rosgarten*, de [Eucharius Rößlin](#).

-Durante la era cristiana, las matronas en Europa se volvieron importantes para la Iglesia, debido a su rol en los bautismos de emergencia, y comenzaron a ser reguladas por la Ley Canónica de la Iglesia Católica Romana.

.Durante el medioevo, el parto era considerado tan arriesgado, que la Iglesia pedía a las mujeres embarazadas, que preparan sus [mortajas](#) y confesaran sus pecados por si morían.

.La Iglesia se refería al Génesis 3:16, como el origen del dolor durante el parto, donde el castigo impuesto a Eva, por su desobediencia a Dios, es "Multiplicaré los sufrimientos de tus embarazos; darás a luz a tus hijos con dolor. Sentirás atracción por tu marido, y él te dominará".

.Un dicho medieval popular era: "Cuanto mejor es la bruja, mejor es la matrona". Para protegerse contra la brujería, la Iglesia exigía que las matronas recibieran una licencia del obispo, y realizaran un juramento, por el que rechazaban el uso de magia, para ayudar a las mujeres a dar a luz.

-Las matronas se formaban acompañando a otra mujer de más edad y experiencia, que venía cumpliendo con tal menester. Los conocimientos sobre los cuidados de la mujer embarazada, de la parturienta, de su recién nacido, de los métodos anticonceptivos y abortivos así adquiridos, se transmitían de generación en generación, normalmente de madres a hijas o a cualquier otro familiar. De esta forma, la partera se iba haciendo una experta en su ámbito de actuación. Esta forma de transmisión del conocimiento y del saber, puso a la matrona en situaciones de destierro y riesgo para su vida, acusada de magia, brujería y superstición, durante mucho tiempo.

-4.1.4.5.5)- Renacimiento.

-La obstetricia se instituyó como especialidad lentamente, al principio como una especialidad menor y desvalorizada, en manos de barberos-cirujanos, que viendo la necesidad de un emporio, con el que posicionarse en el mundo de la medicina, del que habían sido excluidos hasta el momento, hicieron acopio de la experiencia acumulada por ellos, y la tradujeron en un considerable conocimiento científico, con el consiguiente enfrentamiento con el cuerpo médico y las matronas, siendo estas últimas, las que quedaron marginadas a pesar de su resistencia.

-El siglo XVI, supondrá un "Renacimiento de la Obstetricia", esta nueva etapa en los cuidados maternos, que coincide con la publicación de una serie de libros, concebidos para la educación de las matronas.

.En el Siglo XVI, es la iglesia quien concede licencias para practicar como matrona; en 1557, el Obispo de Canterbury, le otorgará la licencia a una matrona llamada Eleanor Pead, que entre sus funciones se encuentra la del bautismo, en aquellos casos de recién nacidos moribundos o demasiado enfermos, para trasladarlos hasta la iglesia para su bautismo.

-La más conocida de las matronas francesas de la época, fue la célebre comadrona Louise Bourgeois, nacida en 1563, cerca de París, donde se casó con un joven cirujano-barbero, llamado Martín Boursier, alumno y ayudante de Ambrosio Paré. Su gran actitud y conocimientos en obstetricia, la llevaron a ser conocida como: "la más diestra de las Comadronas de su época", y su fama hizo que fuese nombrada "comadrona de la corte de Enrique IV", donde tuvo el honor de asistir al parto de la reina María de Médicis, recogiendo en sus manos, al futuro rey Luis XIII, y posteriormente seguiría asistiendo a los nacimientos

de príncipes, infantes e infantas de Francia.

.Las matronas francesas fueron más conscientes, que las del resto de Europa, de la necesidad de perfeccionar sus conocimientos, y actuar como profesionales con base científica, por el hecho de que en Francia, la obstetricia se desarrolló antes que en ningún país, y desde allí se difundió.

-La división entre cirujanos y matronas creció, como consecuencia de que los médicos empezaran a aseverar, que sus procedimientos científicos modernos, eran mejores para las madres y los niños, que los tradicionales utilizados por las matronas.

.Si este argumento era o no válido, se puede deducir de la entrada de Justine Siegemund, renombrada matrona alemana del siglo XVII, cuya *Court Midwife* , en 1690, fue el primer texto médico alemán realizado por una mujer.

-4.1.4.5.6)- Edad Contemporánea.

-El siglo XVIII , será de gran importancia para la obstetricia, por la gran cantidad de manuales que se generan tanto para matronas, como para cirujanos comadrones, y por la pérdida de la hegemonía, que venían ostentando las matronas, en la asistencia al parto.

.Entre los nombres notables del siglo XVIII, se encuentra a dos “hombres-comadrones”, que jugaron un papel primordial, en la transición desde la matrona medieval, a la obstetricia moderna. El primero, fue Fielding Ould, quien estableció la práctica de matrona, como una ciencia sujeta a la investigación científica, al escribir su “A Treatise of Midwifery” , en 1742.

-En el transcurso del siglo XVIII, como consecuencia de regulación de los estudios de cirujanos y matronas, son varios los manuales que se publicaron, dedicados al arte obstétrico de la formación de las parteras. Entre ellos, cabe destacar: “Cartilla nueva, útil, y necesaria, para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de partear” .

.Antonio Medina , en 1750: “Nuevo y natural medio de auxiliar, a las mujeres en los lances peligrosos de los partos, sin operación de manos ni instrumentos” .

.Babil de Gárate , en 1756: “Instrucciones sucintas sobre los partos, para la utilidad de las Comadres” .

.Joseph Raulin , en 1772: “Embriología sagrada o Tratado de la obligación que tienen los curas, confesores, médicos, comadres, y otras personas, de cooperar a la salvación de los niños, que aún no han nacido.

.De los que nacen al parecer muertos, de los abortivos, y de los monstruos” de Francisco Cangiamila , en 1785.

- La primera formación reglada de las matronas en España, se inició en 1790, en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos, de Madrid, siendo el catedrático Agustín Ginesta, el encargado de la enseñanza^{14 15} .

.Uno de los catedráticos del Colegio, Juan de Navas, escribió un libro, en 1795, destinado a la formación de estas profesionales : “Elementos del arte de partear”. Su propia hija, Concepción de Navas, obtuvo el título de matrona en el Colegio¹⁶ .

-A finales del siglo XVIII, en Inglaterra, la mayoría de los bebés eran sacados por una matrona, pero a comienzos del siguiente siglo, la mayoría de esos niños eran traídos al

mundo por cirujanos. Se ha escrito gran cantidad de estudios, que tratan sobre este cambio histórico.

-Los científicos sociales alemanes Gunnar Heinsohn y Otto Steiger, han postulado una teoría por la que la profesión de matrona, se convirtió en objeto de persecución y represión, por parte de las autoridades públicas, debido a que las matronas no poseían únicamente el conocimiento y la habilidad para asistir a la parturiente, sino que también se encargaban de la contracepción y el aborto.

.De acuerdo con la teoría de Heinsohn y Stieger, el estado moderno persiguió a las matronas como brujas, en un esfuerzo de repoblar el continente europeo, el cual había sufrido una enorme pérdida, de mano de obra, como resultado de la peste bubónica , también conocida como la peste negra, que había barrido el continente en diferentes oleadas, empezando en 1348.

.Ellos interpretan que las cazas de brujas, enfocadas como ataque a las matronas y a su conocimiento, sobre el control de la natalidad, teniendo un objetivo demográfico en mente.

.De hecho, después de las cazas de brujas, el número de hijos por madre aumentó de forma significativa, dando nombre a lo que ha sido llamado, como la explosión poblacional europea de la era moderna, generando una gran masa de personas jóvenes, que permitieron a Europa, colonizar grandes partes del resto del mundo.

.Mientras, los historiadores especializados en la [caza de brujas](#), se han mostrado críticos con este enfoque macroeconómico, y siguen a favor de una perspectiva y explicación a bajo nivel, el prominente historiador sobre el control de la natalidad John M. Riddle, ha expresado su acuerdo.

-4.1.4.5.7)- Siglo XX.

-En el Siglo XX, llegará la verdadera profesionalización de la obstetricia, cuando se asume que la instrucción y la investigación, son partes fundamentales para determinar un nivel de profesión, donde aflora el interés de las organizaciones profesionales, por mantener el nivel educativo y de servicio, y se produce el reconocimiento legislativo de la formación y función social.

-4.1.4.5.8). En Uruguay: Escuela de Parteras.



Escuela de Parteras - Facultad de Medicina - Universidad de la República

Bvar. Artigas 1550 - Hospital Pereyra Rossell C.P. 11600 Montevideo - Uruguay

BEDELIA de Lunes a Viernes de 11:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00 hs Gral. Flores y Yatay -

Facultad de Medicina, Anexo frente al Edificio Central correo electrónico:

bedeliaparteras@fmed.edu.uy tel: (+598) 29243414 int. 4719 - 4725 - telfax: (+598) 29241557

-Bedelía:

Adjunto	Tamaño
-Importante - Resolución General de Comisión Directiva.pdf	45.62 KB
-INSCRIPCION OBLIGATORIA POR INTERNET.pdf	192.89 KB
-DIAGRAMA DE PREVIATURAS DE 1ERO A 2DO AÑO.pdf	55.91 KB
-DIAGRAMA DE PREVIATURAS DE 2ERO A 3ER AÑO.pdf	50.66 KB
-FORMULARIO TRAMITE TÍTULO PARTERAS.pdf	92.06 KB
-Constancia de Presentación de Examen para el Docente.odt.	184.05 KB
PLAN DE ESTUDIOS Aprobado por CDC 2 de diciembre de 1996.pdf.	515.87 K 29.66 KB
<i>- INGRESO A CARRERA OBSTETRA PARTERA: Año 2016:</i>	

-FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:

-Aquellos interesados en inscribirse a la Carrera de Obstetra Parteras, de la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina, deberán bajar de internet y completar el formulario de solicitud de inscripción que se verá en la siguiente dirección:

<http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/inscripciones/> partir del 1º de febrero del 2016.

.El formulario deberá presentarlo el interesado en la fecha, que éste le indique en el Departamento de Enseñanza de la Facultad de Medicina (Bedelía) , (en Anexo: frente a Facultad - Edificio Higiene (Ciclo Básico), por Gral. Flores), junto con toda la documentación exigida para la inscripción. Dicho formulario deberá completarse en su totalidad en computadora o a máquina, y estar firmado .

-PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: El mismo estará comprendido entre el 04 de febrero al 24 de febrero de 2016, de 10 a 12 hs, para estudiantes sin materias de secundaria, y del 25 de febrero al 02 de marzo de 2016, de 10 a 12 hs, para estudiantes con 1 previa a rendir en abril.

-REQUISITOS DE INGRESO: Todo interesado en ingresar a la Escuela de Parteras deberá: HABER FINALIZADO Y APROBADO EL BACHILLERATO, OPCIÓN MEDICINA, ORIENTACIÓN BIOLÓGICO.

-DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

1. Certificado de Secundaria (ANEP), Fórmula 69A, o 69B con una sola materia previa al mes de abril, con destino "Escuela de Parteras": con sello y firma del liceo, Secretario y Director.
2. Cédula de Identidad vigente y fotocopia de la misma: en hoja formato A4.
3. 1 foto carné actual. : tamaño estandar y papel fotográfico.
4. Carné de salud básico vigente, expedido por cualquier institución habilitada por el MSP.

-NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN SI NO SE CUENTA CON TODA LA DOCUMENTACIÓN; CON LA FÓRMULA 69B SE ADMITIRÁ EL INGRESO CONDICIONAL, CON UNA MATERIA PREVIA QUE DEBERÁ SER APROBADA EN EL PERÍODO DE ABRIL.

-NO SE ACEPTARÁN INSCRIPCIONES FUERA DEL PLAZO ESTABLECIDO.

-INSCRIPCIONES CONDICIONALES:

.Se aceptará la inscripción condicional con una única materia previa de secundaria al mes de abril. Los interesados que se encuentren en esta situación, deberán concurrir los últimos días de inscripción, entre el 25 de febrero al 02 de marzo, con el formulario de solicitud de inscripción y la formula 69 B con previa a rendir en abril.

.Aquellos estudiantes que realizaron sus estudios secundarios en el extranjero, y deban culminar el trámite de reválida con la ANEP, (Ord.de ingreso Estudiantes Extranjeros N°14 del 16/02/87 , tendrán plazo para regularizar su situación hasta el 30/06/16.

-REINSCRIPCIÓN A CURSOS:

.Quienes ya son estudiantes de Parteras y perdieron los cursos en años previos, o deseen recursar los mismos, deberán realizar la inscripción únicamente por internet en : www.bedelias.edu.uy, medicina carrera 81 Obstetra Parteras, en las fechas establecidas a tales efectos, para las materias de primer año, que deseen recursar. **NO SE ACEPTARÁN INSCRIPCIONES FUERA DE FECHA.**

-A PARTIR DEL 1º FEBRERO BAJAR FORMULARIO AQUÍ:

<http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/inscripciones/>

-IMPORTANTE: .Las inscripciones se realizarán **UNICAMENTE** en el período estipulado anteriormente, **NO SE INSCRIBIRÁ A NADIE FUERA DE FECHA.** La inscripción es **PERSONAL**, esto significa que el/la interesado/a a ingresar a la Escuela, se debe presentar en Bedelía, al momento de realizar dicha inscripción.

-La Carrera tiene un único horario.

.Pueden ingresar ambos sexos sin límite de edad.

.La Escuela de Parteras se encuentra ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

.La carrera no tiene prueba de ingreso.

-En el momento de la inscripción deberán traer todos los documentos solicitados, si faltara alguno de ellos, no se podrá realizar la misma.

.Una vez que entreguen toda la documentación en Bedelía, se les dará la constancia de inscripción, y una contraseña a cada estudiante, con la cual deberán ingresar 24 horas después de entregada, a la siguiente página: www.bedelias.edu.uy/medicina/;

y en la misma deberán completar el formulario estadístico, que figura en el menú de la izquierda, y luego deberán realizar la inscripción a las materias, que desean cursar en el corriente año de la carrera 81 Obstetra Parteras.

.Aquellos estudiantes que se inscribieron con una previa, tendrán tiempo hasta el último día del mes de abril 2016, para presentar la formula 69 A, acreditando el examen pendiente como aprobado.

-Perfil profesional: El egresado de la carrera de Obstetra-Partera de la Universidad de la República, estará capacitado para proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias, durante el embarazo, el parto, y el post parto, atender los partos por su propia responsabilidad, y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica.

-Mundo Laboral: El egresado de la carrera de Obstetra-Partera de la Universidad de la República, puede ejercer su profesión en lugares como: hospitales, consultorios, centros de salud, domicilios y en cualquier otro servicio.

-La Universidad de la República es la institución pública a nivel nacional que ofrece enseñanza superior en todas las áreas del conocimiento y la cultura. Las carreras de grado en la Universidad de la República son gratuitas.

La meta principal es a través de la vocación transformadora propia de una institución y comprometida con la sociedad, manteniendo una permanente actitud crítica en el desempeño de sus funciones:

- Enseñanza
- Investigación
- Extensión.

-Enseñanza: La enseñanza universitaria busca formar personas autónomas y capaces de seguir aprendiendo siempre a alto nivel, con capacidad para la crítica y para la formulación de propuestas. Por ello, la enseñanza universitaria debe realizarse junto con la investigación y la extensión.

-Universidad de la República-Facultad de Medicina: Escuela de Parteras.Carrera Binacional de Obstetricia.

-Título que se otorga: Licenciada en Obstetricia.

.Este título habilita a ejercer en todo el territorio Uruguayo y Argentino.

Requisitos de Inscripción:

-
-ATENTOS: A PATIR DEL 2014, SE PERMITE EL INGRESO A ESTUDIANTES DE AMBOS SEXOS:

- Ser mayor de 18 años.
- Bachillerato opción Medicina aprobado o con una materia previa únicamente hasta el mes de abril, en este caso la inscripción es condicional hasta el 29 de abril
- 4 Foto carne de 4 cm. x 4 cm. con fondo blanco
- Fotocopias por cuádruplicado de:
 - ü Cédula de Identidad vigente
 - ü Credencial Cívica
 - ü Carné de salud básico vigente expedido por cualquier institución, habilitada por el Ministerio de Salud Pública.
 - ü Carné de Vacunas vigentes
 - ü Grupo Sanguíneo con factor RH

- Jura de la bandera
- Partida de Nacimiento
- Certificado de Secundaria (ANEP) Fórmula 69 A o Fórmula 69 B (con una sola materia previa), indicando orientación correspondiente y destino a Carrera Binacional de Obstetricia de Facultad de Medicina.

- - La inscripción debe ser en forma personal en el sub-suelo de Maternidad del Hospital Escuela de Paysandú, Montecaseros 520
- Desde el 03 al 21 de febrero de 2016, en el horario de 8 a 12:00 hs.
- Sin examen de ingreso.

-NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN SI NO SE CUENTA CON TODA LA DOCUMENTACIÓN.

.Duración de la carrera: 4 años. Desarrollo:

- El 1er año se dicta todo en Concepción del Uruguay (Argentina).
- El 2do año se dicta el primer semestre en Paysandú y el segundo semestre en Concepción del Uruguay (Argentina).
- El 3er año se dicta el primer semestre en Concepción del Uruguay, y el segundo semestre en Paysandú
- El 4to año se realiza la pasantía. Las alumnas uruguayas en Uruguay, y las alumnas argentinas en Argentina.

-Por consultas al teléfono 472 41825, o dirigirse al sub-suelo de Maternidad del Hospital Escuela de Paysandú, Montecaseros 520. E-mail cbopaysandu@hotmail.com



-GUÍAS:

- Guía de Práctica Clínica de Detección Temprana del Cáncer de Mama (Segunda versión).

-Esta guía ha sido desarrollada por un equipo multidisciplinario e interinstitucional, a través de un proceso de adaptación a las condiciones locales y nacionales de guías [...]

- Información para el ofrecimiento de la Vacuna contra el HPV.

-Este folleto contiene información resumen acerca del Plan Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, y en especial, acerca de la vacuna contra el Virus [...]

- Guía Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello de Útero.

-La presente guía contiene indicaciones técnicas para la realización del tamizaje de cáncer de cuello de útero, estableciendo procedimientos estandarizados para los distintos prestadores de salud [...]

- Guía para el abordaje de la coinfección de tuberculosis y VIH

La presente guía pretende orientar la atención de las infecciones de tuberculosis por parte de personas viviendo con VIH en todos los niveles de atención. Se [...]

- Manual de atención en embarazo, parto y puerperio

El presente manual fue elaborado por el Ministerio de Salud Pública que establece los lineamientos de atención durante el embarazo con el objetivo es mejorar los [...]

- Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la Reproducción Asistida

El presente manual contiene indicaciones técnicas para el manejo de la prestación de la Reproducción Humana Asistida (RHA) en los centros de salud de todo el [...]

- Manual de Orientación en Anticoncepción Reversible y No Reversible

Este manual elaborado por el Ministerio de Salud Pública contiene recomendaciones para la consejería y orientación en materia de anticoncepción, contemplando tanto los métodos reversibles como [...]

- Guía para la Eliminación de la Sífilis Congénita y la Transmisión Vertical del VIH

La presente guía clínica contiene lineamientos e indicaciones para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH (esto es, de madre a [...])

- Manual Operativo de Administración Logística de Insumos de SSR

-Este manual elaborado por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública tiene como cometido orientar el trabajo de los/as efectores/as de [...]

- Guía para la Estimación de Necesidades y Programación de Compras en SSR

-La siguiente guía tiene como cometido brindar herramientas a los y las profesionales de los centros de salud para la correcta estimación y compra de materiales, [...]

- Guías en SSR: Abordaje en personas con discapacidad

-Esta guía, que forma parte de la serie de guías para la atención integral en los servicios de SSR, trata sobre el abordaje en personas con [...]

- Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

-La Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) desarrollada por el Ministerio de Salud Pública, define el proceso, los métodos, derechos y riesgos. Con [...]

- Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

-El presente manual de procedimiento para el manejo sanitario de la IVE, acompaña la guía técnica redactada también por el Ministerio de Salud Pública. A través [...]

- **Guía de abordaje integral de la salud de adolescentes. Módulo: SSR**

-Este módulo de la guía elaborada para la atención integral de la salud de los adolescentes en el primer nivel de atención, contiene indicaciones sobre cómo [...]

- **Guía de Seguimiento a Recién Nacidos con muy bajo peso al nacer**

-Esta guía elaborada por MSP tiene como objetivo la unificación de criterios de atención y seguimiento a los recién nacidos de muy bajo peso al nacer [...]

- **Guía Nacional de Vigilancia al Desarrollo de Niños/as menores de 5 años**

-Este documento contiene una serie de indicaciones para el seguimiento desde los centros de salud del desarrollo de niños y niñas menores de cinco años, en [...]

- **Guía de Implementación de Servicios de SSR en prestadores de salud**

-La presente guía contiene los lineamientos básicos a seguir por todos los prestadores de salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para la [...]

- **Guía de Atención a Mujeres en Climaterio**

-La siguiente guía forma parte de la serie de guías en SSR y contiene una serie de recomendaciones para el primer nivel de atención, con énfasis [...]

- **Guías en SSR: Diversidad Sexual**

-Guía elaborada por el Ministerio de Salud Pública, en el marco de las guías para la atención en salud sexual y reproductiva. Contiene recomendaciones para la [...]

- **Guías para el abordaje integral en la salud de adolescentes**

-Las presentes guías incluyen una serie de recomendaciones para la atención de la salud de los adolescentes, de manera integral, en el primer nivel de atención [...]

- **Protocolo para la Profilaxis post Exposición Accidental Ocupacional**

-El siguiente protocolo contiene los pasos a seguir para profilaxis post exposición (PPE) en caso de producirse algún accidente ocupacional que pusiera al trabajador/a de la [...]

- **Lactancia Materna para bebés con Trisomía 21 (Síndrome de Down)**

-Este material ha sido diseñado con el objetivo de servir de apoyo a las familias con bebés con Síndrome de Down, aunque también para orientar a [...]

- **Consumo de Drogas durante el Embarazo**

-El siguiente documento contiene análisis, reflexiones y recomendaciones sobre cómo actuar frente a usuarias con consumo problemático de drogas durante el embarazo. Hacé click acá para [...]

- **Buenas Prácticas de Alimentación al Lactante y Niño/a Pequeño/a**

-El presente documento pretende orientar el trabajo de los equipos técnicos que intervienen en las “maternidades”, con “buenas prácticas” de alimentación para lactantes y niños/as pequeños/as [...]

- **Aportes para el Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel**

-Este documento contiene una serie de recomendaciones y lineamientos para la atención integral de la salud de los adolescentes en los prestadores de salud, brindando herramientas [...]

- **Protocolo a seguir para denunciar a una institución médica**

-Desde MYSU acercamos los pasos estipulados por el MSP a seguir para realizar una denuncia administrativa a un centro de salud, ya sea una queja o [...]

- **Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro**

-En el marco del Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia, se elabora este documento con recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la [...]

- **Mapa de Ruta para Situaciones de Violencia en Niños/as y Adolescentes – CEIP**

-El presente documento contiene el mapa de ruta a seguir al enfrentarse a situaciones de maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes identificadas en [...]

- **Protocolo de Abordaje a Situaciones de Violencia en Adolescentes – CES/CETP**

-El presente documento contiene los pasos a seguir al enfrentarse a situaciones de maltrato y abuso sexual a adolescentes identificadas en los centros de educación media [...]

- **Mapa de Ruta para Situaciones de Violencia en Niños/as y Adolescentes – MSP**

-El presente documento contiene el mapa de ruta a seguir al enfrentarse a situaciones de maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes identificadas en [...]

- **Indicaciones para la atención en caso de violación sexual**

-Adhesivo con indicaciones para la atención de personas en caso de violación sexual en los centros de salud. Este adhesivo contempla la profilaxis para la prevención [...]

- **Profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría**

-Protocolo que contiene indicaciones para la atención y tratamiento en VIH para niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta las especificidades de la infección en esta [...]

- **Directrices para la consejería/orientación en VIH/SIDA**

-Este protocolo, elaborado en base a las recomendaciones y directrices internacionales, contiene el marco de referencia que los equipos de los prestadores de salud deben de [...]

- **Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer**

-Este documento esta dirigido a los centros de salud del país, indicando el procedimiento a seguir en la atención a mujeres en situación de violencia. Contiene [...]

-4.1.4.6)- Definiciones y Términos Obstétricos.

- *embrión* - concepto que va desde el momento de la implantación del cigoto en el útero hasta la semana 10 de gestación,
- *feto* - desde la semana 10 de gestación hasta el nacimiento,
- *infante* - desde el nacimiento hasta cumplir el primer año de vida,
- *edad gestacional* - tiempo desde la fecha de última menstruación (FUM) al presente,
- *primer trimestre* - hasta la semana 14 de gestación,
- *segundo trimestre* - de la semana 14 a las 28 de gestación,

- *tercer trimestre* - de la semana 28 de gestación hasta el alumbramiento
- *viabilidad* - edad mínima para que el feto pueda sobrevivir, se comprende dentro del tercer trimestre,
- *recién nacido previsible* - alumbramiento anterior a las 24 semanas de gestación,
- *recién nacido pretérmino* - alumbramiento entre las semanas 24 y 37 de gestación,
- *recién nacido a término* - alumbramiento entre las semanas 37 a 42 de gestación,
- *gravidad (G)* - número de veces que una mujer ha estado embarazada,
- *paridad (P)* - número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana ¿20? o con un infante de peso mayor a 500 g.
- *Ga Pw-x-y-z* - a = número de embarazos, w = número de alumbramientos términos, x = número de alumbramientos pretérmino, y = número de embarazos fallidos, z = número de hijos nacidos vivos; ejemplo, G4P2-1-1-3 significa que una mujer tuvo un total de 4 embarazos, de los cuales 2 fue término, 1 pretérmino, 1 fallido y tuvo un total de 3 hijos nacidos vivos (2 términos + 1 pretérmino) otra clasificación es Gx Px Cx Ax, donde Gx corresponde al número de gestaciones de la gestante (por ejemplo, "G:1" significa "1 gestación"), Px corresponde al número de partos eutócicos (sin complicaciones) y Cx al número de cesáreas de la paciente (por ejemplo, "C:1" significa "1 cesárea"). Ax es el número de abortos de la gestante. Todos estos datos están incluidos en los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente.

-4.1.4.7)- Véase También.

- [Obstetricia : especialidad médica .](#)
- [Planos de Hodge.](#)
- [Hemorragia obstétrica.](#)
- [Neonatología.](#)

-4.1.4.8)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ «Definición de obstetricia o matronería»](#). Enciclopedia Británica.
2. [↑ Saltar a: ^a ^b ^c «Definición internacional de matrona»](#). Confederación Internacional de Matronas.
3. [Volver arriba ↑ «Die Hebamme in Belgien»](#). Belgian Midwives Association (BMA).
4. [Volver arriba ↑ «Vecmātes specialitātes nolikums»](#). Latvijas Vecmāšu Asociācija.
5. [Volver arriba ↑ «Les compétences des sages-femmes»](#). Ordre des sages-femmes.
6. [Volver arriba ↑ «Verloskundige rollen»](#). Academie Verloskunde Maastricht.
7. [Volver arriba ↑ «Waarom Verloskunde?»](#). Academie Verloskunde Amsterdam Groningen.
8. [Volver arriba ↑ Competencias esenciales para la práctica básica de la partería 2010 \(documento revisado 2013\)](#)
9. [Volver arriba ↑ Normas globales para la formación en partería \(2010\)](#)
10. [Volver arriba ↑ «Especialidad en Neonatología de matronas \(ejemplo promedio de estudios de postgrado\)»](#). Universidad de Valparaíso. Consultado el 26 de septiembre de 2016.

11. [Volver arriba ↑ «El Rol de Matronas Profesionales en la Promoción de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva»](#). Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Consultado el 26 de septiembre de 2016.
12. [Volver arriba ↑ «Asociaciones de Matronas a nivel mundial»](#). Confederación Internacional de Matronas..
13. [↑ Saltar a:](#) ^a ^b Sandall J et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 21;8:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3. [PMID 23963739](#)
14. [Volver arriba ↑ Ruiz-Berdún, Dolores \(2013\) La primera enseñanza reglada de las matronas en España: el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. Lluï: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. Vol. 36, Nº 78, págs. 387-410](#)
15. [Volver arriba ↑ Ruiz-Berdún, Dolores \(2014\) La enseñanza de la Obstetricia en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos](#), Medicina & Historia. Vol. 34, nº 1, pags. 22-35.
16. [Volver arriba ↑ Ruiz-Berdún, Dolores \(2012\) La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas. Cultura de los Cuidados, vol. 32, págs. 76-81](#)

-4.1.4.9)- Enlaces Externos.

- [De Partu](#).
- [Confederación Internacional de Matronas \(ICM\)](#).
- [Asociaciones de Matronas de países de todo el mundo](#).
- [Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño \(ASMRN\)](#).
-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Matronas](#).

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Obstetricia_\(matronería\)&oldid=94440040](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Obstetricia_(matronería)&oldid=94440040)»

- [Embarazo](#).
- [Ocupaciones de la salud](#).
- [Salud de la mujer](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 20 octubre de 2016 a las 21:17.

-4.1.5)- [Optometría](#).

-OPTOMETRIA FUNCIONAL.
- OPTOMETRIA PEDIATRICA.
-OPTOMETRIA GERIATRICA.
-OPTOMETRIA REFRACTIVA.

-4.1.6)- [Fisioterapia](#).

- [Fisioterapia Veterinaria.](#)
- [Fisioterapia traumatológica.](#)
- [Fisioterapia ortopédica.](#)
- [Fisioterapia ginecológica.](#)
- [Fisioterapia cardiovascular.](#)
- [Fisioterapia en cuidado crítico.](#)
- [Fisioterapia respiratoria.](#)
- [Fisioterapia en salud mental y psiquiatría.](#)
- [Fisioterapia torácica.](#)
- [Fisioterapia reumatológica.](#)
- [Fisioterapia Manual.](#)
- [Fisioterapia del deporte.](#)

-4.1.7)- [Enfermería.](#)

- [Enfermería Obstétrico-Ginecológica.](#)
- [Enfermería de Salud Mental.](#) «[Enfermería de Salud Mental](#)»)

-La enfermería de salud mental o enfermería psiquiátrica, es la especialidad de la enfermería que se encarga del cuidado de personas de todas las edades, con algún trastorno o [enfermedad mental](#), como lo son: la [esquizofrenia](#), [trastorno bipolar](#), [psicosis](#), [depresión](#) o [demencia](#). Los enfermeros especializados en esta área, reciben más información en terapias psicológicas, relación terapéutica y administración de medicación psiquiátrica.

-Historia en España:

.Es en el primer tercio del siglo XX, cuando comenzó a desarrollarse plenamente la enfermería mental.

.En 1903, se crea el Instituto de Reformas Sociales, que se encargará de diagnosticar los principales problemas de España, entre los que están la mortalidad infantil y la salud mental.

.En este siglo se mantiene custodiando a los locos en el sistema penitenciario y el sanitario.

.En 1923, se crea la Escuela Nacional de Puericultura (1923) y la Escuela Nacional de Sanidad en 1924, que buscan una solución al problema del cuidado de los enfermos mentales.

.En 1926, la búsqueda de soluciones ante este tipo de enfermos, llevó a la creación de una Escuela de Psiquiatría. Esta se encargó de realizar numerosas investigaciones acerca del enfermo mental, su tratamiento y curación. Al mismo tiempo, la Liga Española de Higiene Mental organizó comités en 1928, con el objetivo de proveer de informes a autoridades locales. En estos informes se encontraba el personal de enfermería y las características que debía tener para ejercer correctamente su labor con este tipo de enfermos.

.En 1931, surgió el Consejo Superior Psiquiátrico, que dependía de la Dirección General de Sanidad. Este grupo estudiaba con frecuencia los problemas mentales de la sociedad y dio lugar en este mismo año a la sección de psiquiatría y enfermedades mentales.

.En 1932, la enfermería de salud mental tuvo un gran avance, se implantó la ley de ordenación y regulación del personal sanitario en establecimientos psiquiátricos.

.Tras la Guerra Civil Española, la enfermería psiquiátrica sufrió un retroceso.

.No es hasta 1987, cuando se crea el título de "Enfermería de Salud Mental",¹ el cual comienza a impartirse a partir de 1998, en las universidades españolas.²

- [Enfermería Geriátrica](#).
--Enfermería Geriátrica: --
- De Wikipedia, la enciclopedia libre: «[Enfermería Geriátrica](#)»)



- Anciana celebrando su cumpleaños en una residencia de ancianos.
- La enfermería geriátrica es la especialidad en la cual el [enfermero](#) especialista, se encarga del cuidado del adulto mayor.¹ Los enfermeros [geriátricos](#) trabajan junto con el adulto mayor, su familia y la comunidad, para permitir un envejecimiento adecuado, con la máxima funcionalidad y [calidad de vida](#).²
- La enfermería geriátrica posee importancia para satisfacer las necesidades de la población que envejece. Debido a la mayor [esperanza de vida](#) y a la disminución de las [tasas de fecundidad](#), la proporción de población que se considera de edad avanzada es cada vez mayor. Entre los años 2000 y 2050, el número de personas que tienen más de 60 años de edad, se prevé que aumente de 605 millones a 2000 millones : fenómeno conocido como [envejecimiento poblacional](#).
- .Esta proporción de adultos mayores es elevada y sigue incrementándose en países desarrollados. En 2010, las personas mayores de 65 años o más, componían el 13% y el 23% de la población de los EE.UU. y Japón, respectivamente. En 2050, estas proporciones aumentarán al 21% y 36%.^{3 4}.
- Roles: La enfermería geriátrica se basa en los diferentes factores que afectan al adulto mayor.⁵
- .Los adultos mayores son más propensos que los adultos jóvenes, a sufrir una o más patologías crónicas, tales como: la diabetes, [enfermedades cardiovasculares](#), [cáncer](#), [artritis](#), discapacidad auditiva, o alguna forma de [demencia](#), como por ejemplo el [Alzheimer](#).⁶
- .Así mismo una de las causas por la que el paciente geriátrico, acude a los servicios de salud y requiera el cuidado de enfermeros, es el alto riesgo de caídas, el 20% de la población mayor de 65 años, presentan algún tipo de limitación en las actividades de la vida diaria que facilita las caídas, por lo que se requiere de un plan de reacondicionamiento funcional, por parte del personal de enfermería.⁷
- Los enfermeros geriátricos trabajan en una gran variedad de entornos, entre los que se incluyen: el [cuidado agudo](#) en hospitales, [rehabilitación](#), el hogar de los ancianos, o las residencias.^{8 6}.
- .Según expertos en enfermería geriátrica, los adultos mayores "son la actividad principal de la asistencia sanitaria" ^{9 10} El envejecimiento de la población y la complejidad de las necesidades en cuanto a atención de salud, que requieren los adultos mayores, significa que son más propensos que los jóvenes a utilizar los sistemas sanitarios.
- .En muchos lugares, la mayoría de los pacientes son ancianos. Por ello, los expertos

recomiendan que todos los enfermeros, y no solo los identificados como enfermeros geriátricos, adquieran conocimientos relacionados con el adulto mayor.

.Esta propuesta fue respaldada por 55 organizaciones estadounidenses de especialidades de enfermería.¹¹

.Es importante así la asistencia estrecha del adulto mayor tanto en instalaciones intrahospitalarias como extra-hospitalarias, ya que requieren de cuidados específicos.

.El profesional de enfermería tiene el conocimiento para el cuidado, así como la capacidad de educar y enseñar al adulto mayor, y aplicar su conocimiento para una pronta recuperación del índole, cual sea su padecimiento, así con su aportación ayuda al adulto mayor a ser auto-suficiente a entender su padecimiento.

.Así junto con otros profesionales de la salud, lograr una pronta rehabilitación y recuperación del adulto mayor, ya que hoy en día la demanda de asistencia de adultos mayores a ido aumentando considerablemente, es así que el profesional de enfermería tiene un compromiso con la sociedad en el ámbito de la salud.

- [Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.](#)
- [Enfermería Médico-Quirúrgica.](#)
- [-Enfermería pediátrica.](#)

- La enfermería pediátrica se encarga de proporcionar cuidados enfermeros a bebés, niños y adolescentes hasta los 16 años de edad. Aplican su conocimiento especializado para satisfacer las necesidades particulares de los niños. Pueden trabajar con los pacientes que tienen una enfermedad o lesión de duración variable, o con niños que tienen discapacidades. Los enfermeros pediátricos también trabajan en estrecha colaboración con las familias y cuidadores de los niños.

-Historia:

-Antiguamente, las madres y comadronas tenían la responsabilidad de la salud de los niños; hasta que en el siglo XV, se comienzan a tomar en cuenta para dar origen a la especialidad misma, que para el siglo XIX, se convierte en una disciplina científica.

.Donde Francia y Alemania, son las primeras naciones que desarrollan y ponen en práctica los conocimientos y servicios pediátricos, que se extenderá a toda Europa y a los Estados Unidos.

.La enfermería pediátrica se convierte en una especialidad en la segunda mitad del siglo XIX; antes eran las matronas quienes asistían los partos; la medicina popular se usaba para tratar a niños.

.Como antecedentes, en el antiguo Egipto aparecen temas de pediatría, cuyas prácticas son realizadas por las mujeres, por su valoración social: "dadoras" de vida, pueden cuidar de los demás.

.Sin embargo, los avances médicos egipcios y griegos no contemplan la necesidad de atender a los niños.

.Es hasta la Edad Media, cuando se reconoce que el niño tiene alma, por la dificultad de su cuidado hacía que fueran abandonados en las puertas de los hospitales o las iglesias por la noche, practica realizada tanto por la clase alta como la baja, tal vez, con el concepto de "piedad" y "amor al prójimo", por lo cual, si la madre moría en el parto, los frailes y monjas

se encargaban de hacer una cesárea para dar "cristiana" sepultura a la madre, y bautizar al niño, pero si ambos morían se les enterraba de acuerdo a los preceptos de la religión cristiana.

.Aunque, es más común que sean las comadronas las únicas encargadas de asistir a los partos hasta el siglo XVII, cuando aparecen los médicos especializados y encargados de tal situación; por lo que, en realidad, la supervivencia del recién nacido, depende de que le suministraran leche de buena calidad, una nodriza sustituta en lugar de la madre, pues al alimentarlos con leche de vaca, la mortalidad en los recién nacidos se elevaba.

.Para el siglo XIII, en varias obras de carácter científico, se aconseja a la nodriza que desempeñe las funciones que haría la madre en un hogar pobre; además de la lactancia, limpiar al niño, hablarle, masticarle la comida, entre otras.

.Para el siglo XV, en España, en un hospital de Barcelona, se reglamenta lo que una mujer debe procurar en el cuidado de los niños, la cual debía ser notable, honesta y de buenas costumbres.

.A finales del siglo XVI, aparecen los primeros tratados materno-infantiles realizados por médicos, con ideas de Hipócrates. En México, Vasco de Quiroga, recibe el calificativo de "Protector del niño indio en América", al fundar la primera casa-cuna, como un recordatorio de las acciones realizadas por las culturas mesoamericanas, que tienen un especial cuidado y dedicación con los niños.

.En el siglo XVIII, hay un interés sobre el niño, pues la tasa de mortalidad es alta. Tal vez, ocasionado por los escritos de Juan Jacobo Rousseau y Juan Enrique Pestalozzi, para educar al niño según sus características psicológicas y físicas, donde la salud de estos es importante para lograr una formación completa del futuro "ciudadano".

.Con estos conceptos, en la segunda mitad del siglo XIX, aparecen los primeros hospitales infantiles, por ejemplo, en E.U., el Hospital de Niños en Filadelfia, en 1855, es el primer hospital de pediatría, donde se origina la especialidad; aunque no se admitían niños con problemas de comunicación hasta 1895, cuando comienza a funcionar la escuela de enfermería, con lo que ya contó con el personal y equipo de trabajo, con conocimientos para brindar el nivel de atención y cuidado necesario. En España, se funda el Hospital del Niño Jesús, durante este periodo, el niño comienza a considerarse como objeto de conocimiento científico, que continuará durante el siglo XX, tomando en cuenta la formación de las enfermeras y el establecimiento de las escuelas de enfermería alrededor del mundo; como en el caso de México (1905).

-Para realizar su papel la enfermera pediátrica debe conocer:

- Características biológicas del niño como son: crecimiento, morfología, inmadurez orgánica, nutrición e inmunidad.
- Características médicas: expresividad a diferentes reacciones clínicas, influencia genética, terapéutica genuina (absorción, preparación de fármacos en dosis distintas).
- Características sociales; ambientales y pedagógicas.

-Por lo cual debe identificar sus objetivos y sus necesidades y planificar sus actividades del mejor modo posible para resolver los problemas que surjan. Entre sus principios están:

- Actuar para solucionar la urgencia prestada
- Ayudar a minimizar el dolor del niño y de su familia.
- Mantener las funciones vitales del niño.
- Mantener la integración de la piel.
- Favorecer el contacto del niño con sus padres.

- Tomar las medidas adecuadas para la estimulación y el desarrollo.
- Preparación psicológica ante cualquier procedimiento medico.
- Respetar las diferencias culturales.

- **Enfermería Familiar y Comunitaria.**

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. Redirigido desde «[Enfermería comunitaria](#)»)

-La enfermería comunitaria es la parte de la [enfermería](#), que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la [salud pública](#), los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad.

.El profesional de enfermería comunitaria contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su [autocuidado](#), en el marco de la [atención primaria de salud](#) (APS), la cual comprende promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, además de la prevención de la enfermedad.¹

-Roles:

.El rol del enfermero comunitario consiste principalmente en enseñarle a la persona, familia y comunidad a cuidarse por si mismos mediante el autocuidado.

.Este rol es diferente al de la enfermería asistencial ,que casi exclusivamente ofrece atención directa y acciones dependientes o interdependientes.

.A diferencia de esto, la enfermería comunitaria enfatiza sus acciones en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, considerando la comunidad, como el lugar a donde se deben dirigir los esfuerzos y el trabajo interdisciplinario, con la finalidad de fortalecer las conductas saludables y mejorar la calidad de vida de la población.

.Uno de los objetivos principales del [enfermero](#) comunitario, consiste en poder potenciar las capacidades de salud de las personas, transformando la dependencia en una autonomía mediante el autocuidado. De esta manera el individuo participa directamente y activamente en la prevención de la enfermedad; toma conciencia de su rol y aprende del personal de salud en este caso del personal de enfermería.

-4.1.8)- [Podología](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La podología : del griego ποδο-, *podo*: 'pie', y -λογία, *-logía*, 'estudio', es una rama de la [medicina](#) que tiene por objeto el estudio, diagnóstico y tratamiento de las [enfermedades](#) y alteraciones, que afectan el [pie](#).

.El podólogo es un especialista cualificado, a través de sus años de estudios y su entrenamiento, para el diagnóstico y tratamiento de diversas afecciones del pie y tobillo.

.Los profesionales podólogos tienen un amplio conocimiento en las ramas de la anatomía humana, fisiología, patofisiología, biomecánica del miembro inferior, radiología, farmacología, medicina general y cirugía, del pie y tobillo..



-Estudiante de podología examina la flexión dorsal del hallux.

-La podología engloba los siguientes aspectos:

- Promoción de la salud integral.
- Prevención de afecciones y deformidades del pie.
- Dar respuesta mediante técnicas diagnósticas y tratamientos adecuados.

-Índice.

-4.1.8)- Podología.

- -4.1.8.1)- [Campos](#).
- -4.1.8.2)- [Grupos](#) .
 - -4.1.8.2.1)- [Grado Universitario en Podología](#).
 - -4.1.8.2.2)- [Tecnatura en Podología y Otros Estudios No Universitarios](#).
- -4.1.8.3)- [Evolución Histórica](#) .
 - -4.1.8.3.1)- [Egipto](#).
 - -4.1.8.3.2)- [Grecia](#).
 - -4.1.8.3.3)- [Imperio Romano](#).
 - -4.1.8.3.4)- [Edad Media](#).
 - -4.1.8.3.5)- [Siglos XVI y XVII](#).
 - -4.1.8.3.6)- [En Inglaterra en el Siglo XVII](#).
 - -4.1.8.3.7)- [En Francia en los Reinados de Luis XIV, Luis XV y Luis XVI](#).
 - -4.1.8.3.8)- [Entre los Siglos XIX y XX](#).
 - -4.1.8.3.9)- [España en el Siglo XIX](#).
 - -4.1.8.3.10)- [En Estados Unidos a finales del siglo XIX y principios del XX](#).
 - -4.1.8.3.11)- [Antecedentes Próximos y Actualidad Podológica en España](#).
- -4.1.8.4)- [La Podología y su Realidad Actual](#) .
 - -4.1.8.4.1)- [Chile](#).
 - -4.1.8.4.2)- [España](#).
 - -4.1.8.4.3)- [México](#).
 - -4.1.8.4.4)- [Uruguay](#).
 - -4.1.8.4.4.1)- [Ejercicio de la Profesión](#).
 - -4.1.8.4.4.2)- [Funciones](#).
 - -4.1.8.4.4.3)- [Actividad Diagnóstica](#).
 - -4.1.8.4-4-4)- [Aplicación de Tratamientos](#).

- -4.1.8.4-4.5)- Tecnicatura Podología de UDELAR.
- -4.1.8.4.4.6)- Véase También.
- -4.1.8.4.4.7)- Referencias.
- --4.1.8.4.4.8)- Enlaces Externos.
- -4.1.8.5)- [Véase También](#).
- -4.1.8.6)- [Referencias](#).
- -4.1.8.7)- [Enlaces Externos](#).

-4.1.8.1)- Campos.

-Dentro de la podología o podiatría existe un amplio campo de acción:

- .Cirugía podológica: Corrección de cambios estructurales anatómicos derivados de alteraciones biomecánicas.
- .Biomecánica de la marcha: Estudio a través de observación, de pruebas clínicas funcionales, y con apoyo suplementario de pruebas complementarias, así como de plataformas de presión dinámicas, de los patrones de marcha normal y patológica; la distribución dinámica y estática de las presiones que recibe el pie, y cómo esto afecta al resto del cuerpo.
- .[Farmacología](#): El podólogo o podiatra está habilitado para la prescripción de fármacos; al igual que el médico y el odontólogo; no en todos los países.
- .Ortopodología: El podólogo, después de una exploración biomecánica completa, puede confeccionar unos soportes plantares o plantillas termoconformadas, totalmente personalizadas a medida, empleando para ello diversas técnicas y materiales, para dar respuesta a las distintas situaciones patomecánicas que se le plantean.
- .Quiropodología: Engloba tanto el tratamiento quirúrgico de una lesión o conjunto de ellas, como el tratamiento de afecciones dermatológicas o afecciones de la piel y sus faneras : onicocriptosis, onicomiosis, infecciones superficiales, etc..
- .Podología Preventiva: Permite promulgar unas directrices de uso global y específico, dirigido a cada sector de la población susceptible de presentar alteraciones físicas , sobre todo relacionado con el pie y la quiropodología.
- .Podología Pediátrica: Especializada en el pie del niño y sus afecciones más comunes.
- .Podología Deportiva: Especializada en el gesto del deportista, y en sus afecciones más comunes.
- .Podología Geriátrica: Especializada en el pie del anciano.
- .Podología física: Estudia los métodos físicos aplicables a la podología.

-4.1.8.2)- Grupos.

-En la actualidad existen diferencias en el ámbito de la formación y actuación profesional ,dentro de la podología internacional, diferenciándose dos grupos:

-4.1.8.2.1)- Grado Universitario en Podología.

-Rama médico-sanitaria, con facultad de poder diagnosticar, realizar cirugías, prescripción médica y otras actuaciones propias de su disciplina : por ejemplo, en países como Australia, Estados Unidos, España, Nueva Zelanda y Reino Unido.

.En México y América Latina, a diferencia de los países antes mencionados, se crea a partir del 2010, la especialidad médica en podiatría, la cual tiene todas las facultades antes mencionadas y aval de las instituciones de salud y de educación.

-4.1.8.2.2)- Tecnicatura en Podología y Otros Estudios No Universitarios.

-Rama de la terapéutica sanitaria, en la que no se puede realizar cirugía y prescripción de medicamentos : por ejemplo, en todos los países latinoamericanos y francófonos, entre otros.

-4.1.8.3)- Evolución histórica.

-4.1.8.3.1)- Egipto.

-El tratamiento de los pies se remonta al [Antiguo Egipto](#), con el faraón [Amenofis IV](#), que contaba con diversos servidores o asistentes, entre ellos los que se dedicaban a la atención de sus pies.

.En las excavaciones realizadas, se puede observar representaciones pictóricas de una operación en el primer dedo. Así en algunas [momias](#) encontradas, hay ausencia de callosidades y coloración de las uñas, con una sustancia denominada *heme*(*porfirina*). .

-4.1.8.3.2)- Grecia.

-En la [Antigua Grecia](#), en el tiempo de [Homero](#), los sacerdotes , que fueron los primeros médicos, recurrían a fórmulas para curar las afecciones de los pies.

.[Hipócrates](#), fue el primero que descubrió una deformidad en los pies, recomendando tratamiento con manipulaciones y calzado corrector.

.[Galeno](#) en su obra, trata la cura de callosidades, durezas y uñas amoratadas; ¿quizá la causa era el calzado? . Hay que tener en cuenta que hasta el siglo XIX, no había un zapato para cada tamaño de pie.

-4.1.8.3.3)- Imperio Romano.

- En los [baños romanos](#) se ofrecían tratamientos para [callos](#), durezas y se realizaban cuidados de las uñas.

-4.1.8.3.4)- Edad Media.

-La medicina se empobreció, ya que los saberes clásicos eran conservados por clérigos exclusivamente.

-Existían dos tipos de cirujanos:

- .Cirujanos de [toga](#) corta o cirujanos barberos: Que aprendían en los conventos e iglesias, y se dedicaban a realizar sangrías y a quitar callos y muelas, de gente humilde y sin recursos.
- .Cirujanos de toga larga: Estudiaban en universidades, sabían latín y trataban [úlceras](#), fracturas, etc. También existían médicos que no ejercían la cirugía.

-Surgen los [gremios](#) médicos y farmacéuticos, contra cirujanos y barberos.

-En España, los [Reyes Católicos](#) en [1477](#) ordenan las profesiones sanitarias, que se dividen en:

- Protomedicato : médicos: Que realizaban [brebajes](#), [infusiones](#) y [sangrías](#).
- Protocirujano: cirujanos): Se dedicaban a curar fracturas y realizar [suturas](#).
- Protobarberato : barberos: Se dedicaban a las muelas, callos y vendajes.

-4.1.8.3.5)- Siglos XVI y XVII.

-Comienza el gran desarrollo de la cirugía. La podología sigue en manos de barberos y charlatanes. Todavía existe un desprecio por las actuaciones manuales, satirizadas por los poetas, e ignoradas por la medicina, y temidas por la población.

-En España, [Felipe V](#) en el Siglo XVIII, obliga a los barberos a realizar estudios de [anatomía](#) y [disección](#). Es cuando aparece el cirujano ministrante o practicante, que realiza operaciones secundarias, no realizadas por médicos.

.La cirugía se encuentra escalonada en:

- Cirujano latino o de toga larga.
- Cirujano romántico o de toga corta.
- Cirujano ministrante o practicante.

-4.1.8.3.6)- En Inglaterra en el Siglo XVII.

-Se desarrolla una figura de carácter ambulante, que recorre las calles, ofreciendo su servicio para el cuidado de los pies.

-4.1.8.3.7)- En Francia, en los Reinados de Luis XIV, Luis XV y Luis XVI.

- .Aumentan las patologías podológicas en las clases nobles y burguesas por la evolución del calzado punteado y de tacón.
- .Se inician las enseñanzas de cirugía pódica.
- Aparecen las primeras obras escritas en podología:
 - .*Nuevas observaciones sobre el tratamiento de los callos, y Tratamiento de callos, [verrugas](#) y otras enfermedades de los pies*, de [Russelot](#).
 - .*El arte de sanar los pies, y Tratamiento de los callos, verrugas y afecciones de las uñas* de [Laforet](#).

-4.1.8.3.8)- Entre los Siglos XIX y XX.

- El callista:
 - .Deja de ser ambulante y comienza a localizarse en un sitio.
 - .Pierde el carácter de personaje exótico.
 - .Comienzan a llegar influencias de Europa y Estados Unidos.
 - .La demanda de su servicio, lo confirma como una necesidad.

-4.1.8.3.9)- España en el Siglo XIX.

- .La *Ley de Moyano* , en [1857](#) , cambia la titulación de ministrante por la de practicante en medicina y cirugía: Que determina los conocimientos, que deben tener los practicantes, especificando que deben conocer el arte del dentista y del callista : 2 años en hospital.
- .La denominación de callista como persona dedicada al cuidado de los callos, uñeros y otras dolencias de los pies, aparece en [1861](#) , con estudios en 4 semestres.
- .En [1888](#) , aparece la ley que reglamenta los oficios de practicantes y [matronas](#) : 2 años en hospital público.
- .En [1904](#) , los estudios se desarrollan en 2 años en la facultad de Medicina.

-4.1.8.3.10)- En Estados Unidos, a finales del siglo XIX y principios del XX.

- .En [1895](#) , se crea la primera organización de podología del mundo, la *New York Pedic Society*.
- .En [1912](#) , aparece la primera escuela, en [Chicago](#) , Illinois.
- .En [1939](#) , la *American Medical Association* , reconoce oficialmente la podología, como *chryropody*.
- .En [1957](#) , se adopta la denominación actual: *podiatry*.

-4.1.8.3.11). Antecedentes Próximos y Actualidad Podológica en España.

- .[1904](#): Creación de la Asociación General de Cirujanos Pedicuros.
- .[1944](#): Creación de Colegios Profesionales de Auxiliares Sanitarios. Ley de Sanidad Nacional: Auxiliares Sanitarios: [matronas](#) , enfermeras y practicantes.
- .[1953](#): Se crea la titulación de [ATS](#) : enfermería.
- .[1955](#): La primera Escuela de Podología, se crea en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, dirigida a practicantes.
- .[1957](#): Primer centenario de la carrera de practicante. Se celebra la primera reunión de cirujanos-callistas, donde se acuerda solicitar la especialidad.
- .[1958](#): El término «callista» pasa a ser sustituido por el de «podólogo».
- .[1962](#): Creación de la especialidad de podología para ATS : enfermeras; *Decreto 727/62* del 29 de marzo de 1962 (B.O.E del 13 de abril).
 - . Por primera vez se reconoce la podología como profesión.
 - .Se precisa el campo profesional del podólogo. Se descarta el término de callista y sus límites.
 - .Faculta para recibir al paciente con plena autonomía.
- .[1966](#): Se crea la Agrupación de Podólogos de España.
- . Se crea la *Revista Española de Podología*.
- . [1968](#): Se crean escuelas en Madrid y Barcelona.
- .[Leonardo Scachs](#) se considera el padre de la podología española:
 - .Delegado de la Sección de Podólogos del Colegio de Practicantes de Barcelona (1944).
 - .Viaja a EEUU y se forma sobre moldes y prótesis : primer podólogo interesado en la ortopedia del pie.
 - .Crea un dispensario de podología en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona , en 1954.
 - .Traduce al español obras de podología.
 - .Crea la técnica quirúrgica para la [onicriptosis](#).

- .Fue practicante y murió en el 1982.
- .[Pablo Vilató](#), inventa el [fotopodograma](#) : imagen del apoyo plantar en [calcáneo](#).
- .[1987](#): Reglamentación de las especialidades de enfermería, en las que no aparece la podología.
- .[1988](#): Transformación de los estudios de podología en primer ciclo universitario, en el *Real decreto 649/1988* del 24 de junio: se mantienen las escuelas de Madrid y Barcelona, a las que se van sumando otras, hasta llegar a las 12 actuales ; en universidades públicas: [Madrid](#), [Barcelona](#), [Sevilla](#), [Ferrol](#), [Plasencia](#), [Valencia](#), [Elche](#) y [Málaga](#); y en universidades privadas: Universidad Europea, Alfonso X y otra en Barcelona concertada.
- .Creación de los Colegios Profesionales: Se ordenan por Comunidades Autónomas: las primeras fueron las de Cataluña y Canarias, y la de Andalucía se creó en el 1989.
- .En la *Ley 1132/90*, sobre el manejo de instalaciones radiodiagnósticas:
 - .Se capacita al podólogo al diagnóstico radiológico propio de su actividad, junto a los médicos y odontólogos.
 - En esta norma se reconoce la capacidad del podólogo a emitir diagnósticos.
- .El *Decreto 542/95*, que regula los estudios de Técnico Superior de Ortoprotésica:
 - .Diseñar [ortosis](#), [prótesis](#) y [ortoprótesis](#), adaptadas a las características de los clientes, y a las prescripciones médicas y podológicas de la ortoprótesis.
 - .En esta norma, se reconoce la capacidad del podólogo como prescriptor de ortoprótesis.
- .Definición de Cirugía Menor: Se produce un acuerdo entre diferentes asociaciones profesionales, y aparece la *circular 17/90*: "*Se considera cirugía menor, a aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, y sin problemas médicos coexistentes de riesgo, y que habitualmente no requiere reanimación postoperatoria*".
- .[2003](#): La Ley sobre ordenación de las profesiones sanitarias [44/2003](#), especifica ,que: "*Los podólogos realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina*".
- .[2009](#): Implantación del Plan Bolonia, conducentes a estudios de grado universitario en Europa.
- .[2010](#): Se redefine la ley del medicamento en el BOE de España, como únicos profesionales que pueden dar uso de la prescripción médica: el médico, odontólogo, podólogo y enfermero.

-4.1.8.4)- La Podología y Su Realidad Actual.

-El [11 de diciembre](#) de [2011](#), en la ciudad de [Lima](#) , [Perú](#), se efectuó el Segundo Foro Latinoamericano sobre la Realidad y Actualidad de la Podología en los distintos países, auspiciado por la F.I.P. : Federación Internacional de Podología.

-4.1.8.4.1)- Chile.

-En el caso particular de Chile, el ejercicio de la podología, está regulado por el Ministerio de Salud de Chile, por el Decreto Supremo Nº 951, y sus modificaciones del año 1968, del Ministerio de Salud [Minsal], que indica que la formación de podólogos, contempla un mínimo de 950 horas, de las cuales 380 horas son de teoría y 570 horas de prácticas efectivas; y realizadas en escuelas reconocidas por la autoridad sanitaria.

.También existen técnicos en podología, formados en institutos Profesionales o Centros de Formación Técnica, reconocidos por el Ministerio de Educación : Mineduc, donde su régimen de estudio, considera a lo menos 1.600 horas, y donde ambos profesionales se desempeñan principalmente en el sector privado.

-El paciente diabético y adulto mayor, son atendidos de manera preferente; sin embargo la podología en Chile, no es visualizada ni valorada en el sector público de salud; los colegios profesionales, a saber Colegio Profesional de Podólogos Clínicos Zona Centro Asociación Gremial, luchan por conseguir que sus asociados sean parte de los equipos multidisciplinares de salud, y el reconocimiento oficial como profesionales de la Salud, no es una realidad aceptada por todas las reparticiones Gubernamentales.

-La podología científica en Chile no tiene más de 50 años. Su día nacional es el 26 de julio, día de Santa Ana, patrona de la podología en Chile. Existen aproximadamente 8.500 podólogos acreditados, para una población chilena de aproximadamente 17 millones de habitantes; y el ejercicio ilegal de la profesión de podólogo, es una realidad que escapa al control de las autoridades

-Existen actualmente varias publicaciones sobre el desarrollo e historia de la Podología en Chile, la primera edición escrita en papel, fue la "Revista Tecno Científica de Podología", editada por el podólogo Cristian Alarcón, en el año 1998. Respecto a publicaciones en la web, se destaca a la página , www.podologia.cl , página pionera en Chile y Latinoamérica, editada por el podólogo Alejandro Iribarren González, en el año 2000, y vigente a la fecha de hoy.

-Existen varios hitos importantes en la historia de la Podología Chilena: * Primero: El dictado del reglamento para ejercer la profesión de Podólogo , en el año 1968.

.Segundo: Cuando se incorpora al registro de profesionales de la Salud, a todos los Podólogos, acreditados por la Autoridad Sanitaria , en el año 2011.

.Tercero: La conformación, por parte de cuatro Colegios Profesionales, en Federación Gremial de Podólogos Chilenos , en el año 2011.

.Se forma la mesa de trabajo entre la Federación de Podólogos de Chile F.G. y las autoridades del "Minsal", con el ánimo de modificar la Ley del Podologo, abril 2015.

-La frase "La podología es una disciplina del área de la salud y el podólogo el profesional que la ejerce", es un claro ejemplo de la lucha de los podólogos chilenos, por obtener una nueva legislación, acorde al siglo 21.

.La incorporación del podólogo, al decreto supremo MINSAL Nº 1704 del año 1993, readecuando su formación a 1.600 horas teórico-prácticas, que permitirían considerarlos Auxiliares Paramédicos en Podología, y de esta manera iniciar la educación continua.

.Con fecha de noviembre de 2012, se realiza un cónclave organizado por la naciente Federación Chilena de Podólogos, donde por primera vez queda consensuado el perfil del

podólogo, su misión y su visión, y se establecen las metas a lograr a corto mediano y largo plazo.

-4.1.8.4.2)- España.

-En España es junto a la odontología, una de las dos ramas médico-sanitarias que no requieren estudios previos en medicina ni en enfermería, como se requería hasta hace unas décadas, antes de aplicarse las directrices de la Unión Europea.
.Con la actual implementación del Plan Bolonia, los estudios universitarios de podología, son de grado universitario, conducentes a doctorado.

-4.1.8.4.3)- México.

-[México](#) es uno de los países, en donde a pesar de ser una carrera a nivel universitario, no se pueden realizar cirugías o prescribir medicamentos; limitando esto al gremio podológico del país, y a no ser reconocidos como profesionales de la salud, relegándolos al término de pedicuristas, que solo se consultan por la estética de las uñas, cuando en realidad los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias, los podría capacitar para atender, diagnosticar, dar tratamiento, y en su caso referir al paciente a un profesional por cualquier patología en los pies, viendo un sin fin de enfermedades o deformidades de los mismos , como: pie plano, cavo, dedos en garra, callosidades por roce o presión, uñas encarnadas, [hallux valgus](#), verrugas, pie diabético, etc.

- Pero en la ciudad de [Puebla](#) el Centro Universitario de Puebla CUP o Universidad Xilotzingo¹, es la primera universidad en México y Latinoamérica, en tener la Licenciatura en Podología. Actualmente la primera generación de Licenciados en Podología graduados el [14 de junio de 2012](#) en esta casa de estudios, se encuentran realizando su servicio social tratando, valorando, diagnosticando, recetando y realizando cirugía menor, en los distintos centros de salud y hospitales de Secretaria de Salud en el país.

-4.1.8.4.4)- Uruguay : Podólogo.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre-

-El podólogo es el profesional sanitario que previene, diagnostica y trata los problemas del [pie](#), y se ocupa de su cuidado integral y de su relación con el resto del cuerpo. Es un profesional autónomo, en contraposición con enfermeros y fisioterapeutas, que administran tratamiento, siempre bajo prescripción médica. El podólogo diagnostica, prescribe y trata sin que sea necesario, que tenga que intervenir otro profesional, para ejercer su actividad podológica.

-La estructura y el funcionamiento de los pies son muy complejos y le exigen al podólogo profundos conocimientos en distintas materias, así como las habilidades y aptitudes necesarias, para realizar y elaborar cualquier tipo de tratamiento del pie, mediante los procedimientos terapéuticos propios de su disciplina.

-Tecnatura en Podología:

-Perfil del Técnico en Podología : Está capacitado para cumplir con un rol educativo,

preventivo, orientador, efectuando tratamientos, diagnósticos relacionados con las diversas patologías, que afectan los miembros inferiores, dentro del área específica de su competencia.

-Posee conocimientos en las materias básicas, afines a la disciplina que le permiten comprender e interpretar, racional y perfectamente, los fundamentos de los procedimientos y técnicas que realiza.

-Se dicta en Montevideo y Paysandú: 3 años / 2.450 horas. .Grado: 3 años.

.Esta carrera pertenece a las siguientes áreas: Área salud, Área Interior

[-Accede a más información sobre "Tecnatura en Podología".](#)

-Períodos de inscripción para esta carrera: Desde el martes 9 de febrero de 2016, hasta el domingo 28 de febrero de 2016.

.A) Para quienes no tienen previas de Enseñanza Secundaria ni de UTU:

[.Inscripciones 2016 Montevideo](#) e [Inscripciones 2016 Paysandú](#).: .Desde el lunes 29 de febrero de 2016 hasta el jueves 3 de marzo de 2016.

.B) Para quienes tienen una previa de Enseñanza Secundaria o de UTU a aprobar en el período de abril/2016: [.Inscripciones 2016 Montevideo](#) e [.Inscripciones 2016 Paysandú](#).

-Servicios de los que depende:

- Escuela Universitaria de Tecnología Médica.
- Centro Universitario Regional Litoral Norte, Sede Paysandú.

-4.1.8.4.4.1)- Ejercicio de la Profesión, en España.

-Para ejercer la [Podología](#) en España, es indispensable estar en posesión de la Titulación Universitaria de Podología : Grado en Podología de cuatro años de duración, y estar colegiado en un Colegio Profesional de Podólogos, habitualmente en el de la Comunidad Autónoma donde se ejerce la actividad.

-4.1.8.4.4.2) -Funciones en España..

- Quiropodología: Tratamiento de las afecciones de la piel : callosidades, durezas, etc., y de las uñas : encarnadas, engrosadas, etc..
- Ortopodología y Biomecánica: Exploración de la marcha, ortesis plantares a medida, ortesis de silicona : separadores, correctores, etc..
- Patología del pie: Pie doloroso : metatarsalgias, espolón, neuromas, etc.), pie reumático, pie diabético : prevención, úlceras, etc., infecciones : hongos, papilomas, etc.
- Cirugía del pie: Uña encarnada, juanetes, dedos martillo, espolón, corrección de deformidades del pie, etc.

-4.1.8.4.4.3) -Actividad Diagnóstica en España..

-El podólogo tiene acceso a las pruebas complementarias tanto para llegar a un diagnóstico, como para realizar un seguimiento acomodado de las patologías : pruebas biomecánicas, de rayos X, analíticas, etc..

-4-1.8.4.4.4)- Aplicación de Tratamientos en España..

-El podólogo al diagnosticar las enfermedades de los pies, ordena los tratamientos de dichas patologías, de acuerdo con el estado de la ciencia actual, para eso instaura:

- Tratamientos farmacológicos: el artículo 77.1 de la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, modificada por la Ley 28/2009, señalan al médico, odontólogo y al podólogo, como únicos profesionales con facultad, para prescribir medicamentos, para lo cual existe un modelo común de receta privada.
.A diferencia de la enfermería o la fisioterapia, que no pueden prescribir medicación, sino indicar aquella que no esté sujeta a prescripción médica.
- Tratamientos ortopodológicos: el Anexo del Real Decreto 542/1995, ordena al ortopeda atender la receta del médico y del podólogo.
- Tratamientos de cirugía podológica: de acuerdo con las especificaciones de los planes de estudio vigentes

-4.1.8.4.4.5)- -Tecnatura en Podología de UDELAR, en Uruguay.

-Perfil del Técnico en Podología.

.Está capacitado para cumplir con un rol educativo, preventivo, orientador, efectuando tratamientos, diagnósticos relacionados con las diversas patologías que afectan los miembros inferiores, dentro del área específica de su competencia.

.Posee conocimientos en las materias básicas afines a la disciplina, que le permiten comprender e interpretar racional y perfectamente los fundamentos de los procedimientos y técnicas que realiza.

-Servicios de los que depende:

- Escuela Universitaria de Tecnología Médica
- Centro Universitario Regional Litoral Norte, Sede Paysandú

-4.1.8.4.4.6)- -Véase También.

- [Podología forense](#)
- [Podología equina](#)

-4.1.8.4.4.7)--Referencias.

-[Volver arriba ↑ Centro Universitario de Puebla CUP o Universidad Xilotzingo](#)

-4.1.8.4.4.8)- -Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Podología](#).
- [Federación Internacional de Podólogos](#)
- [Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España](#)
- [Asociación Española de Podología Deportiva](#)
- [Asociación Española de Cirugía Podológica](#)
- [Asociación Mexicana de Quiropedistas y Podiatras A.C.](#)
- [Centro Universitario de Puebla CUP o Universidad Xilotzingo](#)

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Podología&oldid=93250119>»

- [Podología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 29 agosto 2016 a las 01:31.

-4.1.9)- Ciencias de la Nutrición.

- [Bromatología](#).
- [Dietética](#).

-4.1.10)- [Farmacia](#).

-Farmacia.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- Para otras acepciones, véase [Farmacología](#).



-Interior de la Antigua Farmacia Sarrá, La Habana, Cuba.

-La farmacia : del [griego](#) *φάρμακον* /*fármakon*/, 'medicamento, veneno, tóxico', es la [ciencia](#) y práctica de la preparación, conservación, presentación y dispensación de [medicamentos](#); también es el lugar donde se preparan, dispensan y venden los productos medicinales. Esta definición es la más universal y clásica que se solapa, con el concepto de Farmacia Galénica . [Galeno](#) fue un médico griego del siglo II, experto en preparar medicamentos.¹.

-Antes del siglo XX y principios del mismo, la formulación y preparación de medicamentos, se hacía por un solo farmacéutico, o con el maestro farmacéutico.

.A partir del siglo XX, la elaboración de los medicamentos, corre a cargo de la moderna [industria farmacéutica](#); si bien siguen siendo farmacéuticos, los que coordinan e investigan la formulación y preparación de medicamentos, en las grandes empresas farmacéuticas.

-Recientemente se considera también práctica de la farmacia, aconsejar al paciente en lo que se refiere a su medicación, y asesorar a los médicos u otros profesionales, sobre los medicamentos y su utilización : [farmacia clínica](#) y [atención farmacéutica](#).².

-Los [farmacéuticos](#) también, colaboran en [grupos de investigación](#) con los [químicos](#), los [bioquímicos](#), los [biólogos](#) e [ingenieros](#) para descubrir y desarrollar compuestos químicos y biológicos), con valor [terapéutico](#).

.Además, debido a las nuevas [regulaciones](#) internacionales en materia de [higiene](#) y [salud](#) públicas : [OMS](#)/ [ICH](#)), cada vez con más frecuencia, se solicita su consejo, en temas de salud pública.



-Cartel de una apotecaria hecho con baldosas.

-Índice:

-4.1.10)- Farmacia.

- -4.1.10.1)- [Historia de la Farmacia](#).
- -4.1.10.2)- [Disciplinas de la Farmacia](#).
- -4.1.10.)- [Botica](#) .
 - -4.1.10.3.1)- [Personal de Oficina de Farmacia](#).
 - -4.1.10.3.2)- [Labor de Concienciación Sanitaria y Medioambiental del Farmacéutico](#).
 - -4.1.10.3.3)- [Simbología Farmacéutica](#).
- -4.1.10.4)- [Servicios de Farmacia Hospitalaria](#) .
 - -4.1.10.4.1)- [Personal de los Servicios de Farmacia Hospitalaria](#).
- -4.1.10.5)- [Clasificación de Medicamentos](#).
- -4.1.10.6)- Tipos de Farmacia.
- -4.1.10.7)- [Véase También](#).
- -4.1.10.8)- [Referencias](#).
- .4.1.10.9)- [Enlaces Externos](#).

-4.1.10.1)- Historia de la Farmacia.

-[Historia de la farmacia](#).

-La historia de la farmacia como ciencia independiente, es relativamente joven. Los orígenes de la historiografía farmacéutica se remontan al primer tercio del Siglo XIX, que es cuando aparecen las primeras historiografías, que si bien no toca todos los aspectos de la historia farmacéutica, son el punto de partida para el definitivo arranque de esta ciencia.

-Hasta el nacimiento de la farmacia como ciencia independiente, existe una evolución histórica, desde la antigüedad clásica hasta nuestros días, que marca el curso de esta ciencia, siempre relacionada con la medicina.

-4.1.10.2)-Disciplinas de la farmacia.

- La farmacia se ha desarrollado a partir de varias ciencias, como la [química orgánica](#), la [bioquímica](#), la [fisiología](#), la [botánica](#), la [biología celular](#) y la [biología molecular](#).

.En sus orígenes, la práctica médica y la farmacéutica estaban fusionadas; luego se separaron y divergieron. Actualmente son complementarias, no se entiende una [Medicina](#) sin Farmacia, y no tiene sentido una Farmacia sin [medicina](#).

.Así, la farmacia es, en verdad, una reunión de múltiples disciplinas de la [ciencia](#), y se puede dividir en dos ramas principales: Ciencias Farmacéuticas y Práctica Farmacéutica:

- Ciencias farmacéuticas :
 - [Farmacología](#).
 - [Farmacodinamia](#).
 - [Farmacocinética](#).
 - [Farmacometría](#).
 - Farmacogenética y [Farmacogenómica](#).
 - [Toxicología](#).
 - [Química farmacéutica](#) .
 - Diseño molecular de fármacos.
 - Síntesis química de fármacos.
 - Análisis farmacéutico.
 - [Farmacognosia](#) .
 - [Fitoquímica](#).
 - [Etnobotánica farmacéutica](#) o Etnofarmacología.
 - [Farmacia galénica](#) .
 - [Biofarmacia](#) y [Farmacocinética](#).
- Práctica farmacéutica :
 - [Atención farmacéutica](#) y [farmacia clínica](#).
 - [Farmacia hospitalaria](#).
 - [Farmacia de atención primaria](#), sobre todo en Reino Unido y España.
 - Farmacia comunitaria u oficinal : oficina de farmacia.
 - Algunas actividades de la Atención farmacéutica y farmacia clínica, sobre todo en la práctica hospitalaria y primaria son: Según la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria³.
 - [Farmacovigilancia](#) y [Farmacoepidemiología](#).
 - Información y evaluación de medicamentos.
 - [Farmacocinética](#) clínica y Monitorización terapéutica.
 - Soporte nutricional : [Nutrición parenteral](#).
 - Preparación y control de mezclas intravenosas.
 - [Seguimiento farmacoterapéutico](#).

- Educación sanitaria al paciente.
- [Análisis clínicos](#) o Química clínica: sobre todo en Francia y otros países europeos y latinoamericanos, incluido España.
- [Formulación magistral](#): desarrollo, preparación y control de calidad de formas de dosificación extemporáneas.

-La farmacología y toxicología, en algunos entornos, y quizás por razones históricas, se consideran como ciencias separadas de las ciencias farmacéuticas; en cualquier caso ,actualmente son básicas en la formación de los graduados en Farmacia.

.Las facultades de Medicina suelen tener también, programas de farmacología en la formación de sus graduados.

.La farmacología clínica es, en algunos países : USA y Holanda son excepciones,⁴ una disciplina exclusiva, para graduados en Medicina; sin embargo la farmacocinética clínica, es una disciplina donde los graduados en Farmacia, en algunos casos han contribuido a la misma, de forma importante en términos académicos, y en su aplicación industrial⁵ y en otros, supone una parte de la práctica habitual de la Farmacia Hospitalaria.

-En los últimos años, también se habla del uso de [Terapia génica](#), como otra forma de remedio, contra muchas nuevas enfermedades, por lo cual también cobra interés entre los farmacéuticos, todo lo relacionado con la [Biotecnología](#) farmacéutica.

-4.1.10.3)- Botica.

-La botica es el lugar o establecimiento, donde un farmacéutico ejerce la farmacia comunitaria o proporciona servicio sanitario, a un paciente ofreciéndole consejo, dispensándole [medicamentos](#), fruto de este consejo o por receta del médico, y otros productos de [parafarmacia](#), como: productos de cosmética, alimentos especiales, productos de higiene personal, ortopedia, etc.

.Popularmente a la oficina de farmacia, se le suele llamar simplemente farmacia, y tradicionalmente se le llama botica.

.Una oficina de farmacia puede albergar un laboratorio de [análisis clínicos](#), o uno de elaboración de productos medicinales, mediante las [fórmulas magistrales](#) o [preparados oficiales](#).

-En España, las oficinas de farmacia, las regula cada Comunidad Autónoma, a través de Leyes de Ordenación Farmacéutica. En ellas, se establecen los requisitos que deben cumplir los locales, donde se pueden abrir las farmacias⁶; así como otros aspectos, como la distancia entre boticas, con lo que se pretende mantener la libre competencia.

-4.1.10.3.1)- Personal de Oficina de Farmacia.

-La oficina de farmacia es el lugar donde el farmacéutico comunitario, desenvuelve su labor profesional.

.Las oficinas de farmacia pueden ser propiedad de un farmacéutico, o en algunos países , propiedad de una cadena de farmacias o empresarios. En cualquier caso, en una oficina de farmacia, siempre ha de haber un farmacéutico titulado en todo momento, bien titular o empleado; pero también se encuentra personal auxiliar, que ayudan al farmacéutico, en la

dispensación y recepción de pedidos. Poco a poco, se van introduciendo los técnicos en farmacia.



-Estanterías de una oficina de farmacia.

-El personal cumple las siguientes funciones:

- Diligenciar y controlar los productos.
- Facturación e información en establecimientos de farmacia.
- Dispensar medicamentos y productos de parafarmacia.
- Informar a los clientes sobre su utilización.
- Determinar parámetros anatómico-fisiológicos sencillos y fomentar hábitos saludables en los clientes.
- Elaborar preparados medicamentosos, dietéticos y cosméticos, bajo protocolos establecidos y supervisión del facultativo.
- Realizar análisis clínicos elementales y normalizados, bajo la supervisión del facultativo.

-En Latinoamérica, la farmacia no puede existir sin el químico farmacéutico, quien debe preparar medicamentos, controlar y supervisar la dispensación de medicamentos, no siempre atiende público; el que atiende público es un idóneo o técnico en farmacia.

-Pero en la actualidad, la mayoría de los medicamentos son preparados masivamente en una fábrica, aplicando la tecnología más sofisticada como: tanques, mezcladores y más instalaciones industriales, para elaborar enormes lotes de distintas [formas farmacéuticas](#), sin mencionar el uso de sistemas de [control de calidad](#), y de [administración](#), que permitan fabricarlos en serie, de la mejor calidad, y económicamente viables.

-4.1.10.3.2)- Labor de Concienciación Sanitaria y Medio Ambiental del Farmacéutico.

-Las farmacias españolas suelen contar con contenedores específicos, denominados Puntos [SIGRE](#), en los que los ciudadanos pueden depositar los envases vacíos y los restos de [medicamentos](#); bien al finalizar un tratamiento, o cada vez que se revise el botiquín, para retirar aquellos que estén caducados, en mal estado de conservación, o ya no se necesiten.

.De esta manera, el [farmacéutico](#) desempeña una importante labor de asesoramiento, con los pacientes en todo lo referente al correcto cierre del ciclo de vida de los medicamentos, aconsejando sobre la adecuada manera de desprenderse de los mismos, sin dañar al medio ambiente, y evitando la automedicación incontrolada.

.Así mismo, mediante la custodia del contenedor, también garantiza que los restos de medicamentos o envases, depositados en el Punto SIGRE, no puedan ser extraídos ni manipulados, con el consiguiente riesgo que esto entrañaría.

-4.1.10.3.3)- Simbología Farmacéutica.

-La farmacia está representada por muchos símbolos. Los más comunes en [Argentina](#), [España](#) y [Francia](#) , son la [Copa de Higié](#), la [cruz griega](#) verde, o la [cruz pateada](#); este último especialmente en los luminosos de las oficinas de farmacia.

.También existen otros, como el mortero y la maza, el carácter de receta, R(*recipere*), medidas cónicas, [caduceos](#), [Vara de Esculapio](#), o una A roja gótica y estilizada, en el caso de Alemania. La A proviene de [Apotheke](#), vocablo germano de Farmacia.

. En Chile, se utiliza habitualmente el símbolo Rx (Recipe) o Rp, que es la traducción latina, para encabezar las recetas; ambos corresponden con la expresión latina, de la entrega del producto curativo.



Cruz griega verde



Mortero y pistilo



-Símbolo de receta Símbolo de Recipe (Recibe; Tómese) en Recetas de Chile.



- "A" estilizada roja alemana.



- [Vara de Esculapio](#), también usada en la farmacia.



- [Cruz de Malta](#).

-4.1.10.4)- Servicios de Farmacia Hospitalaria.

-Los servicios de [farmacia hospitalaria](#), en España, son por ley, servicios generales clínicos. Sus funciones fueron descritas por la legislación.⁷ Jerárquicamente suelen depender de la dirección médica del hospital, al igual que los servicios de análisis clínicos, Microbiología o Medicina Nuclear entre otros. En resumen, son responsables de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos, así como de la selección y evaluación de medicamentos, la información farmacoterapéutica, las actividades de farmacocinética clínica, de farmacovigilancia, el control de productos en fase de investigación clínica, y la realización de estudios de utilización de medicamentos.

.Son responsables de coordinar las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales, y de elaborar y mantener las guías o formularios farmacoterapéuticos.

.Es decir, cumplen funciones de gestión, logísticas, y clínicas, tanto con fines asistenciales, docentes, como de investigación.

-Recientemente, destaca su involucración en el seguimiento y control de tratamientos farmacológicos, tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios : [atención farmacéutica](#) y [farmacia clínica](#)), la elaboración y control de preparaciones parenterales: [agentes antineoplásicos](#), [antibióticos](#) y [nutrición parenteral](#), y la automatización de los procesos de dispensación individualizada de los medicamentos, a los pacientes ingresados: distribución en dosis unitarias.

-4.1.10.4.1)- Personal de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

-Para trabajar en los servicios de farmacia hospitalaria, en España, y en muchos países europeos, se exige al licenciado en farmacia, además un postgrado que es el título de

especialista en farmacia hospitalaria.

.Este título oficial, se consigue superando una prueba nacional de selección para elegir hospital , y cuatro años de residencia remunerada ; que es conocido como el FIR:

[farmacéutico interno residente](#). Durante los cuatro años de residencia, el farmacéutico adquiere todos los conocimientos y habilidades, para ejercer la especialidad.

.En España, el sistema MIR-FIR, surgió como adaptación del sistema americano de formación de médicos, en los años 60-70, y uno de los hospitales pioneros, fue el Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander.

.Hoy en día, nadie duda de las bondades de dicho sistema de formación, por la calidad y excelencia de la misma.

-Existen farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria, que además han conseguido diplomas acreditativos de superespecializaciones, en: [Oncología](#) farmacéutica, [Farmacocinética](#) clínica, [Farmacoeconomía](#), [Farmacoepidemiología](#), y [Nutrición](#) Parenteral y Enteral , no oficiales en España, pero avalados por instituciones académicas norteamericanas y españolas.

.Además, muchos farmacéuticos especialistas, trabajan a tiempo completo, en actividades como farmacocinética clínica, atención farmacéutica en distintas especialidades médicas, seguimiento nutricional, información y documentación farmacoterapéutica, farmacovigilancia y farmacoepidemiología, y educación e información a pacientes ambulatorios, entre otros.

-En un servicio de farmacia de un hospital de nivel terciario, de unas 600 camas, típicamente hay unos 5-6 farmacéuticos especialistas, y unos 4-8 farmacéuticos residentes.

.Además, suele haber estudiantes de 5º de farmacia, realizando su estancia de prácticas tuteladas; aparte de técnicos y/o enfermeros y personal auxiliar.

. En algunos grandes hospitales , más de 1500 camas, el número de farmacéuticos especialistas, puede ser en torno a 15.

-4.1.10.5)- Clasificación de Medicamentos.

-Los medicamentos constituyen la tecnología médica más utilizada, disponiendo de una gran variedad de éstos, fabricados por la industria farmacéutica, para la terapéutica, prevención y/o rehabilitación, dispuestos para su distribución, almacenamiento, expendio y dispensación en los establecimientos.

.La clasificación se establece en la Ley General de Salud, en los artículos 224 y 226, de acuerdo a su preparación, naturaleza, venta ,y suministro; y en la Organización Mundial de la Salud (OMS),por su efecto terapéutico.

- Tipos:

-A. POR SU FORMA DE PREPARACIÓN:

-1. Magistrales: Cuando sean preparados conforme a la fórmula prescrita por un médico,

-2. Oficinales: Cuando la preparación se realice, de acuerdo a las reglas de la Farmacopea de los Estados Unidos .

-3. Especialidades farmacéuticas: Cuando sean preparados con fórmulas autorizadas por la - Secretaría de Salud, en establecimientos de la industria químico-farmacéutica.

B. POR SU NATURALEZA:

-1. Alopáticos: Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético, que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica, y se identifique como tal, por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, y que se encuentre registrado, en la Farmacopea de los Estados Unidos para medicamentos alopáticos.

-2. Homeopáticos: Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético, que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, y que sea elaborado de acuerdo con los procedimientos de fabricación, descritos en la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos, en las de otros países u otras fuentes de información científica nacional e internacional.

-3. Herbolarios: Los productos elaborados con material vegetal o algún derivado de éste, cuyo ingrediente principal, es la parte aérea o subterránea de una planta o extractos y tinturas, así como jugos, resinas, aceites grasos y esenciales, presentados en forma farmacéutica, cuya eficacia terapéutica y seguridad, ha sido confirmada científicamente en la literatura nacional o internacional.

-4. Biotecnológico: Toda sustancia que haya sido producida por biotecnología molecular, que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica, que se identifique como tal, por su actividad farmacológica y propiedades físicas, químicas y biológicas. Art. 222 bis.

-C. POR SU VENTA Y SUMINISTRO AL PÚBLICO:

-1. Medicamentos que solo pueden adquirirse con receta o permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud.

-2. Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica, que deberá retenerse en la farmacia que la surta, y ser registrada en los libros de control, que al efecto se lleven. El médico tratante podrá prescribir dos presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de treinta días, a partir de la fecha de elaboración de la misma.

-3. Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica, que se podrá surtir hasta tres veces, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control, que al efecto se lleven.

.Esta prescripción se deberá retener por el establecimiento que la surta en la tercera ocasión; el médico tratante determinará, el número de presentaciones del mismo producto, y contenido de las mismas, que se puedan adquirir en cada ocasión.

-4. Medicamentos, que para adquirirse requieren receta médica, pero que pueden resurtirse, tantas veces como lo indique el médico que prescriba.

-5. Medicamentos sin receta, amarisados para su venta, exclusivamente en farmacias.

-6. Medicamentos que para adquirirse, no requieren receta médica y que pueden expendirse en otros establecimientos, que no sean farmacias.

-Nota: El registro sanitario para la comercialización de medicamentos, sólo puede ser otorgado por la Secretaría de Salud. La clave de registro será única, no se podrá aplicar la misma, a dos productos que se diferencien, ya sea en su denominación genérica o distintiva o en su formulación.

.El titular de un registro, no tendrá la posesión de dos registros, que ostenten el mismo fármaco, forma farmacéutica o formulación.

.Los elementos que constituyen la clave de registro son: un número consecutivo asignado por la autoridad sanitaria, la sigla que indica el tipo de medicamento, M para alopático, P para herbolario, Y para homeopático, el año en que fue autorizado, y las siglas SSA. Las

etiquetas de los medicamentos indican, además de lo anterior, la fracción a la cual pertenecen, como se muestra en el siguiente ejemplo: Reg. No.0310M2009 SSA IV.

-4.1.10.6)- Tipos de Farmacias.

- [Farmacia comunitaria : oficina de farmacia.](#)
- [Farmacia de atención primaria.](#)
- [Farmacia Galénica](#) y [Farmacología.](#)
- [Farmacogenética](#) y [Farmacogenómica.](#)
- [Farmacia Hospitalaria.](#)
- [Química Farmacéutica](#) y [Farmacognosia.](#)
- [Radiofarmacia.](#)

-4.1.10.7)-Véase También.

- [Administración en salud.](#)
- [Atención farmacéutica.](#)
- [Biofarmacia.](#)
- [Bioquímica.](#)
- [Buenas prácticas de fabricación.](#)
- [Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas.](#)
- [Droguería.](#)
- [Farmacéutico.](#)
- [Farmacodinámica.](#)
- [Farmacognosia.](#)
- [Farmacología.](#)
- [Farmacopea.](#)
- [Industria farmacéutica.](#)
- [Parafarmacia.](#)
- [Planificación estratégica de los servicios de salud.](#)

-4.1.10.8)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) A. Le Hir. Farmacia Galénica. Ed Masson. 1995
2. [Volver arriba ↑](#) E T Herindal, DR Gourley and L Lloyd Hart. Clinical Pharmacy and Therapeutics 5ed. Williams and Wilkins. 1992.
3. [Volver arriba ↑](#) «Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria».
4. [Volver arriba ↑](#) Schellens, JHM et al. The Dutch model for clinical pharmacology: collaboration between physicians and pharmacists- clinical pharmacologists. Br J Clin Pharmacol. 2008 July; 66(1): 146–147.
5. [Volver arriba ↑](#) JM Plá Delfina, A del Pozo Ojeda. Manual de iniciación a la Biofarmacia (Farmacocinética aplicada). Ed Romargraf. 1974.
6. [Volver arriba ↑](#) «Locales para farmacias: ¿Cómo elijo dónde abro mi botica? - Gómez Córdoba | Abogados de Farmacia» (en español de España). 6 de junio de 2016.

7. [Volver arriba ↑](#) Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

-4.1.10.9)- Enlaces Externos.

-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [farmacia](#).
-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Farmacia](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Farmacia&oldid=94871943>»

- [.Farmacia](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 8 noviembre de 2016 a las 18:46.
- [Farmacia comunitaria \(oficina de farmacia\)](#)
- [Farmacia de atención primaria](#)
- [Farmacia Galénica](#) y [Farmacología](#)
- Farmacogenética y [Farmacogenómica](#)
- [Farmacia Hospitalaria](#)
- [Química Farmacéutica](#) y [Farmacognosia](#)
- [Radiofarmacia](#).
- -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
- -Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
- -Romo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.
- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-4.1.11)- Laboratorio Clínico.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-El laboratorio clínico es el lugar donde un equipo multidisciplinario formado por el médico [patólogo clínico](#) o analista clínico, los [profesionales](#) del laboratorio y los [técnicos](#) en análisis clínicos, analizan muestras biológicas humanas que contribuyen al estudio, prevención, [diagnóstico](#) y tratamiento de las enfermedades. También se conoce como laboratorio de [patología clínica](#) y utiliza las metodologías de diversas disciplinas como la [bioquímica](#)- también llamada química clínica - [hematología](#), [inmunología](#) y [microbiología](#). En el laboratorio clínico se obtienen y se estudian muestras biológicas diversas, como sangre, orina, heces, líquido sinovial (articulaciones), líquido cefalorraquídeo, exudados faríngeos y vaginales, entre otros tipos de muestras.



-Laboratorio de un hospital con numerosos [analizadores automatizados](#).

-A los laboratorios acuden pacientes externos, puesto que los exámenes que se requieren de los enfermos hospitalizados, se hacen mediante muestras que se toman en las unidades de hospitalización. En consecuencia su ubicación será preferentemente en la planta baja, con fácil acceso a la sección de recepción del Archivo Clínico y en menor grado con el departamento de Consulta Externa.

-Este servicio deberá ubicarse en relación cercana a los servicios de consulta externa, [urgencias](#), terapia intensiva, [quirófano](#) y con fácil acceso hacia las áreas de hospitalización.

-Índice.

-4.1.11)- Laboratorio Clínico.

-4.1.11.1)- Áreas de Servicio.

-4.1.11.2)- Riesgos Específicos .

-4.1.11.3)- Enlaces Externos.

-4.1.11.1)- Áreas de Servicio.

- Sala de espera y recepción. Donde los pacientes esperarán a ser atendidos, la atención se rige por orden de llegada.
- Cubículos de toma de muestras. En este punto se obtienen las muestras, para luego ser analizadas mediante equipos especializados. -

Secciones de Laboratorio:

-[Hematología](#): En esta sección, se efectúa el [hemograma](#) y diversas pruebas para evaluar los valores de los distintos componentes de la sangre. ----

[Bioquímica clínica](#): Aquí se realizan análisis que se clasifican de la siguiente forma:

.Química sanguínea de rutina: lo que abarca múltiples parámetros como la determinación de: [glucosa](#), [colesterol](#), etc.

.Exámenes generales de orinas.

.Determinación de gases en sangre : presión parcial de oxígeno, de anhídrido carbónico, reserva de bicarbonato, PH, etc. --

[Microbiología](#): Las diversas labores que se realizan aquí pueden clasificarse en la siguiente forma.

- [Coproparasitología](#): Tiene por objeto investigar la presencia de [parásitos](#) en materias fecales.

- **Bacteriología:** Consiste en examinar directa o indirectamente la presencia o actividad de organismos microscópicos en [sangre](#), [orina](#), [materia fecal](#), [jugo gástrico](#) y [exudados](#) orgánicos.
- **Inmunología:** En esta sección se hacen determinaciones de [anticuerpos](#) y otras determinaciones con el fin de evaluar el [sistema inmunitario](#)
- **Hormonas:** En esta sección se analizan las diferentes hormonas con el fin de evaluar el sistema endocrino.
- **Marcadores tumorales:** En esta sección se analizan unos parámetros que aumentan o aparecen como parte de los procesos tumorales y que sirven para detectar los diferentes tipos de cáncer y su evaluación durante el tratamiento.

-4.1.11.2)- Riesgos Específicos.

-A continuación se enumeran los diferentes riesgos a que se pueden exponer las personas que trabajan en un laboratorio clínico:

- **Exposición a [patógenos](#)** presentes en sangre mientras manipulan muestras contaminadas como sangre o fluidos corporales , ejemplo: [líquido cerebroespinal](#), y [semen](#).
- **Exposición a [tuberculosis](#)**, al trabajar con especímenes que puedan contener tuberculosis y sida. Otros fluidos que pueden ser fuentes potenciales de tuberculosis son: esputo, líquido cerebro raquídeo en la orina, y líquidos recolectados de lavado gástrico o branquial.
- **Exposición a [formaldehído](#):** que es utilizado como fijador, y que se encuentra comúnmente en la mayoría de laboratorios y morgue.
- **Riesgos químicos.** Exposición a [solventes](#), utilizados para fijar tejidos de especímenes, y quitar manchas. Se encuentran principalmente en las áreas de: [histología](#), [hematología](#), [microbiología](#) y [citología](#).
- **Exposición a PPS :** debido a heridas con agujas o cortaduras por objetos afilados, al trabajar con especímenes, tubos de centrifugas.
- **Exposición a [materiales / organismos infecciosos](#).**
- **Exposición a [alergias](#):** ocasionadas por el látex debido al uso de [guantes](#).
- **Riesgo de deslizarse o caerse:** si líquido o muestras caen al suelo.
- **Dolor muscular,** en diferentes partes del cuerpo, por permanecer tiempos prolongados en una misma posición, ya sea sentado o de pie, o por realizar movimientos repetitivos al manipular muestras.
- **Riesgo de [quemaduras](#).**

-4.1.11.3)- Licenciatura en Laboratorio Clínico UDELAR, Uruguay.

-Perfil del Licenciado en Laboratorio Clínico:

-El Licenciado en Laboratorio Clínico es el profesional universitario, que realiza todos los procedimientos o técnicas analíticas, que se desarrollan en el laboratorio clínico, con fines preventivos, de diagnóstico o control terapéutico o evolutivo de las enfermedades.

.Posee: conocimientos en materias básicas afines a la disciplina, que le permiten comprender e interpretar los fundamentos de los procedimientos y técnicas que realiza, e incluso elaborarlos; dominio del instrumental que maneja; información anátomo-fisio-patológica suficiente, para valorar y ubicar la trascendencia de los actos que ejecuta, permitiéndole

analizar la validez de los resultados que obtiene, dominio de la metodología científica que le posibilita la participación en equipos uni o multidisciplinarios de investigación básica o aplicada.

.Se dicta en Montevideo y Paysandú: 4 años / 3.880 horas. Grado: 4 años.

.Esta carrera pertenece a las siguientes áreas: Área salud, Área Interior.

-[Accede a más información sobre "Licenciatura en Laboratorio Clínico"](#).

- Períodos de inscripción para esta carrera: Desde el martes 9 de febrero de 2016 hasta el domingo 28 de febrero de 2016.

-A) Para quienes no tienen previas de Enseñanza Secundaria ni de UTU: [Inscripciones 2016 Montevideo](#) e [Inscripciones 2016 Paysandú](#): Desde el lunes 29 de febrero de 2016 hasta el jueves 3 de marzo de 2016.

-B) Para quienes tienen una previa de Enseñanza Secundaria o de UTU a aprobar en el período de abril/2016: [Inscripciones 2016 Montevideo](#) e [Inscripciones 2016 Paysandú](#).

-Servicios de los que depende:

- Escuela Universitaria de Tecnología Médica.
- Centro Universitario Regional Litoral Norte, Sede Paysandú.

-Departamentos en donde se dicta: Montevideo, y Paysandú.

-4.1.11.4)- Enlaces Externos.

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Laboratorio clínico&oldid=93979735](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Laboratorio_clínico&oldid=93979735)»

- [Laboratorios.](#)
- [Tecnologías sanitarias.](#)
- [Análisis clínicos.](#)
- [Citogenética clínica.](#)
- [Citohematología clínica.](#)
- [Genética molecular clínica.](#)
- [Hemostasiología clínica.](#)
- [Inmunología clínica.](#)
- [Microbiología clínica.](#)
- Esta página fue modificada por última vez el 29 septiembre de 2016 a las 09:51.

-4.1.12)- [Veterinaria](#).

-4.2)- Véase También.

- [Ciencia](#)
- [Salud](#)

-4.3)- Referencias.

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ciencias de la salud&oldid=94823976](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ciencias_de_la_salud&oldid=94823976)»
[.Ciencias de la salud.](#)

- Esta página fue modificada por última vez el 6 noviembre del 2016 a las 16:50.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.

-5)- Organización Panamericana de la Salud.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Organización Panamericana de la Salud



Oficina de la Organización Panamericana de la Salud.

Tipo Organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Fundación [1902](#)

Sede central  [Washington, Estados Unidos](#)

Ámbito 36 países de América

Directora [Carissa Etienne](#)

Subdirector [Francisco Becerra Posada](#)

Director [Isabella Danel](#)

Adjunto

[Sitio web](#) www.paho.org

-La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la [Organización de los Estados Americanos](#) (OEA), y afiliada a la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), desde [1949](#); de manera que forma parte del sistema de las Naciones Unidas.

.Tiene su sede en el [Distrito de Columbia](#), estando dedicada a controlar y coordinar políticas, que promuevan la salud y el bienestar en los países [americanos](#).

.La secretaría de la OPS es la Oficina Sanitaria Panamericana, que funciona a la vez como Oficina Regional de la OMS, para las Américas.(9-5 INEM...).

-Creada el [2 de diciembre](#) de [1902](#), en la Iª Convención Sanitaria Internacional, celebrada en el Distrito de Columbia, siguiendo la resolución de la [II Conferencia Internacional Americana](#).

.La OPS es reconocida como organismo especializado de la OEA, en [1950](#).

.Denominaciones anteriores de la OPS: Oficina Sanitaria Internacional : [1902](#)-1923; y Oficina Sanitaria Panamericana, [1923](#); cambió a su actual nombre en [1958](#), conservando su secretaría la denominación de Oficina Sanitaria Panamericana.

-Índice.

- -5.1)- [La Institución en Síntesis](#).
- -5.2)- [Oficinas Especializadas](#).
- -5.3)- [Directores de la Oficina Sanitaria Panamericana](#).
- -5.4)-Atención Primaria de la Salud.
- -5.5)- [Véase También](#).
- -5.6)- [Referencias](#).
- -5.7)- [6 Enlaces Externos](#).

-5.1)- La Institución en Síntesis.

-El personal de la institución incluye a científicos y técnicos expertos, que ya sea en su sede, en sus oficinas representativas en 27 países, o en sus ocho centros especializados, trabajan con los países de [América Latina](#) y el [Caribe](#).

-Las autoridades sanitarias de los Gobiernos Miembros de la OPS, fijan las políticas técnicas y administrativas de la Organización, por medio de sus Cuerpos Directivos.

.Los Gobiernos miembros de la OPS son los 35 países de América; mientras que [Puerto Rico](#) es un miembro asociado.

.[Francia](#), el [Reino de los Países Bajos](#) y el Reino Unido de [Gran Bretaña](#) e [Irlanda del Norte](#), son Estados Participantes, y España y Portugal son Estados Observadores.

-La misión esencial de la Organización es cooperar técnicamente con los Gobiernos miembros, y estimular la cooperación entre ellos, para que a la vez que se conserva un ambiente saludable, y se avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.

.La OPS lleva a cabo esa misión en colaboración con los Ministerios de Salud, otros [organismos gubernamentales](#) e internacionales, [organizaciones no gubernamentales](#), [universidades](#), organismos de la seguridad social, grupos comunitarios, y muchos otros.

-La OPS promueve la estrategia de [atención primaria en salud](#), como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad, y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos.

.Colabora con los países en la lucha contra enfermedades, que han reaparecido, tales como el [cólera](#), el [dengue](#) y la [tuberculosis](#), y enfermedades nuevas, como la epidemia del [sida](#), que se está propagando.

.Para ello presta cooperación técnica, que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales, y respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles.

.También participa en la prevención de [enfermedades crónicas](#), como: la [diabetes](#) y el [cáncer](#), que afectan cada vez más a la población de los [países en desarrollo](#) de [América](#).

-En sus esfuerzos por mejorar la salud, la OPS orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, incluidas las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos, y los refugiados y personas desplazadas.

.Su interés se concentra en los temas relacionados con la [equidad](#), para quienes carecen de recursos para acceder a la atención de su salud, y en un enfoque panamericanista, que fomenta el trabajo conjunto de los países sobre asuntos comunes.

-La OPS y sus Gobiernos Miembros muestran su compromiso de mejorar la seguridad hematológica en [América](#), al poner en marcha una iniciativa para asegurar, que toda la sangre para transfusiones, esté exenta de enfermedades, y aumentar el número de [donantes voluntarios de sangre](#).

-Reducir la [mortalidad infantil](#) es una alta prioridad para América. La OPS está movilizando nuevos recursos políticos, institucionales y financieros, para prevenir unas 25.000 defunciones infantiles por año, mediante la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

.Se trata de un enfoque sencillo y práctico, por medio del que se enseña a los trabajadores de atención primaria de salud, un proceso completo para evaluar el estado de salud de los niños, que llegan a un puesto sanitario o al consultorio.

.Esos trabajadores aprenden a reconocer los signos de [enfermedad](#), a evaluarlos y tratarlos; aprenden a suministrar información a los padres sobre cómo prevenir las enfermedades en el hogar, y les enseñan cómo tratar inmediatamente al niño, cuando observan signos que indican que su vida está en peligro, y cuándo deben llevarlo a un [hospital](#).

-Se le ha dado a la OPS, el mandato de participar muy activamente en la lucha por reducir el consumo de tabaco, haciendo hincapié en los aspectos sanitarios, y en el elevado costo del [tabaquismo](#) para los países.

.También continúan destacando la importancia de abordar la promoción de la salud, como una estrategia dirigida a las poblaciones, y no como una abstracción.

-Mejorar el abastecimiento de [agua potable](#) y el [saneamiento](#), e incrementar el acceso de los pobres a la atención de salud, con un enfoque de equidad, aún figuran entre las prioridades más altas de la OPS.

.La Organización está intensificando sus esfuerzos, para que los países conozcan el verdadero estado de salud de sus poblaciones, y dónde residen las desigualdades.

.Los esfuerzos de los programas se concentran en corregir las desigualdades, tomando en cuenta la descentralización y el cambio en las funciones del [Estado](#), demostrar que la [salud](#) tiene una importancia decisiva, para el buen desempeño de otros sectores, y que la atención de la salud afecta positivamente a otros aspectos del desarrollo humano.

.La acción de sensibilización en este campo, también se orienta a reducir las inequidades perniciosas, por razón de [sexo](#) que se reflejan en algunos problemas de salud de las mujeres.

-El enfoque panamericano es una parte de la historia de la OPS, y el espíritu del panamericanismo, sigue alentando la cooperación técnica entre países en el campo de la salud.

.La Organización ha ayudado a los países, a trabajar juntos en pro de metas comunes y a iniciar [empresas multinacionales](#) en salud en: [América Central](#), el Caribe, el [Cono Sur](#), y la Región Andina.

.La experiencia ha mostrado beneficios prácticos, tales como la solidaridad, que ayudó a América Central, después del paso del [huracán Mitch](#), y muchos otros ejemplos.

.La colaboración en salud se expresó en los más altos niveles políticos, cuando los jefes de Estado reunidos en la [Cumbre de Santiago](#), aprobaron una iniciativa de salud denominada "Tecnologías de salud uniendo a las Américas".

-Los países de América Latina y el Caribe se unieron hace más de 20 años, para comprar vacunas mediante un fondo rotatorio. Esa acción produjo beneficios tangibles y ayudó a impulsar los esfuerzos de la OPS, para eliminar o controlar las enfermedades prevenibles por vacunación.

.Este es uno de los éxitos más notables de la Organización, que comenzó con la erradicación de la [viruela](#) de América en 1973, seguida cinco años después, por la erradicación mundial de la temida enfermedad.

-Un importante esfuerzo que comprometió a emprender la erradicación de la [poliomielitis](#) en América en 1985, tuvo éxito en septiembre de 1994, cuando una prestigiosa comisión internacional, declaró al continente americano oficialmente libre de poliomielitis. En efecto, el último caso de poliomielitis, se identificó el 23 de agosto de 1991, en el niño Luis Fermín Tenorio Cortez, en [Junín](#), [Perú](#). Desde entonces, a pesar de la intensa vigilancia, no se detectó ningún caso de poliomielitis en América, y la [Organización Mundial de la Salud](#), se ha fijado ahora la meta de erradicar la poliomielitis en el ámbito mundial.

La OPS colabora con los países en la movilización de los recursos necesarios para proporcionar servicios de inmunización y tratamiento para todas las enfermedades

prevenibles por vacunación. Está cerca de alcanzar la meta de eliminar el [sarampión](#) en este continente y está insistiendo en la introducción de vacunas nuevas que ya se encuentran disponibles, como la de [Haemophilus influenza B](#), para reducir la [meningitis](#) y las infecciones respiratorias. La OPS trabaja para reducir la carga de mortalidad y morbilidad por [enfermedades diarreicas](#), incluido el [cólera](#), por medio del manejo de casos y la terapia de [rehidratación oral](#) para evitar las defunciones por deshidratación, y para que se proporcione diagnóstico y tratamiento adecuados de las [infecciones respiratorias agudas](#), salvando de esa forma las vidas de cientos de miles de niños cada año.

-La OPS difunde información científica y técnica, mediante su programa de publicaciones, su sitio en Internet, y una red de bibliotecas académicas, centros de documentación, y bibliotecas locales de atención de salud.

-La Organización proporciona colaboración técnica en una variedad de campos especializados de la salud pública, y organiza los preparativos para situaciones de emergencia, y la coordinación del socorro en casos de desastres.

.Apoya los esfuerzos para controlar la [malaria](#), la enfermedad de [Chagas](#), la rabia urbana, la [lepra](#) y otras enfermedades que afectan a los pueblos americanos.

.Colabora con gobiernos, con otros organismos, y con grupos privados para abordar los principales problemas nutricionales, incluida la [malnutrición](#) proteinoenergética, y está trabajando actualmente para eliminar, las carencias de yodo y de vitamina A.

-La Organización facilita la promoción de la salud, para ayudar a los países a tratar los problemas de salud, característicos del desarrollo y la urbanización, tales como: las [enfermedades cardiovasculares](#), el [cáncer](#), los [accidentes](#), el tabaquismo, y la [adicción a las drogas](#) y el [alcohol](#).

-La Organización también ejecuta proyectos para otros organismos de las [Naciones Unidas](#), organizaciones internacionales, tales como el Banco Mundial.

-5.2)- Oficinas Especializadas.

-[Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud](#) (BIREME),

.Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y

.Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).

-5.3)- Directores de la Oficina Sanitaria Panamericana.

- [Walter Wyman](#) (EE.UU.) [1909-1911](#).
- [Rupert Blue](#) (EE.UU.) [1912-1920](#).
- [Hugh Cumming](#) (EE.UU.) [1920-1947](#).
- [Fred Soper](#) (EE.UU.) [1947-1959](#).
- [Abraham Horwitz](#) (Chile) [1959-1975](#).
- Héctor Acuña (México) [1975-1983](#).
- [Carlyle Guerra de Macedo](#) (Brasil) [1983-1995](#).

- [George Alleyne](#) (Barbados) [1995](#)-2003.
- [Mirta Roses Periago](#) (Argentina) [2003](#)-2008.
- [Mirta Roses Periago](#) (Argentina) [2008](#)-2013.
- [Carissa F. Etienne](#) (Dominica) (2013-Presente) (juró el 31 de enero de 2013).

-5.4)- Atención Primaria de la Salud.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.- «[Atención primaria de la salud](#)»)



-[Centro de Salud Miguel de Cervantes](#) en [Alcalá de Henares](#) ([Madrid](#) - [España](#)).

-La atención primaria de [salud](#) (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la [Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata](#) de [1978](#), convocada por la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) es la siguiente:.
"Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".

-Dicha definición enmarca una serie de acciones de [salud pública](#), sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier [sistema de salud](#).

-Tipos de [asistencia sanitaria](#):

- Primaria.
- [Especializada](#) u hospitalaria y que incluye las [consultas externas](#).

-La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas, proveen mejor [salud](#) a las poblaciones y las personas, con mayor [equidad](#) en salud en los subgrupos poblacionales, y con menores [costes](#). El objetivo central es organizar los [sistemas sanitarios](#) en torno a un sistema fuerte centrado en el [paciente](#), es decir, la atención primaria.¹



-[Centro de Atención Primaria](#) de salud en [Ocumare de la Costa](#), [Venezuela](#).

-Índice:

-5.4)- [Atención Primaria de la Salud](#).

- -5.4.[1](#))- [Objetivos](#).
- -5.4.[2](#))- [Características](#).
- -5.4.[3](#))- [Prestación Sanitaria](#) .
 - -5.4.[3.1](#))- [Servicios](#).
- -5.4.[4](#))- [Organización](#) .
 - -5.4.[4.1](#))- [Estructura](#)
 - -5.4.[4.1.1](#))- [Estructura Física](#).
 - -5.4.[4.1.2](#))- [Estructura Humana](#).
 - -5.4.[4.2](#))- [Proceso](#).
 - -5.4.[4.3](#))- [Resultado](#).
- -5.4.[5](#))- [Historia Clínica](#).
- -5.4.[6](#))- [Problemas de Salud](#).
- -5.4.[7](#))- [Día de la Atención Primaria](#).
- -5.4.[8](#))- [Profesionales Ilustres](#).
- -5.4.[9](#))- [Centros de Salud](#).
- -5.4.[10](#))- [Véase También](#).
- -5.4.[11](#))- [Referencias](#).
- -5.4.[12](#))- [Bibliografía](#).
- -5.4.[13](#))- [Enlaces Externos](#).

-5.4.1)- [Objetivos](#).

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas.^{[2](#)}

Una Atención Primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios.

-5.4.2)- [Características](#)[\[editar\]](#)

Los atributos básicos de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su [calidad](#) y [eficiencia](#).³

- La [accesibilidad](#) es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- La [coordinación](#) es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- La [integralidad](#) es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- La [longitudinalidad](#) es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero

-5.4.3)- Prestación Sanitaria. [\[editar\]](#)

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.⁴

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia [política](#) de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas.⁵

-5.4.3.1)- Servicios[\[editar\]](#)

La atención primaria comprende:

1. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
2. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
4. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
5. La rehabilitación básica.
6. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
7. La atención paliativa a enfermos terminales.
8. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

9. La atención a la salud bucodental.

-5.4.4)- Organización[[editar](#)]

1. Estructura (lo que hay): física y humana
2. Proceso (lo que se hace o se manda hacer)
3. Resultado (lo que se consigue)

-5.4.4.4)- Estructura[[editar](#)]

-5.4.4.4.1)- Estructura Física.[[editar](#)]



Núcleo de atención primaria de salud en la ciudad de [Maracay, Venezuela](#).

- **Materiales:**
 - De oficina
 - Docentes
 - De clínica
 - De exploración o diagnóstico
- [Centro de salud](#) (≠ Consultorio ≠ Ambulatorio) Son edificios o locales:
 - 1 despacho para 2 médicos (uno en turno de mañana y otro por la tarde)
 - 1 despacho para 2 enfermeras (una en turno de mañana y otra por la tarde)
 - Recepción / información / administración
 - Sala de curas / salas específicas: ECG, vacunas, de extracciones, etc.
 - Biblioteca / sala de reuniones
 - Archivo de historias clínicas
 - Almacén
 - Salas especiales: cirugía menor, aulas, trabajadora social, etc.



Centro de salud de Ansoáin (Navarra - España)

- Zona Básica
 - Es el territorio de influencia de un centro de salud.
 - Puede abarcar uno o varios barrios, pueblos o ciudades.
 - Distancias a menos de 30 minutos del centro de salud.
- Área de Salud Es la agrupación de varias zonas básicas.
 - 1 área de salud = 1 gerencia.
 - Abarca aproximadamente a 250.000 habitantes, o a una provincia.

-5.4.4.4.2)- Estructura Humana.[[editar](#)]

Un Equipo de Atención Primaria (EAP) está compuesto por los profesionales de la salud.

- Médicos. Un médico de familia por cada 1.500-2.000 pacientes, 1 pediatra por cada 1.000 niños menores de 14 años. Funciones:
 - Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
 - Consulta en el centro de salud o en los domicilios
 - Atención a demanda o programada
 - Sesiones clínicas
 - Participar en las comisiones
 - Coordinar el centro de atención primaria.
- Enfermeros. Uno por cada 2.000 pacientes. Funciones:
 - Planificación de cuidados. Entrenamiento del paciente para autocuidados
 - Consulta monotemática programada
 - Atención a domicilio

- Curas e inyectables
- Salud buco-dental
- Extracciones
- Técnicas: ECG, Espirometrías, etc.
- Participar en las comisiones.
- Educación sanitaria
- [Administrativos](#). Varía según el tamaño del centro de salud. Funciones:
 - Cita previa
 - TIS / asignación de médico
 - Tramitación de analíticas, radiografías, derivaciones, recetas a Inspección
 - Elaboración de estadística
 - Participar en las comisiones.
- Celadores. Uno por turno laboral. Funciones:
 - Información
 - Reponer materiales
 - Repartir las historias clínicas.

-5.4.4.2)- Proceso[\[editar\]](#)



Centro de atención primaria en [Valladolid](#) - [España](#).

Artículo principal: [Proceso de atención](#)

- [Actividades clínicas](#)
 - [Consulta](#) en el [centro de salud](#): a demanda o programada
 - [Consulta](#) a [domicilio](#): a demanda ([urgencias](#) o [avisos](#)) o programada

- [Prevención primaria](#), [secundaria](#), [terciaria](#) y [cuaternaria](#).
- [Actividades docentes](#)
 - Sesiones clínicas
 - [Formación continuada](#)
 - [Educación sanitaria](#) ([divulgación](#))
 - - Unidad docente: residentes en [Medicina Familiar y Comunitaria](#).
- [Investigación](#)
 - [Estudios científicos](#)
 - [Publicaciones](#): [revistas](#), [libros](#), etc.
 - [Congresos](#): [comunicaciones](#), [pósters](#).
- [Administración](#) y/o [Gestión](#)
 - [Comisiones](#): interior, docencia, registros, calidad
 - Coordinador: [médico](#) (administración sencilla sin jefe)
 - Responsable de [enfermeros](#) y de administrativos
 - [Cartera de servicios](#): [auditorías](#).

-5.4.4.3)- Resultado[[editar](#)]

Artículo principal: [Resultado sanitario](#)

- Fuentes de información
 - Historia clínica orientada por problemas (registro fundamental)
 - Parte interconsulta (PIC) (antiguo P10)
 - Pruebas complementarias: ECG, ECO, espirometrías, radiografías, analíticas sanguíneas, urinarias, etc.
 - Bajas laborales
 - Gasto y tipos de medicamentos.
- Sistema de control / evaluación
 - Protocolos, programas, servicios

- Cartera de servicios: cambia todos los años, se firma, coberturas
- Normas técnicas mínimas (NTM)
- Auditorías (1 al año: externa e interna)
- No se evalúan resultados clínicos, sino proceso.
- Incentivos
 - Económicos: cumplir cartera de servicios (gastos farmacéuticos, suplentes y materiales; cumplir NTM y coberturas)⁶
 - Formación: sesiones clínicas, cursos, unidad docente
 - Méritos profesionales: Carrera profesional, Antigüedad, Docente, Publicaciones.
- Estadísticas
 - Frecuentación: en consulta (35 visitas/día) en domicilio (1 visita/día)
 - Resuelve: 90-95% de las visitas (visitas ≠ pacientes)
 - Duración media de consulta en despacho: de 5 a 10 minutos por visita.

-5.4.5)- Historia clínica[[editar](#)]

Artículo principal: [Historia clínica](#)

Artículo principal: [Historia clínica electrónica](#)

Es el elemento fundamental de registro de todo médico. Aunque el paciente tenga el derecho a tener una copia de su [historia clínica](#), los datos son siempre confidenciales (secreto profesional).

- Tipos:
 - Cronológica
 - Orientada por problemas
 - Protocolizada
- Partes de la "historia clínica orientada por problemas" (actualmente suele estar [informatizada](#)):
 - Carpeta familiar
 - Carpeta individual: azul o rosa
 - Carpeta de datos generales

- SOAP
- Analíticas
- Hojas multiusos
- Hojas en blanco
- Hojas para protocolos o cartera de servicio
- Se puede ordenar por:
 - [Edad](#) / [sexo](#): historia individual
 - Número de historia específico: historia familiar o ficha familiar

-5.4.6)- Problemas de Salud[\[editar\]](#)

Artículo principal: [Problema de salud](#)

- [Enfermedad](#) ≠ [Problema de salud](#)
- Se atienden todos los [problemas de salud](#).
- Más frecuentes: [hipertensión arterial](#), [dislipemia](#), [diabetes mellitus](#), [EPOC](#), [asma](#), [artrosis](#), [infecciones](#) (respiratorias, urinarias, digestivas, piel o mucosas, ojos u oídos), [traumatismos](#) no laborales, [depresiones](#), [ansiedad](#), [obesidad](#), [insomnio](#), [estreñimiento](#), [pacientes terminales](#), etc.
- Distorsión:
 - [Datos Hospitalarios](#) ≠ [Datos de Atención Primaria](#)
 - [Encuesta Nacional de Salud](#) ≠ [Datos de Atención Primaria](#)

-5.4.7)- Día de la Atención Primaria. [\[editar\]](#)

En [2011](#) se estableció en España el 12 de abril como el "Día Nacional de Atención Primaria", con el objetivo de ser el eje fundamental del [Sistema Nacional de Salud](#), capaz de mejorar la eficiencia del mismo así como garantizar su [sostenibilidad](#).^{[7](#) [8](#) [9](#)}

-5.4.8)- Profesionales Ilustres. [\[editar\]](#)

- [Barbara Starfield](#)
- [Julian Tudor Hart](#)

-5.4.9)- Centros de Salud[\[editar\]](#)

- [Centro de Salud Miguel de Cervantes](#)

- [Centro de Salud La Rivota \(Alcorcón, Madrid\)](#)
- [Centro de Salud El Greco \(Getafe\)](#)
- [Centro de Salud Fuensanta \(Valencia\)](#)

-5.4.10)- Véase también[\[editar\]](#)

-  [Portal:Medicina](#). Contenido relacionado con [Medicina](#).
- [Cabás](#) o [maletín médico](#)
- [Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas](#)
- [Clasificación Internacional de Atención Primaria](#)
- [Historia de la Medicina General en España](#)
- [Ley de cuidados inversos](#)
- [Médico de cabecera](#)
- [Medicina Familiar y Comunitaria](#)
- [Prevención cuaternaria](#)
- [Red Española de Atención Primaria](#)

-5.4.11)- Referencias[\[editar\]](#)

1. [Volver arriba ↑ Starfield B. Hospitales, Especialistas y Atención Primaria: las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la poblacional. Fórum Catalán de Atención Primaria; Barcelona, 19 de noviembre de 2009.](#)
2. [Volver arriba ↑ Hernansanz Iglesias F, Gervas Camacho J, Clavería Fontán Ana. Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26\(Supl.1\):162-4.](#)
3. [Volver arriba ↑ Starfield B. Is primary chdare essential? Lancet. 1994: 344\(8930\):1129-33.](#)
4. [Volver arriba ↑ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud \(artículo 12\). BOE. 2003/05/29;\(128\):20573.](#)
5. [Volver arriba ↑ Starfield B. General Practice as an Integral Part of the Health System. 16th Nordic Conference on General Practice. Copenhagen, Denmark; May 13-16, 2009.](#)
6. [Volver arriba ↑ Eirea Eiras C, Ortún Rubio V. Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26\(Supl.1\):102-6](#)
7. [Volver arriba ↑ Foro de Médicos de Atención Primaria. Día de la Atención Primaria 2011. Manifiesto. 12/04/2011.](#)
8. [Volver arriba ↑ Día Nacional de la Atención Primaria. SEMERGEN. 13/06/2013.](#)
9. [Volver arriba ↑ Mañana 12 de abril, Día Nacional de la Atención Primaria. Sindicato Médico Andaluz. 11/04/2014.](#)

-5.4.12)- Bibliografía[\[editar\]](#)

- [Gervas JJ. Pérez Fernández MM. García Sagredo P. Acerca de la atención primaria \(forma de trabajo y características básicas\) y de los registros. En: Gervas JJ, ed. Los](#)

[sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1987. p.6-16.](#)

- [Starfield B. Primare care. Concept, evaluation and policy. Nueva York: Oxford University Press; 1992.](#)
- [Gérvas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 28\(7\):472-7.](#)
- [Gérvas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. SEMERGEN. 2004; 30\(5\):245-57.](#)
- [Gérvas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.](#)
- [Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005; 83\(3\):457-502.](#)
- [Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9\(3\):389-400.](#)
- [Martín Zurro A, Jodar Solà G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica \(6ª ed.\). Barcelona: Elsevier; 2008. ISBN 9788480862196](#)
- [Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA; 2009. p.359-80.](#)
- [Gérvas J, Pérez Fernández M. Poder para la atención primaria de salud. Cuaderno de Políticas Salud. 2010; 4:2-4.](#)
- [Freire JM. Evolución, Situación y Retos de la Atención Primaria en España.](#)
- [Commission of the WONCA European Council. The european definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe. 2011 Edition.](#)
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra.).

-5.4.13)- Enlaces externos[[editar](#)]

- [Declaración de Alma-Ata en sitio de la OPS](#)
- [Página conmemorativa de los 25 años de Alma-Ata](#)
- [Catálogo de Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud en España - Ministerio de Sanidad](#)
- [Equipo CESCA](#)
- [Red Española de Atención Primaria \(REAP\)](#)
- [Seis minutos. Definición y características de la Atención Primaria](#)
- [Family Practice Notebook](#)

Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Atención primaria de salud&oldid=92520472>»

Categorías:

- [Atención Primaria](#)
- [Política sanitaria](#)
- [Centros de Salud](#)
- Esta página fue modificada por última vez el 26 noviembre de 2016 a las 09:32.

-5.5)- Véase También.

- [Administración en salud.](#)
- [Crisis sanitaria.](#)
- [Inteligencia sanitaria.](#)
- [Ley de cuidados inversos.](#)
- [Ministerio de Sanidad.](#)
- [Organización de las Naciones Unidas](#) (ONU).
- [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS).
- [Política sanitaria.](#)
- [Salud pública.](#)

-5.6)- Enlaces Externos.

- [Sitio oficial de la Organización Panamericana de la Salud.](#)
- [Centro de Documentación Carlos Sanmartín Barberi.](#)

- [RIMA - Red Informática de Medicina Avanzada \(Centro Colaborador OPS, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones\).](#)
- [Biblioteca Global de Materiales de Entrenamiento en Salud Ambiental y Ocupacional \(GeoLibrary\).](#)

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Organización Panamericana de la Salud&oldid=94704800](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Organización_Panamericana_de_la_Salud&oldid=94704800)» Categorías:

- [Organización de los Estados Americanos](#)
 - [Organismos especializados de la Organización de las Naciones Unidas](#)
 - [Organización Mundial de la Salud.](#)
- fue modificada por última vez el 1º noviembre de 2016, a las 03:04.
 - El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro

-6)- Véase También.

- [Nutrición.](#)
- [Dieta.](#)
- [Dietética.](#)
- [Salud.](#)
- [Alimentación.](#)
- [Trastorno alimentario.](#)
- [Trofología.](#)

-7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#)
http://www.aedn.es/resources/751441Perfilprofesional_definitivo.pdf
2. [Volver arriba ↑](#) en:Dietitian
3. [Volver arriba ↑](#) <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
4. [Volver arriba ↑](#)
<http://www.consejodietistasnutricionistas.com/institucion/bienvenida/>
5. [Volver arriba ↑](#) en:Dietitian
6. [Volver arriba ↑](#) Alanís Villalón, Roxana (feb 20, 2014). [Nutriólogo: el profesional preocupado por el bienestar físico.](#)
7. [Volver arriba ↑](#) Zacarias Jiménez-Salas y Pedro César Cantú Martínez. [«Genética y Nutrición».](#)
8. [Volver arriba ↑](#) [«Colegio Mexicano de Nutriólogos».](#)

9. [Volver arriba ↑ en:Dietitian.](#)

-8)- Enlaces Externos.

- [Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas](#)
- [Sociedad Española de Nutrición](#)
- [Intrusismo Laboral en la Nutrición](#)
- [Ministerio de Educación](#)
- [Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias](#), 44/2003 de 21 de noviembre. B.O.E.
- <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/formacionprofesional/index.php>
- http://www.edu.xunta.es/ciclos/files/curri_fp/cas/di.pdf
- <http://ecodiario.eleconomista.es/interstitial/volver/aciertodic13/salud/noticias/820718/10/08/Los-tecnicos-superiores-en-Dietetica-piden-a-la-AEDN-que-no-desacredite-ni-monopolice-su-profesion.htm>
- Noticias de Navarra. La sanidad pública navarra carece de dietistas-nutricionistas y precisaría unos 40. 28 Nov. 2010 [\[1\]](#)
- "[La falta de plazas en sanidad pública un problema para toda la sociedad](#)", Intervención de la Presidenta de la Asociación de Dietistas Nutricionistas del País Vasco
- "[\[2\]](#)" Perfil de las competencias del Dietista Nutricionista
- -37 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR: ENRIQUE BARMAIMON:
- -. Alcance Gratuito , de 37 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son:
- . LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]). .(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
- .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
- .Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno,; y
- . Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) .
- Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
- -Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
- -Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos:
- .Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica Anestesia, Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación;
- . Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud;

- .Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y
- .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martin. Aspectos de su Salud.(2012).1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.
-Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos:
- . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
- .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
- .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo.
- . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
- . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Linguística, Antropología, Inteligencia Artificial;
- . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
- .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. 1ªEd. Virtual, B.V.S.
- . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
-Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
- . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
- . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos;y
- . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
- -Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:
- .Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;
- .Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar
- .Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

- .Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vazquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 3 Tomos:
 - .Tomo I: República Francesa.
 - .Tomo II : Reino de España.
 - .Tomo III: Reino Unido.
 - .Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía.
 - .1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:
 - .Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.
 - . Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.
 - - Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.
 - - Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.
 - 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
 - -Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
 - -Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.
 - 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.
 - BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962.

-PARTE VIII- NUTRICIÓN.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La nutrición es principalmente el aprovechamiento de los nutrientes,¹ manteniendo el equilibrio [hemostático](#) del [organismo](#) ,a nivel molecular y microscopista.

-La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación, que existe entre los alimentos, la salud y especialmente en la determinación de una dieta.

-Los procesos microscopistas están relacionados a la absorción, [digestión](#), [metabolismo](#) y [eliminación](#).

.Los procesos moleculares o microscopistas, están relacionados al equilibrio de elementos como: [enzimas](#), [vitaminas](#), minerales, [aminoácidos](#), [glucosa](#), transportadores químicos, mediadores bioquímicos, [hormonas](#), etc.

.Como ciencia, la nutrición estudia todos los procesos bioquímicos y fisiológicos, que suceden en el organismo para la asimilación del alimento, y su transformación en energía y diversas sustancias.²

.Lo que también implica el estudio sobre el efecto de los nutrientes sobre la salud y enfermedad de las personas.

-Índice.

-PARTE VIII- NUTRICIÓN.

- [-1\)- Diferencias entre Alimentación, Nutrición, Diurética y Dieta.](#)
- [-2\)- Características.](#)
- [-3\)- Tipos de Nutrición en los Seres Vivos.](#)
- [-4\)- Historia de la Nutrición .](#)
 - [-4.1\)- Desde la Antigüedad Hasta 1800.](#)
 - [-4.2\)- Comienzos de 1800.](#)
 - [-4.3\)- Comienzos de 1880.](#)
 - [-4.4\)- Desde 1900 Hasta 1941.](#)
 - [-4.5\)- 1990 en Adelante.](#)
- [-5\)- Nutrición y Salud.](#)
- [-6\)- Controversias de la Nutrición en los Países Occidentales.](#)
- [-7\)- Pirámide de Alimentos.](#)
- [-8\)- Balance Energético.](#)
- [-9\)- Véase También.](#)
- [-10\)- Referencias.](#)
- [-11\)- Enlaces Externos.](#)

-1)- Diferencias Entre Alimentación, Nutrición, Diurética y Dieta.

-Aunque [alimentación](#) y nutrición, se utilizan frecuentemente como sinónimos, son en realidad términos diferentes, ya que:

- La nutrición hace referencia a los [nutrientes](#), que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios, que suceden tras la ingesta de los alimentos, es decir: la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el [tubo digestivo](#) de sus componentes o nutrientes, y su asimilación, en las células del organismo.
.Los [tradicionistas](#) (nutricionistas-dietistas) son profesionales de la salud, que se especializan en esta área de estudio, que están entrenados para el tratamiento nutricional de enfermedades, o la adecuación de la alimentación a diversas situaciones fisiológicas.
.Por eso, al tratarse la nutrición de un acto orgánico involuntario, es incorrecto hablar de una buena o mala nutrición, cuando se habla de una ingesta adecuada o inadecuada de alimentos. El término correcto sería, una buena o mala alimentación.
- La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes, que van dirigidos a la elección, preparación e ingesta de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico : [medio ambiente](#), que determinan, al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y [estilos de vida](#).

-Los términos dieta y dietética, también son confundidos frecuentemente y tampoco son lo mismo:

- La [dieta](#): Son los hábitos alimenticios de un individuo, esta no tiene por qué estar enfocada al tratamiento de ninguna patología, como la obesidad, o ni siquiera a la reducción de peso. Simplemente es lo que come el individuo. Por lo tanto todas las personas llevan a cabo una dieta. La dieta se puede modificar para conseguir diversos objetivos, como por ejemplo el tratamiento de enfermedades, como la obesidad, que caso más común en que se utiliza la expresión «estar a dieta», aunque no el único.
- La [dietética](#): Es la ciencia que utiliza los conocimientos de la nutrición, para proporcionar una alimentación saludable, que se adapte al individuo y a las diversas situaciones de su vida, como: embarazo, lactancia y ejercicio físico, previniendo así posibles patologías, y mejorando su calidad de vida y su rendimiento.

-2)- Características.

-La nutrición es la ciencia que estudia los procesos fisiológicos y metabólicos, que ocurren en el organismo con la ingesta de alimentos.

.Muchas enfermedades comunes y sus síntomas, frecuentemente pueden ser prevenidas o aliviadas, con una determinada alimentación; por esto, la ciencia de la nutrición, intenta entender cuáles son los aspectos dietéticos específicos, que influyen en la [salud](#).

.El propósito de la ciencia de la nutrición, es explicar la respuesta metabólica y fisiológica del cuerpo ante la [dieta](#). Con los avances en [biología molecular](#), [bioquímica](#) y [genética](#), la ciencia de la nutrición, se enfoca en el estudio del [metabolismo](#), investigando la relación entre la dieta y la salud, desde el punto de vista de los procesos bioquímicos. El cuerpo humano está hecho de [compuestos químicos](#), tales como: [agua](#), [aminoácidos](#) : [proteínas](#), [ácidos grasos](#) : [lípidos](#), [ácidos nucleicos](#) : [DNA/ARNA](#) e [hidrosilicatos](#) : [azúcares](#) y fibra.

-Una alimentación adecuada es la que cubre:

- Los requisitos de energía, a través de la metabolización de nutrientes, como los carbohidratos, [proteínas](#) y [grasas](#). Estos requisitos energéticos están relacionados con el [gasto metabólico basal](#), el gasto por la [actividad física](#), y el gasto inducido por la dieta.
- Las necesidades de [micronutrientes](#) no energéticos, como: las [vitaminas](#) y [minerales](#).
- La correcta hidratación basada en el consumo de bebidas, en especial el [agua](#).
- La ingesta suficiente de [fibra dietética](#).

-3)- Tipos de Nutrición en los Seres Vivos.



-Las plantas son organismos autótrofos.

-Nutrición autótrofa: Es la que llevan a cabo los organismos, que producen su propio alimento. Los seres autótrofos son organismos capaces de sintetizar sustancias esenciales para su metabolismo, a partir de sustancias inorgánicas. El término autótrofo procede del griego, y significa 'que se alimenta por sí mismo'.

-Los organismos autótrofos producen su masa celular y materia orgánica, a partir del dióxido de carbono, como única fuente de carbono, usando la luz o sustancias químicas como fuente de energía. Las plantas y otros organismos que usan la [fotosíntesis](#), son fotolitoautótrofos; las bacterias que utilizan la oxidación de compuestos inorgánicos como el anhídrido sulfuroso o compuestos ferrosos como producción de energía, se llaman quimiolitotróficos.



-Los hongos son organismos heterótrofos.

-Nutrición heterótrofa: Es la que llevan a cabo aquellos organismos, que necesitan de otros para vivir. Los organismos heterótrofos : del griego "hetero", otro, desigual, diferente y "trofo", que se alimenta, en contraste con los autótrofos, son aquellos que deben alimentarse con las sustancias orgánicas sintetizadas por otros organismos, bien autótrofos o heterótrofos a su vez. Entre los organismos heterótrofos, se encuentra multitud de bacterias y los animales.

-Los seres heterótrofos como los animales, los hongos, y la mayoría de bacterias y protozoos, dependen de los autótrofos, ya que aprovechan su energía y la de la materia que contienen, para fabricar moléculas orgánicas complejas.

.Los heterótrofos obtienen la energía rompiendo las moléculas de los seres autótrofos que han comido.

.Incluso los animales carnívoros, dependen de los seres autótrofos porque la energía y su composición orgánica obtenida de sus presas , procede en última instancia de los seres autótrofos que comieron sus presas.

-Según el origen de la energía que utilizan los organismos heterótrofos, pueden dividirse en:

-Fotoorganotrofos: Estos organismos fijan la energía de la luz, constituyendo un grupo muy reducido de organismos, que comprenden la bacteria purpúrea y familia de pseudomonadales. Solo realizan la síntesis de energía, en presencia de luz y en medios carentes de oxígeno.

-Quimiorganotrofos: Utilizan la energía química extraída directamente de la materia orgánica. A este grupo pertenecen todos los integrantes del reino animal, todos del reino de los hongos, gran parte de las moneras y de las arqueobacterias.

-Los heterótrofos pueden ser de dos tipos fundamentalmente: consumidores, o bien saprótrofos y descomponedores.

.Los autótrofos y los heterótrofos se necesitan mutuamente para poder existir.

-4)- Historia de la Nutrición.

-Desde la aparición del hombre sobre la tierra, el tipo de alimentos que este ha tenido que ingerir para su sustento, ha variado a través del tiempo, debido a que siempre se vio obligado a adaptarse a aquellos, que tenía más próximos y le era más fácil obtener con las escasas herramientas que poseía. Como por ejemplo, importa citar los estudios sobre los restos del ser humano más antiguo, encontrado hasta la fecha : el [hombre de Atapuerca](#).

.Se ha llegado a la conclusión de que este, era carroñero y practicaba el [canibalismo](#),^{3 4} y competía por sus alimentos, con otros animales de hábitos alimenticios similares. En su andar en busca de víveres, se iba encontrando con nuevos tipos, a los que se veía obligado a adaptarse. A medida que la disponibilidad de la [caza mayor](#) iba disminuyendo, tenía que alimentarse de la [caza menor](#), de los [mariscos](#) : en algunas áreas), y sobre todo de [plantas](#) comestibles. Esta fase adaptativa empezó hace unos 100. 000 años.

-Los últimos seres humanos que sufrieron estas restricciones, hace unos 30. 000 años, fueron los habitantes de unas zonas muy determinadas : dos regiones del [Oriente Medio](#).

.Sin embargo, en la [península ibérica](#), hace menos de 20. 000 años , segun señaló Freeman, en 1981, la carne todavía suponía más del 50 % de la dieta habitual.

-Hace unos 12. 000 años , según [Cavalli-Sforza](#), en 1981; y [Trowell](#), en 1981, se inicia la primera revolución agrícola. Esto conllevó a la disponibilidad de una nueva fuente fija de [proteínas](#). Debemos tener en cuenta la gran variabilidad en las cifras referidas, a lo obtenido en las cosechas; se trataba de una alimentación irregular, que alternaba con épocas de

[hambre](#).

.El resultado final de las recolecciones se veía muy afectado por el [clima](#), contra el cual era muy difícil luchar. El almacenamiento de sobrantes, en años buenos de producción, tampoco era el más eficaz.

-Los humanos han evolucionado como [omnívoros](#) cazadores-recolectores, a lo largo de los pasados 250. 000 años. La dieta del humano moderno temprano, varió significativamente dependiendo de la localidad y el clima.

.La dieta en los [trópicos](#) tiende a estar basada preferentemente en alimentos vegetales, mientras que la dieta en las [latitudes](#) altas, tienden más hacia los productos animales.

.El análisis de restos craneales y poscraneales de humanos y de animales del [Neolítico](#), junto con estudios detallados de modificación ósea, han mostrado que el canibalismo también estuvo presente entre los humanos prehistóricos.

-La [agricultura](#) se desarrolló hace aproximadamente 10. 000 años en múltiples localidades a través del mundo, proporcionando [cereales](#) tales como: [trigo](#), [arroz](#) y [maíz](#), junto con alimentos básicos tales como el [pan](#) y la pasta.

.La agricultura también proporcionó [leche](#) y productos [lácteos](#), e incrementó marcadamente la disponibilidad de carnes y la diversidad de vegetales. La importancia de la pureza de los alimentos fue reconocida, cuando el almacenaje masivo, condujo a la aparición de casos de contaminación.

-El cocinar se desarrolló a menudo como una actividad [ritualista](#), debido a la preocupación por su eficiencia y su fiabilidad, requiriendo la adherencia a recetas y procedimientos estrictos, en respuesta a la demanda de pureza y consistencia en el alimento.

-4.1)- Desde la Antigüedad Hasta 1800.

-475 a. C.: [Anaxágoras](#) declara que la comida es absorbida por el cuerpo humano y por lo tanto contiene componentes generativos, deduciendo por lo tanto la existencia de nutrientes.

-400 a. C.: [Hipócrates](#) dice: «Deja que la comida sea tu medicina y la medicina sea tu comida».

-1500: el científico y artista [Leonardo da Vinci](#) compara el metabolismo con una vela ardiendo.

-1614: el médico veneciano [Santorio Santorio](#) describe como se pierde una parte del alimento durante la digestión.

-1747: el Dr. [James Lind](#), un médico de la Marina británica realiza el primer experimento científico en nutrición, descubriendo que el jugo de [limón](#) salvó de [escorbuto](#) : un desorden [hemorrágico](#) mortal y doloroso, a los marineros que estuvieron en el mar por años. El descubrimiento fue ignorado por 40 años, después de los cuales los marineros británicos comenzaron a ser conocidos como los "limeros". La vitamina que se encuentra en el jugo de lima no sería identificada por los científicos hasta 1930.

-1770: [Antoine Lavoisier](#), el *Padre de la Nutrición y la Química*, descubre los detalles del metabolismo, demostrando que la [oxidación](#) de los alimentos es la fuente del calor corporal.

-1790: [George Fordyce](#) reconoce al [calcio](#) como necesario para la sobrevida de las aves de corral.

-4.2)- Comienzos de 1800.

-Los [elementos](#) [carbón](#), [nitrógeno](#), [hidrógeno](#) y [oxígeno](#) son reconocidos como los componentes primarios de la comida, y se desarrollan métodos para medir su proporción.

-1816: [François Magendie](#) descubre que [perros](#) alimentados solo con carbohidratos y grasa pierden su proteína corporal y mueren en pocas semanas. Solo los perros alimentados con proteínas sobreviven. Se identifican las proteínas como un componente esencial de la dieta.

-1840: [Justus von Liebig](#) descubre la función que cumplen los carbohidratos (azúcares), las grasas (ácidos grasos) y las proteínas (aminoácidos) en la nutrición.

-1860: [Claude Bernard](#) descubre que la grasa corporal puede ser sintetizada partir de carbohidratos y proteínas, mostrando que la energía en la [glucosa](#) sanguínea puede ser almacenada como grasa o [glucógeno](#).

-4.3)- Comienzos de 1880.

-[Kanehiro Takaki](#), observa que los marineros japoneses desarrollaban [beriberi](#) o neuritis endémica, una enfermedad causante de problemas cardíacos y parálisis, pero los marineros británicos no lo desarrollaban. Agregando leche y carne a la dieta japonesa previno la enfermedad.

-1896: [Baumann](#) observa [yodo](#) en la [glándula tiroides](#).

-1897: [Christiaan Eijkman](#) trabaja con nativos de [Java](#) que sufrían de [beriberi](#). Eijkman observó que [gallinas](#) alimentadas con la dieta nativa de arroz blanco desarrollaron síntomas de beriberi y solo permanecieron saludables aquellas, que fueron alimentadas con arroz marrón no procesado, con la fibra exterior intacta. Eijkman curó a los nativos al alimentarlos con arroz marrón, descubriendo que el alimento puede curar la enfermedad. Más de dos décadas después, nutricionistas aprendieron que la fibra exterior del arroz contiene [vitamina B1](#), también conocida como [tiamina](#).

-4.4)- Desde 1900 Hasta 1941.

-Comienzos de 1900: [Carl Von Voit](#) y [Max Rubner](#) miden el gasto energético calórico en diferentes especies de animales, aplicando los principios de la [física](#) en la nutrición.

-1906: Wilcock and Hopkins muestran que el aminoácido [triptófano](#), es necesario para la supervivencia del [ratón](#).

.[Gowland Hopkins](#) reconoce factores accesorios de los alimentos diferentes en las [calorías](#), proteínas y [minerales](#), como materiales orgánicos y esenciales para la salud, los cuales el organismo no puede sintetizar.

-1911: [Stephen M. Babcock](#) y [Edwin B. Hart](#), llevan a cabo el experimento del cereal único.

-1912: [Casimir Funk](#) acuña el término «[vitamina](#)» a partir de la palabra "vital", porque estas sustancias desconocidas, prevenían: el [escorbuto](#), [beriberi](#) y la [pelagra](#); y del sufijo "amino", pensando que eran derivadas del [amonio](#).

-1913: [Elmer McCollum](#) descubre las primeras vitaminas, la vitamina liposoluble A; y la vitamina hidrosoluble B en 1915.

. En la actualidad se sabe que es un complejo de varias vitaminas e hidrosolubles.

.La sustancia desconocida que prevenía el escorbuto, fue llamada vitamina C.

.[Lafayette Mendel](#) y [Thomas Osborn](#), también realizaron trabajos pioneros sobre las vitaminas A y B.

- 1919: Sir [Edward Mellan](#) identifica incorrectamente el [raquitismo](#), como una deficiencia de vitamina A, porque logra curarla en perros con [aceite de hígado de bacalao](#).
- 1922: McCollum destruye la vitamina A en el aceite de hígado de bacalao y sin embargo descubre, que este aun así, curaba el raquitismo, llevando al descubrimiento de la [vitamina D](#).
- 1922: [H. M. Evans](#) y [L. S. Bishop](#) descubren la [vitamina E](#), como un factor esencial para el embarazo de la rata, llamándolo factor alimentario X, hasta 1925.
- 1925: Hart descubre qué [cantidades traza](#) de [cobre](#), son necesarias para la absorción de [hierro](#).
- 1927: [Adolf Otto Reinhold Windaus](#) sintetizó la vitamina D, por lo cual ganó el [premio Nobel](#) en química, en 1928.
- 1928: [Albert Szent-Györgyi](#) aisló [ácido ascórbico](#), y en 1932, probó que esto era vitamina C, previniendo el escorbuto.
- .En 1935, lo sintetizó, y en 1937, ganó el premio Nobel gracias a sus esfuerzos.
- .Al mismo tiempo Szent-Gyorgyi, dilucidó el ciclo del [ácido cítrico](#).
- 1930: [William Cumming Rose](#) identificó los [aminoácidos](#) esenciales, componentes necesarios de las proteínas, los cuales no pueden ser sintetizados por el organismo.
- .1935: [Underwood](#) y Marston descubrieron independientemente la necesidad de consumir [cobalto](#).
- 1936: [Eugene Floyd Dubois](#) mostró que el desempeño en el trabajo y la escuela, están relacionados con la ingesta calórica.
- 1938: La estructura química de la vitamina E, es descubierta por [Erhard Fernholz](#); y es sintetizada por [Paul Karrer](#).
- 1940: [Elsie Widdowson](#) y otros, redactaron el racionamiento de acuerdo a principios nutricionales en el [Reino Unido](#).
- 1941: Las primeras raciones dietéticas recomendadas (Recommended Dietary Allowances) fueron establecidas por el Consejo Nacional de Investigación.

-4.5)- 1990 en Adelante.

- 1992: El Departamento de Agricultura de [Estados Unidos](#) introduce la [pirámide alimentaria](#).
- 2002: Estudios muestran la relación entre la nutrición y el comportamiento violento.
- 2011: Se divide a la nutrición heterótrofa en 4 tipos: holotrofa, simbiótica, saprófaga y parásita.
- .Dentro del concepto de nutrición holotrofa, se distinguen 3 tipos: [carnívoros](#), [herbívoros](#) o fitófagos, y [omnívoros](#).

-5)- Nutrición y Salud.

- Existen seis clases de nutrientes, que el cuerpo necesita: carbohidratos, [proteínas](#), [grasas](#), [vitaminas](#), [minerales](#) y [agua](#).
- .Es importante consumir diariamente esos seis nutrientes, para construir y mantener una función corporal saludable.

.Una salud pobre puede ser causada por un desbalance de nutrientes, ya sea por exceso o deficiencia.

.Además la mayoría de los nutrientes están involucrados en la señalización de células , como parte de bloques constituyentes, de [hormonas](#), o de la cascada de señalización hormonal.

.Deficiencia o exceso de varios nutrientes, afectan indirectamente la función hormonal.

.Así, como ellos regulan en gran parte, la expresión de [genes](#), las hormonas representan un nexo entre la nutrición y nuestros genes, que son expresados en nuestro [fenotipo](#).

.La fuerza y naturaleza de este nexo, están continuamente bajo investigación, sin embargo, observaciones recientes, han demostrado el rol crucial de la nutrición en la actividad y función hormonal, y por lo tanto en la salud.

-De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [(WHO: 1996)], más que el hambre, el verdadero reto hoy en día, es la deficiencia de micronutrientes : vitaminas, minerales y aminoácidos esenciales, que no permiten al organismo, asegurar el crecimiento y mantener sus [funciones vitales](#).

- Reconociendo el potencial inherente a la micro[alga Spirulina](#) (*Arthrospira platensis*), para contrarrestar la mala alimentación, y su grave impacto negativo al de múltiples niveles de la sociedad, especialmente en los países en desarrollo y los menos desarrollados; la comunidad internacional afirma su convicción, uniendo esfuerzos de formar la institución intergubernamental por el uso de esta alga, contra la malnutrición (IIMSAM).

-Existen múltiples enfermedades relacionadas o provocadas por una deficiente alimentación, ya sea en cantidad, por exceso o defecto; o por mala calidad: [anemia](#); [ateroesclerosis](#); algunos tipos de [cáncer](#); [diabetes mellitus](#); [obesidad](#); [hipertensión arterial](#); [avitaminosis](#); [desnutrición](#); [bocio endémico](#); [bulimia nerviosa](#); [anorexia nerviosa](#) y/o [vigorexia](#).

-Una mala alimentación también provoca daños bucales, debido a que en el momento en que el cuerpo deja de recibir los nutrientes necesarios para la renovación de los tejidos, la boca se vuelve más susceptible a las [infecciones](#).

-El exceso de carbohidratos, [almidones](#) y azúcares, producen ácidos de la placa, que se adhieren al esmalte de los dientes, causando así su destrucción.

-6)- Controversias de la Nutrición en los Países Occidentales.

-Fuentes de consumo de energía diaria a nivel global⁵, diferenciando entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. El hecho de que los hábitos de consumo en los países en vías de desarrollo , aproximadamente el 90 % de la población global, van a cambiar hacia una dieta, con proporciones elevadas de productos de origen animal, hace suponer que agravará el problema ecológico de una agricultura, basada en productos de origen animal, que usan aproximadamente 10 veces la energía requerida, para un equivalente en productos [veganos](#).

-El veganismo (del inglés *veganism*)³ es la práctica de abstenerse de la utilización y consumo de productos y servicios de otras especies animales.

.Dicha práctica en general se realiza por una razón ética, que rechaza la condición de mercancía de los animales, debido a su condición de seres sensibles o sintientes; aunque también hay argumentos ambientales y de salud. A quien practica el veganismo se le llama vegano o vegana (del inglés *vegan*).².

-Existen distintos tipos de veganismo:

- El veganismo ético: Es el de quienes rechazan el consumo de todo producto de origen animal, por respeto a los demás animales. Además de seguir una alimentación vegetariana estricta o pura, también extienden dicha filosofía a todos los ámbitos de sus vidas, y se oponen al uso o consumo, para cualquier propósito, de animales o productos de origen animal.^{3 4}.
- El veganismo dietético o vegetarianismo estricto: Es el de quienes se abstienen de consumir cualquier tipo de carne, y también productos de origen animal, como los huevos y la leche. Tampoco consumen otras sustancias derivadas o producidas por animales, tales como la miel; a diferencia de los ovolactovegetarianos los cuales incluyen en su dieta huevos y productos lácteos.
- El veganismo ambiental: Es el de quienes evitan el uso de productos de origen animal, basándose en la premisa de que la captura o cría industrial de animales, es perjudicial para el medio ambiente y además insostenible.^{5 6}

-El término inglés *vegan* fue acuñado en 1944 por Donald Watson, en el número 1 del fanzine *The Vegan News*.⁷ En dicho documento, Watson explica que creó el término por rechazo a la crueldad y explotación, que también implica el lactovegetarianismo, y compara la explotación animal, con la esclavitud humana.⁸ Además de acuñar el término, Watson fue co-fundador de la "Vegan Society" (Sociedad Vegana) en Inglaterra.

.Posteriormente, en 1951, Leslie Cross definió el veganismo como «la doctrina en la que el ser humano debe vivir sin explotar a los demás animales»^{9 10 11}, aunque no sin críticas.¹²

.El interés por el veganismo se incrementó a partir del 2000, y por ende la comida vegana comenzó a estar disponible cada vez más, en los supermercados y restaurantes de muchos países.

-Algunos atletas practicantes de deportes de resistencia, como el triatlón «Ironman» (hombre de acero) y la ultramaratón, comenzaron a practicar el veganismo y el crudiveganismo: consumo sin cocción de alimentos de origen vegetal.^{13 3}

-Las dietas veganas bien planificadas, tienden a ser más ricas en fibra dietética, magnesio, ácido fólico (vitamina B₉), vitamina C, vitamina E, hierro y fitoquímicos; y más bajas en: calorías, grasa saturada, colesterol, ácidos grasos omega 3 de cadena larga, vitamina D, calcio, zinc y vitamina B₁₂.¹⁴

.Las dietas vegetarianas bien planificadas parecen ofrecer protección frente a ciertas enfermedades degenerativas, incluidas ciertas enfermedades crónicas,^{15 14 16 17 18 19 20 21}; y son consideradas apropiadas para todas las etapas del ciclo de vida.^{22 23 24 25}.

.Sin embargo y debido a que los alimentos de origen vegetal cultivados y cosechados en condiciones estériles, no proporcionan vitamina B₁₂, que es producida por microorganismos tales como bacterias, se recomienda que los veganos consuman alimentos fortificados con vitamina B₁₂ o la tomen en forma de suplemento dietético.^{26 27 28 29}.



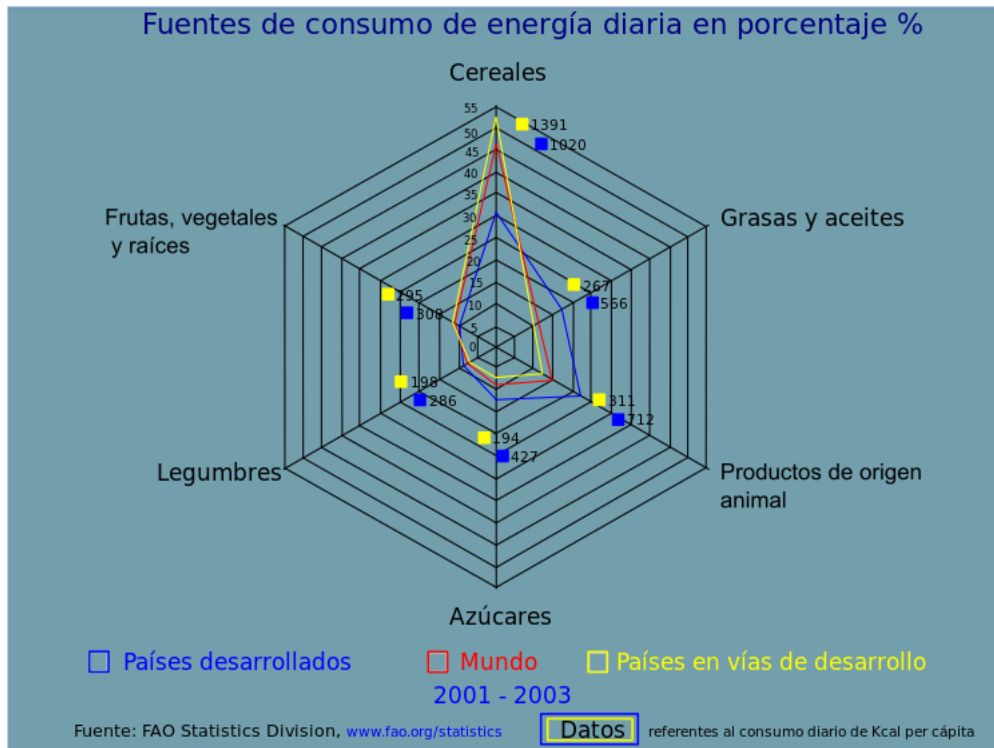
-Distintas formas de tofu, un tipo de comida vegana.

-Problemas:

- Disparidad en la disponibilidad de alimentos en los países desarrollados y en las poblaciones del Tercer Mundo, que padecen hambre y pobreza.
- Aún no se ha determinado la cantidad recomendada de productos lácteos en la población adulta y su situación en la pirámide de alimentos.
.Se sabe que los [lácteos](#) contienen grasas saturadas no recomendables, y que al desnatar la [leche](#), se elimina el [calcio](#) y la [vitamina D](#).
.Tiene sentido que se haga publicidad del enriquecimiento de la leche desnatada con vitamina D o calcio, cuando es obligado dicha suplementación.
- Todavía se desconoce cuánta carne y productos animales son recomendables en la dieta. Se sabe que la ingesta de carne no es imprescindible, y que puede sustituirse con huevos, leche y pescado .
.De todos modos la ingesta de proteínas de origen animal, es excesiva en los países desarrollados.
- Los alimentos funcionales, es decir, aquellos alimentos manufacturados industrialmente, enriquecidos con [micronutrientes](#) que la ciencia ha demostrado en *laboratorio*, que son beneficiosos para la salud, o aquellos alimentos a los que se les elimina los nocivos. Por ejemplo:
 - [Margarinas](#) enriquecidas con [fitoestrógenos](#).
 - Pan integral «con bajo nivel de colesterol»: su nombre es absurdo, ya que los hidratos de carbono nunca contienen colesterol, excepto si hacen el pan con grasas de origen animal.
 - Leche «enriquecida con [omega 3](#)»: es necesario ingerir varios litros de leche al día para consumir los ácidos grasos esenciales, que contiene media [sardina](#), aunque fuera enlatada.
 - [Yogures](#) «con *bífidus*»: nombre redundante, ya todo los yogures normales los contienen.
- [Alimentos transgénicos](#): se desconoce el efecto de la manipulación por [ingeniería genética](#) de los alimentos animales y vegetales.
- Utilización de [pesticidas](#) y [fertilizantes](#) en los cultivos.
- Utilización de [hormonas](#) y [antibióticos](#) en el [ganado](#).
- Suplementación de la dieta con micronutrientes en forma pura contenida en [medicamentos](#), como píldoras, polvos, líquidos: existen varios estudios que

contraindican la suplementación, por ejemplo con [betacaroteno](#), pues en lugar de prevenir el [cáncer de pulmón](#), aumenta su [incidencia](#).

•



1

-7)- Pirámide de Alimentos.

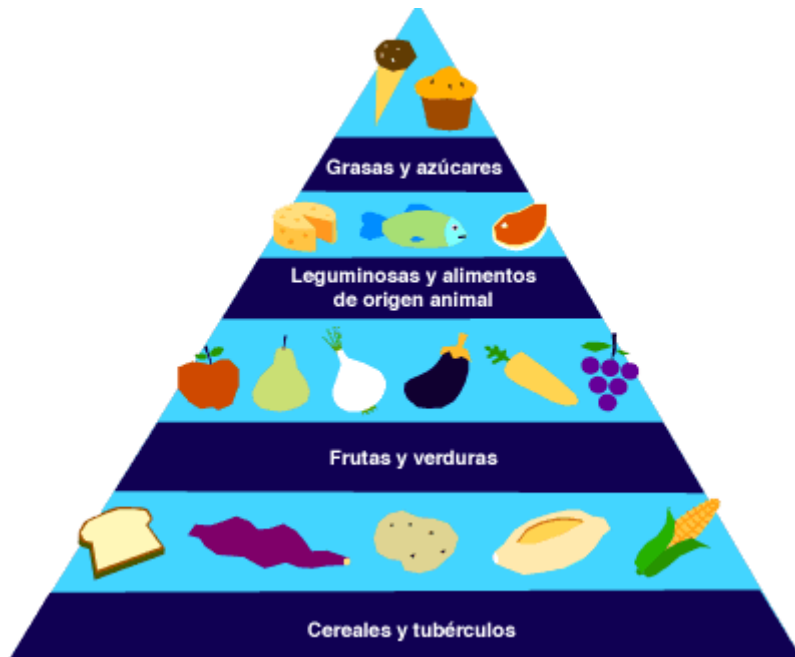
- [Pirámide alimentaria](#).

-Para establecer un parámetro, en lo que concierne a la dieta alimenticia, existe una manera de representar de manera gráfica los principales alimentos que deben ingerirse.

.Comúnmente se hace a través de una pirámide, llamada pirámide nutricional, aunque también existen otros modelos, como el «tren alimentario» (utilizado en Colombia) y la «esfera alimentaria».

-La base de la pirámide, el área de mayor tamaño, representa los [cereales](#) o granos, sobre todo los [granos integrales](#), que constituyen la base de nuestra [dieta](#).

.En medio de la pirámide se encuentran vegetales y frutas, que ayudan a tener energía más natural y sin efectos secundarios. Para asegurarse de obtener más de la mitad de nuestras calorías de carbohidratos complejos, es preciso consumir las porciones sugeridas en este grupo.



-Pirámide de los alimentos recomendada para una dieta equilibrada.

.Los grupos disminuyen de tamaño a medida que se avanza hacia el vértice de la pirámide, ya que la cantidad de alimentos representados en esos grupos, es menor que la que se necesita para una buena salud.

.La punta o vértice de la pirámide representa el grupo más pequeño de alimentos, como grasas, aceites y azúcares, de los que hay que comer en menor cantidad.

-Es importante reforzar estos modelos, con una tabla de equivalencias para tener una visión más clara de las porciones que debemos consumir de cada grupo de alimentos.

.Aunque el peso o tamaño de los alimentos sea el mismo, no quiere decir que sean porciones equivalentes.

.Por ejemplo: media taza de arroz al vapor, tiene el mismo contenido energético en [kcal](#) ,que poco menos de 6 tazas de apio crudo.

.Como vemos los volúmenes son radicalmente diferentes, en comparación con su aportación energética.⁶

-8)- Balance Energético.

-Se entiende por balance energético la relación entre el consumo de energía y el gasto energético.

-Cuando ingerimos algún alimento estamos obteniendo energía; cuando gastamos la misma cantidad de energía que consumimos en el día, estamos hablando de un balance equilibrado.

.Cuando gastamos menor cantidad de energía de la que consumimos en el día, estamos hablando de un balance positivo; y por el contrario, si gastamos más energía de la que consumimos, nos referimos a un balance negativo.

.Existen ciertas situaciones donde es necesario, tener un balance positivo, por ejemplo en: embarazo, lactancia, infancia, adolescencia, o cuando por algún padecimiento, enfermedad,

o lesión, hubo una pérdida importante de peso.

.Por el contrario es de desearse un balance negativo, cuando el aumento de peso puede llegar a niveles no saludables.

-Ejemplo 1: una persona consume una pizza y refresco con un total de 4.000 calorías, y lo único que hace es sentarse a hablar por teléfono todo el día, con lo que gasta 2000 calorías, con lo cual al ser su balance energético positivo, aumentará de peso.

-Ejemplo 2: una persona consume un plato de cereal, con un total de 1.000 calorías y al escalar montañas de hielo gasta 3.000 calorías, con lo que su balanza energética es negativa y baja de peso.

-Ejemplo 3: una persona consume una comida de 3.000 , se va a jugar fútbol y gasta 3.000 calorías, el resultado es una balanza equilibrada, con lo cual mantiene su peso.⁷.

-9)- Véase También.

- [Anexo: Cantidad diaria recomendada.](#)
- [Dietética.](#)
- [Dietista nutricionista.](#)
- [Estudio de los alimentos.](#)
- [Ingestión.](#)
- [Nutrición deportiva.](#)
- [Nutrigenómica.](#)
- [Nutrimento.](#)
- [Nutriología.](#)
- [Pirámide alimentaria.](#)
- [Producto milagro.](#)
- [Trofología.](#)
- [Vegetarianismo.](#)

-10)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ «Nutrición»](#), definición en el diccionario *Word Reference*. [[Volver arriba ↑ Biología 2. Escrito por Patricia Campos](#), p. 41, en [Google Libros](#).
2. [Volver arriba ↑ «Atapuerca. El caso de canibalismo más antiguo conocido en la historia de la humanidad»](#), artículo en el sitio web Cervantes.
3. [Volver arriba ↑ «Caníbales de ayer, caníbales de hoy»](#), artículo en el sitio web Consumer.
4. [Volver arriba ↑ Sources of dietary energy consumption %](#) División de estadística de la [FAO](#).
5. [Volver arriba ↑](#) Ana Berta Pérez-Lizaur; Leticia Marván-Laborde (2009). [«Alimentos equivalentes»](#). Consultado el 8 de diciembre de 2009.
6. [Volver arriba ↑](#) Moe Byrd-Bredbenner, y Berning Beshgetoor: *Perspectivas en nutrición*. Canadá: McGrawHill, cuarta edición.
- Herrera Racionero, Paloma (2010). [Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno.](#). Plaza y Valdés. [ISBN 978-84-92751-15-0](#).

-11)- Enlaces Externos.

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Nutrición](#).
-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Nutrición](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [nutrición](#).
- El [Diccionario de la Real Academia Española](#) tiene una definición para [nutrición](#).
- El [Diccionario de la Real Academia Española](#) tiene una definición para [nutrir](#).
- [La nutrición según la OMS \(Organización Mundial de la Salud\)](#).
- [La nutrición según MedlinePlus en español](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 28 octubre del 2016, a las 19:13.

-PARTE IX-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Trastornos alimenticios	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F50
CIE-9	307.5
CIAP-2	P86
MeSH	D001068
Sinónimos	
Trastornos de la ingestión de alimentos.	
Trastorno de alimentación	

-Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban varias [enfermedades](#) crónicas y progresivas, que a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de [síntomas](#), entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso, y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

-En los últimos 30 años, los TCA surgieron como enfermedades, cada vez más frecuentes, sobre todo en los [adolescentes](#).

.Los estudios sobre la frecuencia de estos trastornos, muestran un aumento preocupante, principalmente en la población de mujeres jóvenes.

.Se ha encontrado que entre 1 y 2% de las mujeres, padecen de [anorexia](#) nerviosa (AN), y entre 1 y 3%, padecen [bulimia](#) nerviosa (BN).

.Estos trastornos se presentan en una proporción de 10 a 1 en las mujeres, con respecto a los varones; aunque en los últimos años, se ha incrementado el número de varones que los padecen. Generalmente el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria, es de los 14 años hasta los 20.

-En [México](#), se han llevado a cabo diversos estudios para detectar dichas manifestaciones conductuales. Los hallazgos en muestras representativas de estudiantes de entre 14 y 24 años de edad ,han indicado que 1.1% de varones y 5% de mujeres en el [estado de Morelos](#), y 3.4% de varones y 9.6% de mujeres en la [Ciudad de México](#) refieren dichas conductas. ¹.

-En Uruguay, se han llevado también estos estudios sobre antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria , se han dictado leyes al respecto, y se ha declarado un día nacional sobre este trastorno.

- También se encontró que las madres de los pacientes con TCA presentaban mayor preocupación por su físico (preocupación excesiva por engordar, realización de dietas, operaciones estéticas) que en el grupo control. El procesamiento estadístico no mostró diferencias significativas. Estas tendencias quizás lleguen a hacerse más evidentes al tener una población mayor.

-Índice.

PARTE IX- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

- [-1\)- Historia](#) .
 - [-1.1\)- TCA en México.](#)
 - [-1.2\)- TCA en Uruguay.](#)
 - [-1.2.1\)- Día Nacional de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia Nerviosa en Uruguay.](#)
 - [-1.2.2\)- Día Internacional de La Lucha Contra los Trastornos Alimenticios.-](#)
 - [1.2.3\)- Estudios Sobre Trastornos Conducta Alimentaria.](#)
- [-2\)- Fisiopatología](#) .
 - [-2.1\)- Síntomas Para Detectar un Trastorno Alimentario.](#)
- [-3\)- Clasificación](#) .
 - [-3.1\)- Trastorno por Atracón.](#)
 - [-3.2\)- Bulimia.](#)
 - [-3.3\)- Anorexia Nerviosa.](#)
 - [-3.4\)- Vigorexia.](#)
 - [-3.5\)- Megarexia.](#)
 - [-3.6\)- Permarexia.](#)
 - [-3.7\)- Ebríorexia.](#)
 - [-3.8\)- Otros Trastornos.](#)
- [-4\)- Concepto de Trastorno Alimenticio o Psicopatología Alimentaria.](#)
- [-5\)- Factores Predisponentes](#) .
 - [-5.1\)- Factores Personales.](#)
 - [-5.1.1\)- Enfermedades Gastrointestinales.](#)
 - [-5.1.2\)- Pubertad Temprana.](#)
 - [-5.1.3\)- Problemas de Obesidad Previos.](#)
 - [-5.1.4\)- Carácter.](#)

- [-5.1.5\)- Personalidad, Tendencias Depresivas y Trastornos de Ansiedad.](#)
- [-5.1.6\)- Elección de Aficiones y Carreras.](#)
- [-5.1.7\)- Cumplimiento de la “Hipótesis de Dependencia Externa”](#)
- [-5.2\)- Factores Familiares .](#)
 - [-5.2.1\)- Antecedentes de Obesidad o Desórdenes Alimentarios.](#)
 - [-5.2.2\)- Abuso Sexual.](#)
 - [-5.2.3\)- Sobrevaloración de la Imagen Corporal.](#)
 - [-5.2.4 \)-Prejuicios y Valores Distorsionados.](#)
- [-5.3\)- Factores Socioculturales .](#)
 - [-5.3.1\)- El “Mito de la Belleza”.](#)
 - [-5.3.2\)- Discriminación y Rechazo Social .](#)
 - [-5.3.2.1\)- Discriminación en General.](#)
 - [-5.3.2.2\)- Discriminación Laboral.](#)
 - [-5.3.2.3 \)-Discriminación y Moda.](#)
 - [-5.3.3\)- Medios de Comunicación y Manipulación .](#)
 - [-5.3.3.1\)- Coacción Publicitaria.](#)
 - [-5.3.3.2\)- Mercado del Adelgazamiento.](#)
 - [-5.3.3.3\)- Difusión del Estereotipo de Delgadez.](#)
 - [-5.3.3.4 \)-Difusión de Páginas Pro–anorexia a Través de Internet.](#)
- [-6 \)-Prevención o Detección Precoz.](#)
- [-7 \)-Ayuda Hacia el Enfermo.](#)
- [-8 \)-Tratamientos.](#)
 - [-8.1\)- Objetivos del Tratamiento.](#)
- [-9 \)-Véase También.](#)
- [-10\)- Referencias.](#)
- [-11\)- Bibliografía.](#)

-1)- Historia.

-Existen varias descripciones que hacen alusión al ayuno practicado por hombres. Por ejemplo, en el siglo IV, los llamados padres del desierto eran hombres, que se retiraban a los [desiertos](#) de [Egipto](#) y [Palestina](#). para entregarse al ayuno y a otras formas de penitencia. .Por todo esto, puede decirse que en muchas culturas y religiones, el ayuno ha sido considerado como una purificación, para protegerse del mal y entregarse a Dios.

-Existen varias descripciones, a partir de la [Edad Media](#), donde se habla de mujeres y hombres, entregados a la práctica del ayuno; sin embargo, lo que movía a la mayoría de estas personas, para practicar una restricción alimentaria, era de índole religiosa, lo que se conoce como “anorexia santa”.
En esta, las personas no presentaban las características de la anorexia nerviosa actual, en la que la práctica del ayuno, se encuentra en función de la belleza corporal.

-En su libro, *El cuerpo como delito*, Josep Toro, hace un relato de algunas ayunadoras voluntarias. Entre ellas, menciona el caso de [Santa Catalina de Siena](#) y dice: "*Corría el año de*

1360. Catharina Benincasa iniciaba su adolescencia, cuando quedó fuertemente afectada por la muerte de dos de sus hermanas, lo que había aumentado sus deseos de entregarse exclusivamente a Dios. Ante la insistencia de sus padres para que se casara, decidió someterse a un severo aislamiento, y a sus 16 años, no comía más que pan, agua y vegetales crudos. Catalina de Siena mantuvo su austeridad alimentaria toda su vida, lo que la llevó a la muerte en el año de 1380, a los 32 años de edad.

-Es en el Siglo XVII, cuando se empieza a hablar de anorexia nerviosa, como de un hecho puramente médico. Alrededor del 85% de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), experimentan un intenso impulso para adelgazar, y en parte, su diagnóstico ,se confirma en función de la intensidad de dicho impulso ; según Ramacciotti et. Al., en el 2002.

-En 1874, [William Gull](#) describió en la Real Academia de Medicina londinense, un curioso trastorno al que denominó anorexia nerviosa, presentando a una serie de pacientes a las que había tratado con éxito.

.Un mes después, en París, [Charles Lasègue](#) hacía lo propio, bautizando el trastorno en cuestión como anorexia histérica, calificativo, que ya empezaba a constituirse en la tradición francesa. De esta forma, se introdujo en el campo médico, el más conocido y alarmante de los trastornos de la conducta alimentaria.

-No obstante es conveniente recordar que algunos años antes, hacia 1860, otro médico francés : [Marcé](#), ya se refería a este peculiar trastorno, como delirio [hipocondríaco](#).

.Y casi dos siglos antes, en Inglaterra, [Richard Morton](#), describió dos casos de una curiosa "p^hthesis ",que afectaba a un muchacho y a una chica; que actualmente se les consideran los primeros pacientes anoréxicos de la literatura médica.

-Cuando Gull y Lasègue, decidieron denominar anorexia a este trastorno, lo atribuían a la ausencia de hambre, a una perturbación del apetito, que alteraba la conducta alimentaria.

.Se pensó entonces, que debía tratarse de una enfermedad de origen nervioso o hipocondríaco.

-Las pacientes descritas por estos médicos, no parecían estar muy preocupadas por su cuerpo o su peso. Según rezan las descripciones, no comían y perdían peso, porque habían perdido el apetito y esto se debía, a que la comida les producía repugnancia, o porque si lo comían, acababan vomitando, al parecer involuntariamente.

-En 1914, [Simmonds](#), [patólogo](#) alemán describió un caso de una paciente [caquéctica](#), a quien al hacerle la [autopsia](#) ,se le encontró una destrucción de la glándula [pituitaria](#); y durante los siguientes 30 años, reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria : Enfermedad de Simmonds, y anorexia nerviosa.²

-A partir de 1940, surgen las teorías de la causalidad psicológica, influenciada por los conceptos [psicoanalíticos](#), que influyeron en los pensamientos [psiquiátricos](#) de la época.

-[H. Ey](#), la clasificó entre los síndromes psicósomáticos, bajo el nombre de anorexia mental. En los últimos 40 años, la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada, etapa en la cual fueron importantes los escritos de [Hilde Bruch](#).

-El término bulimia aparece a finales del siglo XVIII; el Diccionario Médico de Londres, describe la bulimia como un trastorno, en el que existe una preocupación por la comida, con periodos alternantes de ingesta desmesurada y de ayuno.

.Existen informes que evidencian, que ya desde el siglo XIX, había personas que se provocaban el vómito, después de comer en forma excesiva.

.En 1940, este trastorno se consideró un síndrome; y en 1980, la Sociedad Americana de Psiquiatría, incluyó la bulimia en el manual de psiquiatría, como una enfermedad diferente a la anorexia.

-Así como la anorexia ha estado asociada a los religiosos, que utilizaban la restricción de las comidas como penitencia; la bulimia ha estado relacionada con las [clases altas](#), que eran las que se podían permitir comer abundantemente, e incluso vomitaban para poder seguir comiendo.³.

-1.1)- TCA en México.

-En la actualidad este tipo de trastornos han generado polémica, en toda cultura y en todo país. En México por su parte los TCA, están siendo ampliamente estudiados.

-En 1997, Ruipérez y Belloch, realizaron una investigación en la que compararon enfermedades como: la [depresión](#) y [ansiedad](#), con esquemas de TCA; encontrando que muchos de los pacientes con trastornos alimentarios, tenían también una de estas dos enfermedades o incluso ambas; esto también fue encontrado en una investigación por parte de Vega y colaboradores.

-En 2003 se generó por parte de Baile y colaboradores una forma de escalar los trastornos de manera que en menor tiempo se lograra identificar la enfermedad y su peligro potencial en el paciente.⁴

Hacia el año 2009, Bordas y colaboradores, han intentado anticiparse a la enfermedad ,generando programas de prevención de trastornos de conducta alimentaria, mejorando de esta manera, la nutrición de niñas de edad promedio de 12.7 años.⁵.

.En México, se han llevado a cabo diversos estudios para detectar dichas manifestaciones conductuales. Los hallazgos en muestras representativas de estudiantes, de entre 14 y 24 años de edad, han indicado que 1.1% de varones, y 5% de mujeres en el estado de Morelos; y 3.4% de varones y 9.6% de mujeres en la Ciudad de México, refieren dichas conductas.

-1.2)- TCA en Uruguay.

-1.2.1)- Día Nacional de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia Nerviosa , en Uruguay.

- El [26 de agosto](#) de cada año, se celebra en [Uruguay](#), el Día Nacional de Lucha Contra la [Bulimia](#) y la [Anorexia nerviosa](#), creado por ley, el 26 de junio de 2013.

.Cada 26 de agosto, se reparte información sobre estos trastornos de conducta alimentaria (TCA),y se organizan diversas actividades, en diversos puntos del país.

.El símbolo universal de la lucha contra los trastornos de conducta alimentaria, es el listón de color azul; este símbolo se usa tanto para el 26 de agosto, como para el Día Internacional de

Lucha contra los Trastornos Alimentarios , que se celebra cada [30 de noviembre](#); así como, en todas las celebraciones que tienen que ver con la lucha contra los TCA.



-26 de agosto : Día Nacional de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia nerviosa , en Uruguay.

-Texto de la ley, que declara el 26 de agosto, Día Internacional de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia nerviosa es el siguiente :

.Comisión de Salud Pública y Asistencia Social Carpeta Nº 2395 de 2013, Repartido Nº 1178, Junio de 2013.

-DÍA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA BULIMIA Y LA ANOREXIA : Se declara el 26 de agosto de cada año

-PROYECTO DE LEY:

.Artículo 1º.- Declárase en forma anual el día 26 de agosto como "Día Nacional de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia".

Artículo 2º.- El Ministerio de Salud Pública organizará y promocionará, durante ese día, actividades destinadas a conocer aspectos vinculados a los trastornos alimentarios de estas enfermedades.

.Montevideo, 26 de junio de 2013.

.LUIS LACALLE POU, Representante por Canelones.

.MARTÍN LEMA PERRETA, Representante por Montevideo.

-EXPOSICIÓN DE MOTIVOS: El presente proyecto de ley, de aprobarse, contribuirá a difundir aspectos vinculados a los trastornos alimentarios de estas enfermedades y con ello a su mejor conocimiento.

.Este proyecto de ley, busca alinear las actividades que se desarrollan en Uruguay con aquellas, que se impulsan en varios países, coincidiendo en los objetivos y sobre todo dándole un marco institucional , a la iniciativa de las organizaciones no gubernamentales, que como la Asociación de Lucha Contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA), realizan una trascendente labor.

.El mayor conocimiento de estas enfermedades por parte de la ciudadanía, redundará, sin duda, en mayores tasas diagnósticas y por ende en la mejora de la calidad de vida para aquellos que inician el tratamiento.

.Las consecuencias directas de esta carencia diagnóstica, es la afectación de la calidad de vida de miles de uruguayos, que conviven con un deterioro manifiesto de la misma.

.Un reciente estudio revela que, uno de cada diez jóvenes, sufre de bulimia o anorexia, y según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 15 y 20%, de las personas que sufren trastornos alimentarios, fallecen.

.Se estima que casi el 90% de los casos de este tipo de trastornos, son femeninos, aunque cada vez más se encuentran casos de hombres. Hay un 350%, más de adolescentes varones con patologías alimentarias, que hace una década.

.La edad en la que predominan los casos de anorexia oscila desde los 7 a los 19 años, y la bulimia suele comenzar en el entorno, de los 21 - 22 años.

.En el ámbito local casi un 40% de las mujeres que viven en Montevideo, han manifestado conocer por lo menos un caso de personas, que han sufrido trastornos de bulimia o anorexia.

.Al indagar sobre los tramos de edades de los casos de desórdenes alimenticios, la gran mayoría se concentran en los estratos adolescentes y jóvenes : bulimia 83.2% y anorexia 78.9%.

.También se confirma lo que se ha comenzado a constatar recientemente, la aparición de estas patologías en niños : bulimia 2.7% y anorexia 1.6%..

.Un 48% de los casos de bulimia y un 41% de los de anorexia, no se encuentran en tratamiento médico.

.El artículo 1º del presente proyecto de ley, fija la fecha de la conmemoración anual, día que fue sugerido por la Asociación de Lucha Contra la Bulimia y Anorexia.

.El artículo 2º determina el tipo de acciones, que deberá impulsar el Ministerio de Salud Pública.

.Montevideo, 26 de junio de 2013.

.LUIS LACALLE POU Representante por Canelones.

.MARTÍN LEMA PERRETA Representante por Montevideo.

-1.2.2)- Día Internacional de La Lucha Contra los Trastornos Alimenticios.

-El próximo 30 de noviembre, es el Día Internacional de la Lucha Contra los Trastornos Alimenticios.

-Se estima que el 14% de los adolescentes en edad liceal, sufre algún tipo de patología alimenticia, donde el 88% de los casos son mujeres.

.El 5% de la población que padece estas patologías fallece, pero en Uruguay no hay datos oficiales.

.Los trastornos más comunes en Uruguay, son la bulimia, la anorexia, y el trastorno por atracón.

-¿Cómo detectar, que un joven padece esta enfermedad? ¿Cuáles son las señales que podemos ver en su conducta e, incluso, en las redes sociales?

.Los especialistas coinciden en que esta es una enfermedad subestimada, y que en nuestro país, es necesario la creación de un centro de referencia para la atención de estas patologías.

.Internet se volvió un gran aliado para los adolescentes, que sufren estos trastornos: Las palabras bulimia y anorexia, son buscadas regularmente en nuestro país.

.Existen algunas señales, a las que se puede estar atentos, cuando nuestros hijos o amigos navegan en internet: ¿Con qué contenido, fotos o expresiones, hay que alarmarse?: “Las personas que tienen trastornos alimentarios, también manifiestan sus conductas patológicas a través de Internet, y así, es que forman blogs, para buscar allí un refugio, y colectivizar hábitos alimentarios, que son poco saludables”, afirma la psicóloga, de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), Marisol Delgado: “En Uruguay hay un grupo de "Whatsapp", donde se dan consejos, por ejemplo, dónde comprar laxantes, cómo lidiar

con los padres si te descubren no comiendo o guardando comida, o algo de eso", según revela Carolina, paciente de ALUBA.

-En el segundo bloque, queremos acercarlos a esa realidad, para poder detectar estos problemas: "El 95 % de los uruguayos tiene hábitos alimentarios perjudiciales para la salud, y con graves trastornos para el normal funcionamiento del organismo. La anorexia uno entre tantos, el comer grasa y azúcares todo el día otro. Basta ver un bar o plaza de comida, en grandes superficies, para ver: la papá frita y la mayonesa, la carne procesada y quemada, la Coca cola, y los bizcochos con la torta frita en cualquier lugar, que saturan los cuerpos obesos de la mayoría, que "ADEMÁS NO REALIZA NINGUN EJERCICIO".

.Estaría bueno, que informarán todo, y se dejarán de publicar artículos, sin colocar el autor y sin ninguna investigación. Un ejemplo es este artículo: "Te va consumiendo la vida" nunca antes mejor resumido: Sufro de trastornos alimenticios desde los 15.. Hoy tengo 20.. Eso me ha llevado a lastimarme a mi misma.. Autolesionarme."

.Parece que en Uruguay, no tiene mucha trascendencia el tema.. Hay un gran estigma.. Y no ayuda en absoluto!.

.En el interior del país, por ejemplo, en el departamento de Maldonado, no hay siquiera grupos!! Y se conoce a varias personas, que también sufren de TCA..

-No se realiza prevención! . Al parecer, se piensa que ignorando el tema, se cuida más; lo que no es cierto. Si no, hay que abordarlo, con sus respectivos cuidados; donde el pesar 45 kg, debe obligar a muchas reflexiones y acciones.

-Según los criterios diagnósticos internacionales, los trastornos de la Conducta Alimentaria, son un grupo de patologías, donde se incluyen a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

-Anorexia nerviosa:

.La anorexia nerviosa se define por un rechazo a mantener el peso corporal, más alto del valor mínimo normal, teniendo en cuenta la edad y la talla. Este rechazo se asocia a un miedo intenso, a ganar peso o a convertirse en obesa, que se acompaña de una alteración en la percepción de la silueta corporal, de una exageración de su importancia, y de la negación del peligro que genera el bajo peso corporal.

.A lo largo de la historia, se ha ido recogiendo abundante información, sobre la existencia de conductas alimentarias desordenadas.

. Desde la antigüedad se puede observar como el sobrepeso, era signo de salud, belleza y poder. En los banquetes romanos se comía y bebía, con evidente exageración, y los vómitos constituían un remedio eficaz y usual para reiniciar la comilona.

.También, a lo largo de toda la historia de la humanidad, podemos encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria.

.Inicialmente, estaba más asociada a aspectos religiosos. Los primeros cristianos y los místicos, predicaban el ayuno como penitencia, y como un medio para lograr un estado espiritual elevado.

.Sin embargo, las primeras referencias clínicas sobre anorexia, corresponden al siglo XVI, donde en esta época aparecen datos sobre personas ,que presentan conductas de restricción importantes, que ya son vistas como socialmente inadecuadas, y sin que estén justificadas por una conducta religiosa.

.La enfermedad no tiene una causa única, sino que existen elementos biológicos, psicológicos y sociales, que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente.

-Los factores predisponentes, que configurarían un grupo de riesgo, serían uno o varios de los siguientes:

- . Ser mujer joven.
- . Tener antecedentes familiares de anorexia, bulimia, trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- . Sufrir previamente un problema de obesidad o, simplemente, sobrepeso.
- . Poseer determinados rasgos de carácter: perfeccionismo, excesiva responsabilidad para la edad, o situación de inseguridad, y timidez, o introversión, y baja autoestima.

-Los factores desencadenantes de la enfermedad, suelen ser uno o varios de los siguientes:

- . Haber ganado peso recientemente y estar a régimen.
- . Padecer alguna enfermedad, que dificulte o impida comer durante unos días.
- . Haber incrementado el ejercicio físico.
- . Recibir críticas sobre el tipo o el peso, en cualquier ambiente.
- . Tener que enfrentarse a situaciones nuevas o difíciles, perder a seres queridos, encontrarse en situaciones de aislamiento o soledad.

-Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática, que existe en torno a la línea y el adelgazamiento, tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad. La moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar, que a mantener una buena salud.

-Los factores predisponentes y sociales, interactúan entre sí, determinando una serie de cambios en la personalidad y conducta, que en la pubertad y bajo el influjo de los factores precipitantes, conducen al deseo de adelgazar, mediante la realización de dietas y/o ejercicio físico exagerado; lo que en efecto, produce una pérdida de peso progresiva. La desnutrición resultante provoca trastornos mentales, que refuerzan el deseo de seguir adelgazando, instaurándose de esta manera, un terrible círculo vicioso psíquico, del que es muy difícil escapar.

-La Anorexia Nerviosa no es sólo un adelgazamiento de origen mental, sino una modificación global de la conducta nutritiva, y sobre todo, una pérdida de la actitud normal ante el peso y la propia figura corporal.

.Las anoréxicas, paradójicamente, no tienen anorexia y no existe en ellas, salvo en periodos avanzados, una inhibición real del apetito. Lo característico y definitorio de este síndrome, es el rechazo deliberado de la comida para no engordar.

.Esta pseudo inapetencia o “anorexia voluntaria”, se perfila sobre un fondo de perturbación general del comportamiento alimenticio, que se repite con asombrosa regularidad entre las enfermas: compulsión a comer a deshoras : especialmente en la noche; alimentación solitaria y a “hurtadillas”, evitando la compañía y los horarios habituales; preferencia por los dulces; robo de alimentos; vómitos provocados; abuso de anorexígenos, diuréticos y laxantes, etc.

-Bulimia Nerviosa.

-La Bulimia Nerviosa es una enfermedad que consiste en reiterados “atracones de alimentos” , especialmente de un alto contenido calórico, como: helados, pasteles, chocolates, etc..

- .Un atracón se define como una gran ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo.
 - .Después del atracón estas personas se sienten culpables, y como método para evitar ganar peso, recurren al vomito o a otras conductas inapropiadas.
 - .Estas conductas pueden ser el uso de laxantes, diuréticos, enemas, o hacer ejercicio intenso, o bien tras un atracón, pasar uno o varios días en ayuno.
 - .La personas con Bulimia tienen un miedo intenso a subir de peso, acompañado de una alteración de la imagen corporal , donde se ven así mismos más gordos.
 - .Presentan además una baja autoestima y alteraciones en cuanto a su estado de ánimo, con un afloramiento de los estados depresivos, y una sensación de falta de control, durante un atracón de alimentos, y un autodespresion , después del atracón ; causa por la cual recurren al vómito.
 - .La historia de la bulimia dentro de su acepción clínica, es más reciente que la historia de la Anorexia, se trata de un trastorno del que no se hablaba, hace dos décadas , que ha surgido en nuestra sociedad, con gran fuerza en los últimos 10 años.
 - .Al igual que la anorexia nerviosa, es más frecuente en la mujer que en el varón, en una proporción de 10 a 1, presentándose alrededor de los 20 años, y muy especialmente tras haber padecido una anorexia nerviosa o haber hecho regímenes de adelgazamiento.
- La bulimia es más frecuente que la anorexia nerviosa. Los estudios sobre su frecuencia en la población juvenil femenina varían, indicando que entre 3 y 10 chicas de cada 100, la padecen.
- .Con frecuencia, existe el antecedente de obesidad y el hábito de comer en exceso, y también son frecuentes, los antecedentes de: trastornos de personalidad, ansiedad, conductas impulsivas o depresiones.
 - .Muchas bulímicas, se atracan cuando se sienten tensas, ansiosas o infelices. Algunas pacientes dicen, que comen cuando no pueden dormir. También lo hacen en respuestas a sentimientos reprimidos de: incapacidad, cólera o decepción; incapaces de expresar sus sentimientos de manera directa, se atracan, sofocando así sus sentimientos con comida.
 - .Las personas más propensas a atracarse, obtienen mayores puntuaciones en sentimientos de incapacidad y en deseos de ser delgadas. Muchas bulímicas dicen que el deseo de atracarse es provocado por desaires o frustraciones intrascendentes, rechazo a confrontación, además de ansiedad o desilusión. Otras dicen que el deseo de atracarse aumenta cuando están preocupadas
 - .Junto con las sustancias, que usan para mantenerse delgadas, también pueden abusar de sustancias químicas que alteran el ánimo, como: sedantes, anfetaminas, cocaína, alcohol y narcóticos.
 - .Existe una presión importante de la sociedad que fuerza a los jóvenes a estar delgados y esbeltos. Muchos medios de comunicación, especialmente los anuncios de prensa, radio o televisión, venden la idea de que ser o estar delgado(a), estaría asociado a parámetros como: la felicidad, el éxito laboral, el éxito en las relaciones sociales y una mejor calidad de vida.
 - .Con la idea de que “todo puede corregirse”, de que la delgadez está asociada a la salud, estar sexy, ser bella y tener éxito, algunas mujeres pueden iniciar dietas restrictivas, someterse a conductas de purga, perder la capacidad para controlar pesos o dietas normales , y desarrollar una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.

-En principio, no se puede predecir quien desarrollará un trastorno alimentario. Sin embargo, existen unos rasgos característicos en estos pacientes, que pueden predisponer a una persona a padecer este tipo de trastornos:

- . Problemas para ser autónomo.
- . Tener miedo a madurar.
- . Déficits en la autoestima.
- . Autocontrol y perfeccionismo.

-Es totalmente incorrecto afirmar que las familias son la causa de estas enfermedades. No obstante, determinadas características familiares, unidas a factores individuales de la propia paciente, junto con factores socioculturales, pueden predisponer a una persona a padecer un trastorno de la alimentación.

-Diagnóstico Precoz:

-La anorexia nerviosa y la bulimia, así como otros trastornos de la conducta alimentario, pueden prevenirse o detectarse precozmente. Para ello, se deben aplicar varias o mejor todas, de las siguientes medidas:

- .1. Se debe enseñar a los niños y jóvenes, en la familia y en los centros escolares, a llevar una vida saludable, inculcándoles conocimientos y hábitos de alimentación sana, y de actividad física adecuada a sus facultades.
- .2. Se les debe ayudar con nuestra comprensión y confianza, a conocer su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y sus limitaciones, infundiéndoles seguridad en sus propios valores, de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos, y se acepten como realmente son.
- .3. Se debe evitar proponerles metas académicas, deportivas o estéticas inalcanzables, con arreglo a su capacidad mental, sensibilidad o constitución física; ya que ello podría producir una disminución de su autoestima, y llevarles a experimentar sentimientos profundos de frustración, que podrían intentar compensar, por cauces patológicos como: es perder peso para estar físicamente más atractivo, o comer en exceso para “consolarse”.
- .4. Se debe proporcionar a la gente joven, un grado adecuado pero no ilimitado de libertad, autonomía y capacidad de decisión. Necesitan crear sus propias vidas y valores, pero también necesitan orientación y supervisión en su salud y en sus actividades.
- .5. Se debe hacer lo posible por detectar las épocas de crisis en sus vidas ; situaciones de aislamiento, soledad, estrés escolar o profesional, etc., en las que frecuentemente se inician estos trastornos, para proporcionarles apoyo y ayuda.
- .6. Se debe vigilar especialmente a la denominada “población de alto riesgo” ,para el padecimiento de estos trastornos: bailarinas, gimnastas, atletas, deportistas, modelos profesionales... En estos grupos la dieta y el control del peso, tienen gran importancia, y ello podría llevarles a situaciones patológicas.
- .7. Se debe tratar de contrarrestar la presión de los medios de comunicación social : prensa, radio, televisión..., en torno a las dietas, el adelgazamiento y los cuerpos perfectos; inculcando a la gente joven, que sus valores fundamentales y los de las personas con que se relacionan, radican en sus cualidades, valores y comportamientos, más que en su aspecto físico.
- .8. Es muy conveniente realizar las comidas en familia, a ser posible nunca en solitario, aprovechándolas de paso, para una verdadera comunicación y contacto entre las personas que la forman.

- .9. Si una persona joven o adolescente, precisa perder peso por razones de salud, debe hacerlo siempre bajo un estricto control médico.
- .10. Si una persona joven o adolescente manifiesta su deseo de perder peso innecesariamente o comienza a reducir su alimentación, se le debe vigilar estrechamente, y ante la más mínima sospecha de pérdida excesiva de peso o reducción anómala de su alimentación, se le debe llevar al médico especialista de inmediato.
- .11. Son signos de alarma, además de los citados anteriormente, el rehuir comer en familia, el comer en exceso a escondidas, el ir al cuarto de baño inmediatamente tras las comidas, y el uso de laxantes.

-1.2.3)- Estudios Sobre Trastornos de Conducta Alimentaria.

-Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria : Dra. Raquel Zamora¹, Lic. Airam Martínez², Claudia Gazzo³, Soledad Cordero⁴ :

1. Médica pediatra y psiquiatra. Terapeuta cognitivo-comportamental (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la conducta). Coordinadora médica del Centro de Atención Psiquiátrico - Psicológica con Tratamientos Actualizados (CAPTA). Secretaria de la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay.

2. Licenciada en psicología. Terapeuta cognitivo-comportamental. Coordinadora de Psicología del Centro de Atención Psiquiátrico - Psicológica con Tratamientos Actualizados (CAPTA).

3. Licenciada en psicología. Terapeuta en neurolingüística. Psicóloga del Centro Diurno para Trastornos de la Conducta Alimentaria de CAPTA.

4. Licenciada en psicología. Terapeuta cognitivo-comportamental en formación. Realizó pasantía en CAPTA.

--El presente trabajo tuvo por objetivo buscar antecedentes personales y familiares de pacientes con trastornos de conducta alimentaria : anorexia y bulimia nerviosa, de manera de conocer posibles factores de riesgo que permitan al médico pediatra, estar alerta y realizar tareas de prevención ,para evitar el desarrollo de dichas enfermedades.

.Se analizaron 39 pacientes con trastornos alimentarios, que consultaron en un centro especializado de atención de adolescentes, entre el 26 de octubre de 1995 y el 23 de setiembre de 1999. Se compararon con un grupo control de 39 pacientes, que también consultaron en la institución, con otros diagnósticos psiquiátricos. Los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente, con la prueba del Chi cuadrado.

.Se concluyó que la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, estuvo constituida casi exclusivamente por mujeres entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón purga, seguido por la anorexia restrictiva.

.Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad, con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad.

.Dichas pacientes presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y anomalías ponderales, tanto en el primer año de vida, como en el resto de la infancia, que el grupo control.

,Las madres y padres presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico, que los del grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas.

.Las madres presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos, que las del grupo control, pero las diferencias no fueron significativas.

-Palabras clave: Conducta alimentaria, trastornos de la ingestión de alimentos , anorexia nerviosa , bulimia. **.Arch. Pediatr. Urug. vol.73 no.3 Montevideo jun. 2002**

-Introducción .

-Como plantea V.J. Turón Gil, en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), así como en otras enfermedades, además del tratamiento, las medidas de prevención pueden llegar a reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar el pronóstico ⁽¹⁾. Para trabajar a nivel de prevención primaria en TCA, es importante conocer si hay antecedentes personales o familiares, que nos puedan ayudar a mostrar grupos de riesgo. El español Toro menciona como factores de riesgo: el sexo femenino, la situación de pubertad, la personalidad previa, el sobrepeso y obesidad, la actividad física excesiva, y por ende como actividades de alto riesgo: la danza, la gimnasia rítmica y las carreras, para la anorexia; y la lucha, el boxeo, el culturismo para la bulimia ⁽²⁾.

.Destaca como importante factor de riesgo, el modelo estético corporal delgado, mediatizado por múltiples factores que se potencian mutuamente: modas del vestir, progresiva exhibición del cuerpo, empresas dedicadas a la elaboración de productos y servicios para adelgazar, la publicidad consiguiente, la existencia de personajes famosos mostrando su delgadez corporal, el rechazo psicosocial al sobrepeso : confundiéndolo con obesidad), la influencia de los medios de comunicación de masa y sobre todo los cambios sobrevenidos en el papel e imagen social de la mujer.

.También la dieta alimentaria restrictiva, se considera un factor de riesgo, pues es el inicio de los fenómenos "mal nutricionales" que van a dar lugar al desarrollo, arraigo y agravación de estas enfermedades. Hay circunstancias que al producir insatisfacción por el propio cuerpo y/o adelgazamiento, pueden dar lugar a un TCA. Dentro de ellas tenemos estados de ansiedad y depresión con pérdida de peso, estancias en otros países con diferentes dietas, embarazo, baja estatura, vegetarianismo y concepciones afines, accidentes con alguna consecuencia deformante, dismorfofobias, trastornos obsesivos.

.El factor de riesgo aumenta cuando hay perturbaciones de la personalidad , que se reflejan en trastornos que aparecen como una continuación de dificultades surgidas y no resueltas, de la niñez y que se agravan en la adolescencia.

.Dentro de los factores familiares relacionados, se habla de madres o hermanas mayores que constituyen modelos físicos de delgadez. Los comentarios reiterados en el seno familiar sobre los cuerpos y siluetas de los/las adolescentes, también son riesgosos. Ciertas patologías familiares, de tipo interaccional, se consideran también predisponentes, y en esta área se encuentran los aportes de Salvador Minuchin y Palazolli ⁽³⁾. Según este último, las familias de anoréxicas en general son unidas en demasía, presentando alianzas secretas entre sus miembros: El hijo no tiene energía para una vida propia, son personas sin identificación.

.En tanto la familia de las bulímicas son conflictivas y desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros.

-Objetivos .

-Buscar antecedentes personales y familiares de los pacientes, que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria, de manera de conocer posibles factores de riesgo, que permitan al médico pediatra, estar alerta y realizar tareas de prevención, para evitar el desarrollo de

dichas enfermedades, o hacer un diagnóstico precoz, antes que el desorden se instale totalmente y se complique.

-Metodología .

-Se analizaron en forma retrospectiva las fichas clínicas de todos los casos derivados a un centro privado especializado, en la atención de adolescentes (Centro de Atención Psiquiátrico-Psicológico con Tratamientos Actualizados); en los que se realizó diagnóstico de trastorno alimentario, en el período comprendido entre el 26 de octubre de 1995 y el 23 de setiembre de 1999.

.Para el diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, así como del tipo y subtipo, se usaron los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV) ⁽⁴⁾.

.A nuestro centro son derivados adolescentes con diferentes conflictivas, en general afectivo-conductuales, ya sea para un diagnóstico y/o tratamiento. Por esta razón tenemos sistematizada la exploración: a través de entrevistas al joven y a su familia, así como diferentes cuestionarios que investigan hábitos, presencia de ansiedad, depresión, conductas auto y heteroagresivas, características de personalidad, antecedentes personales y familiares; cuando se sospechan enfermedades específicas o se quiere profundizar en las mismas, se eligen inventarios o escalas ya diseñadas con dichos fines ⁽⁵⁻⁷⁾.

.De todo este material, para esta investigación se recogieron datos en relación al período fetal y perinatal, antecedentes personales en relación al peso, a la alimentación, antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la infancia, de enfermedades físicas y actividades relacionadas al desarrollo de la patología, tipo de trastorno alimentario y comorbilidad.

.Se incluyeron datos de la madre y el padre en relación a sus características físicas, a la alimentación, a la presencia de trastornos psiquiátricos, a las características del tipo de vínculo con el hijo.

. El equipo también cuenta con una nutricionista, cuya participación es sugerida a todos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, pero en algunos casos la familia plantea que ese seguimiento, así como el del médico clínico, será realizado a través de los técnicos del sistema prepago : mutualista o seguro de salud , que le da cobertura. Por esta razón no siempre figuran en nuestras fichas clínicas, el seguimiento de los datos antropométricos en forma sistematizada.

-Se seleccionó en forma intencional una población control, con pacientes derivados al mismo centro en el período estudiado y en los que se diagnosticaron otros desórdenes psiquiátricos diferentes a los trastornos de conducta alimentaria. La población control se asemejaba a la población con TCA, en cuanto a distribución por sexo, edad, período de ingreso, entre otras variables. Esta población control fue analizada igual que la anterior.

-A posteriori los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente aplicando la prueba de Chi cuadrado.

Resultados .-Características de la población de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (TCA) :

-A.1. *Distribución por sexo y edad (figura 1)*. .De los 39 pacientes estudiados, 38 correspondieron al sexo femenino y solo hubo un caso masculino.

.Las edades estuvieron entre los 12 y 26 años, ubicándose aproximadamente la mitad entre los 16 y 19 años.

-A.2. Distribución según tipo y subtipo de TCA

.El 48% fueron diagnosticados como bulímicas, en su mayoría tipo atracón-purga. El 38% correspondió a anoréxicas, predominando el tipo restrictivo.

. Un 14% correspondieron a trastornos alimentarios no especificados.

-Antecedentes personales de la población de pacientes con TCA comparados con el grupo control : Se analizaron variables como características del embarazo, tipo de nacimiento, presencia de enfermedad perinatal, madurez del recién nacido al nacer, peso al nacimiento sin encontrarse diferencias entre ambas poblaciones.

-B.1. Peso y conducta alimentaria en el primer año de vida .

-De los 31 casos que se disponía de información nos encontramos con que en el grupo control todos los casos habían tenido un incremento de peso adecuado, mientras que en un 36%, los niños que desarrollaron TCA en la adolescencia, presentaron un incremento en más de sobrepeso, o un incremento deficitario ([figura 2](#)).

.La conducta alimentaria fue anómala en 26% del grupo de pacientes con TCA, mientras que sólo en el 5% del grupo control ([figura 3](#)).

-B.2. Peso y problemas alimentarios del segundo año de vida al finalizar la infancia.

-Al analizar el aumento de peso a partir del segundo año y durante el resto de la infancia, encontramos que mientras en el grupo control el incremento fue inadecuado en 30%, este porcentaje asciende a 68% en quienes desarrollaron TCA en la adolescencia, predominando el sobrepeso :40%, bajo peso :20%, oscilaciones : 6%. ([figura 4](#)).

.La conducta alimentaria fue anómala en el 18% de los pacientes con TCA, mientras que solo 3% del grupo control. ([figura 5](#)).

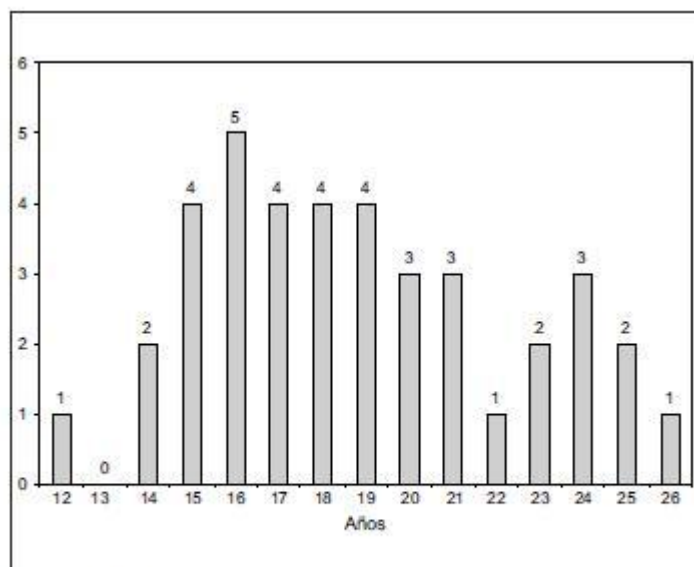


Figura 1. Distribución por edad y sexo.

N=39. 38 femenino, 1 masculino (16 años)

-B.3. Comorbilidad de otras patologías en pacientes con TCA comparados a grupo control

..En tres cuartas partes : 30 en 39, el trastorno se asoció a trastornos de estado de ánimo, y

en otro tanto a trastorno de ansiedad. Sólo un caso en treinta y nueve presentó abuso de sustancia.

-B.4. Trastornos de personalidad en pacientes con TCA comparados con grupo control .

.En el grupo de TCA predominan los trastornos de personalidad actuadora : histriónico, narcisista, borderline, continuándoles los de tipo ansioso : obsesivo, evitativo, dependiente, situación que se invierte en el grupo control, donde hay un franco predominio de los trastornos del grupo ansioso, seguido por los actuadores.

.Se analizaron también antecedentes de patologías psiquiátricas durante la infancia , encontrándose en los pacientes con TCA una tendencia a haber tenido con mayor frecuencia: trastornos de ansiedad, depresión, del control de los esfínteres o somatizaciones. También se analizaron los antecedentes personales de maltrato físico y abuso sexual.

.Antecedentes de progenitores de pacientes con TCA, comparados con el grupo control .

-C.1. Características físicas de las madres ([figura 6](#)) .

.En los casos donde la información figuraba, observamos que fue notorio el predominio de alteraciones en el peso de las madres siendo más frecuente la obesidad.

.También se encontró que las madres de los pacientes con TCA, presentaban mayor preocupación por su físico : preocupación excesiva por engordar, realización de dietas, operaciones estéticas; que en el grupo control.

El procesamiento estadístico no mostró diferencias significativas.

.Estas tendencias quizás lleguen a hacerse más evidentes al tener una población mayor.

-C.2. Características físicas de los padres ([figura 7](#)) .

.También en los padres predominan los casos de obesidad y hay mayor preocupación por el físico que en el grupo control sin llegar a ser las diferencias significativas.

-C.3. Tipo de vínculo entre madre e hija. ([figura 8](#)) .

.En el caso de la madre aparece fundamentalmente como más sobreprotectora que en el grupo control. Las diferencias no son significativas.

-Comentarios y Discusión .

-La población estudiada cumplió con las características de otras poblaciones ya analizadas por nuestro equipo ⁽⁸⁾, otros autores uruguayos ⁽⁹⁾ y demás trabajos realizados en otros medios ^(10,11), ya que hubo un significativo predominio del sexo femenino, siendo las edades de mayor frecuencia la adolescencia y juventud.

-El tipo y subtipo de trastorno alimentario cumplió con las mismas características predominando la bulimia con atracón purga, seguida por la anorexia restrictiva.

-En cuanto a la comorbilidad fue alta especialmente con trastornos del estado de ánimo y trastornos ansiosos como también aparece en otras poblaciones ⁽¹²⁾. También los rasgos de personalidad predominantes en anoréxicas y bulímicas guardan relación con hallazgos de otros autores ^(13, 14).

-Este trabajo tenía como objetivo fundamental la búsqueda de antecedentes personales que nos pudieran ayudar a encontrar en niños indicadores de un posible desarrollo de estas enfermedades.

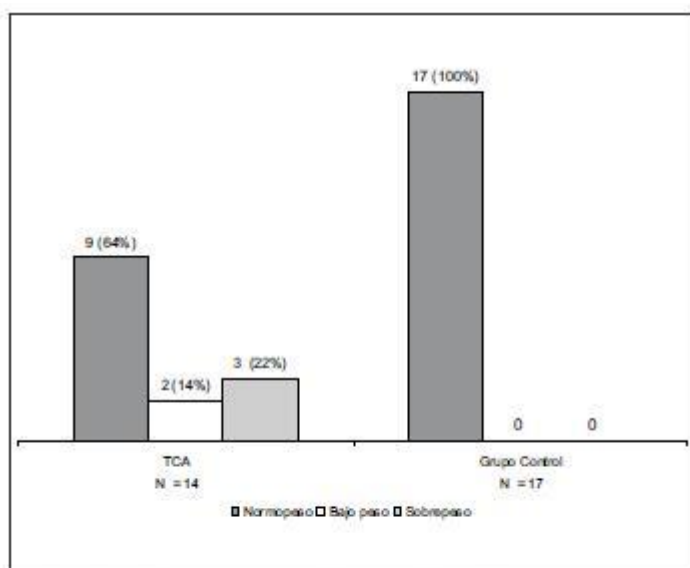


Figura 2. Peso en el primer año de vida.
N=31. Chi cuadrado=7,24

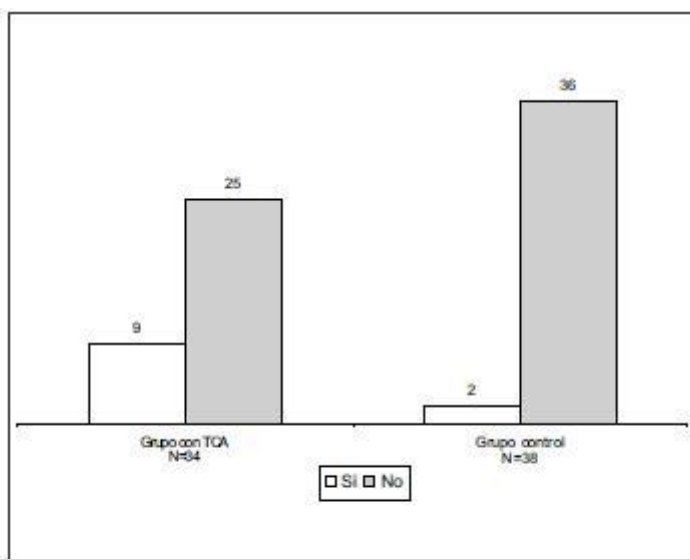


Figura 3. Problemas alimentarios en el primer año de vida.
N=72. Chi cuadrado=6,23

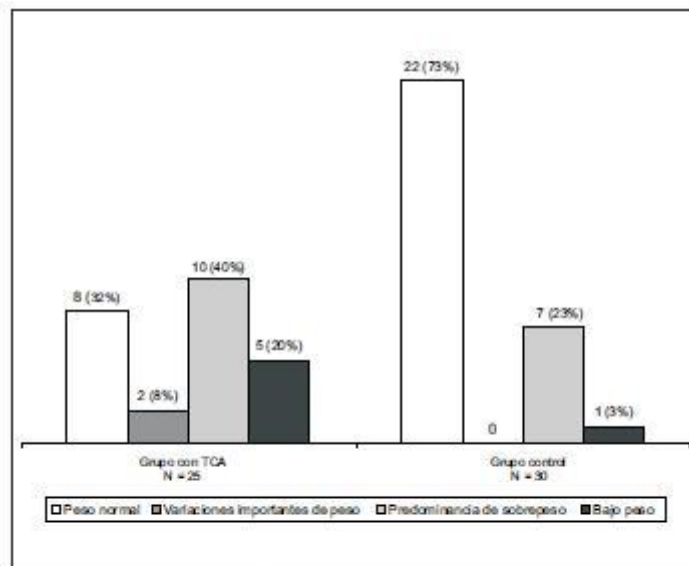


Figura 4. Peso durante la infancia.
 N=55. Chi cuadrado=9,4

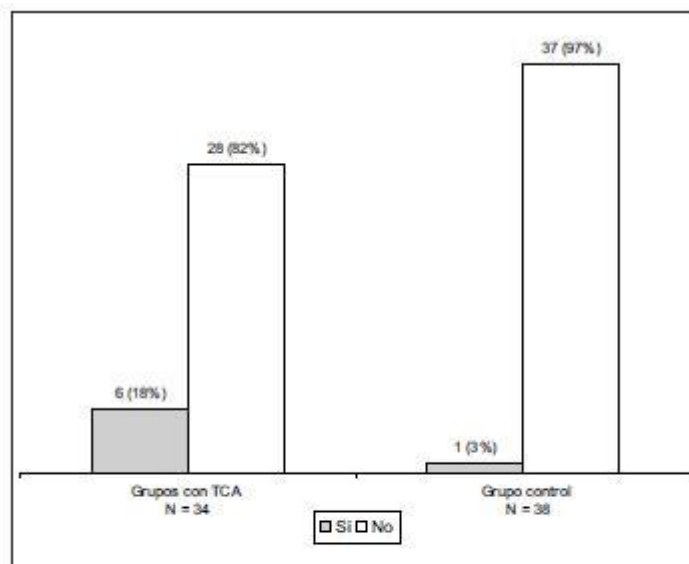


Figura 5. Problemas alimentarios en la mayor parte de la infancia.

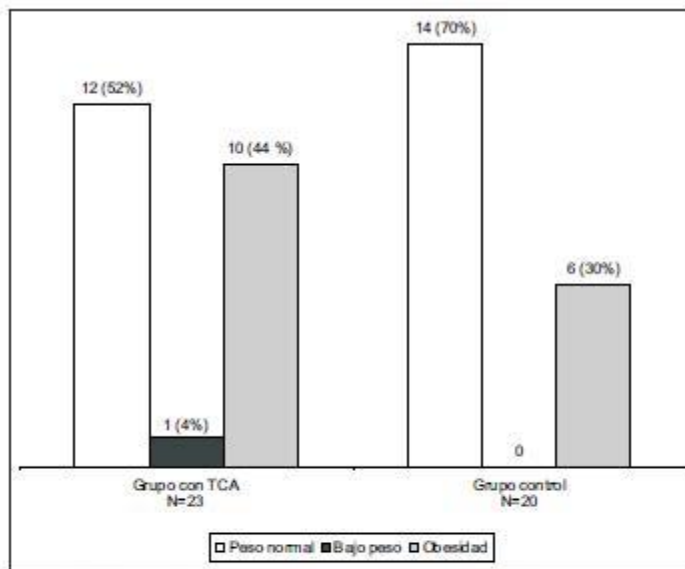


Figura 6. Características físicas de las madres.

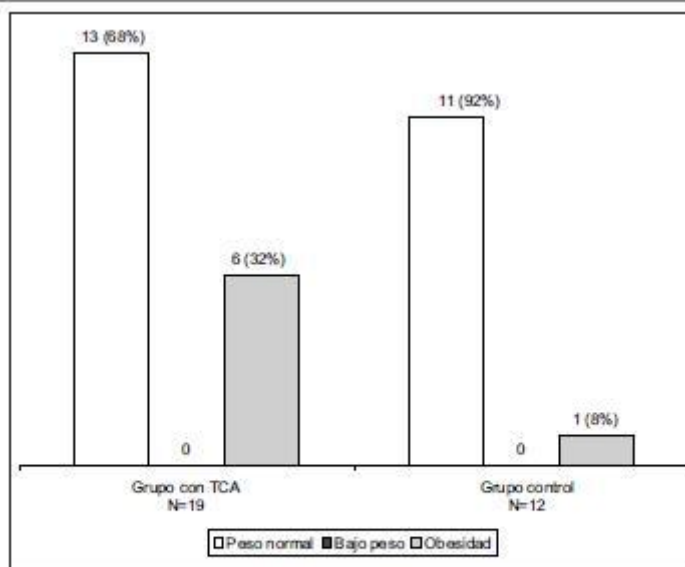


Figura 7. Características físicas de los padres.

-De las diferentes variables analizadas se encontraron algunas que los resultados arrojan diferencias significativas respecto a otros adolescentes también derivados a consulta psiquiátrica pero por otro tipo de patologías. El peso en el momento del nacimiento no ofrece diferencias en ambas poblaciones, sin embargo, el análisis del aumento ponderal en el primer año de vida muestra que aquellos niños que desarrollaron TCA tienen significativamente más sobrepeso o más bajo peso que el resto. La situación se hace más notoria cuando se analiza el aumento ponderal durante el resto de la infancia, teniendo

estos niños mayor predominancia de sobrepeso, seguida por aquellos con curvas ponderales deficitarias y por algunas con variaciones importantes del peso (alternancia entre exceso y déficit según diferentes períodos). Parecería que estas diferencias en el peso están acompañadas de trastornos en la conducta alimentaria tal como la describen especialmente sus madres, son jóvenes que dieron problemas "para ser alimentadas". Como en el proceso alimentario sabemos que es muy importante el papel que juega la madre, no podemos con estos datos saber si las conflictivas son fundamentalmente por características de las niñas o por características de las madres que hacen de la alimentación de sus hijos un problema.

-A nivel de la infancia también aparecen antecedentes de patología psiquiátrica infantil donde destacamos la angustia por separación, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, los trastornos del control de los esfínteres, pero no en mayores porcentajes que en otros pacientes derivados a psiquiatra en la adolescencia.

-Se buscó también si madres y padres presentaban en el momento de las consultas de sus hijos problemas con su peso y la alimentación, si bien encontramos mayores porcentajes de obesidad en estos progenitores no llegaban a conformar diferencias significativas.

-En relación a la presencia de psicopatología, en las madres predominaron los trastornos depresivos y ansiedad al igual que para el resto de los adolescentes derivados a consulta. En los padres la situación fue semejante apareciendo también porcentajes más altos de adicciones que en las madres pero sin diferencias significativas en relación a padres de otras familias.

-En cuanto al tipo de vínculo con las hijas, lo más sobresaliente fue el hallazgo de sobreprotección por parte de las madres pero si bien los porcentajes fueron mayores que con otros pacientes tampoco las diferencias fueron significativas.

-De acuerdo al trabajo, la tercera parte de la población que presenta TCA en la adolescencia y juventud ha comenzado con trastornos de la conducta alimentaria y del peso corporal desde el primer año de vida. Y en el resto de la infancia los trastornos alimentarios son presentados por dos de cada tres pacientes, por lo tanto sólo una tercer parte de las jóvenes que desarrollan el trastorno no tienen el antecedentes de trastornos alimentarios y alteraciones de la curva ponderal, posiblemente estas sean las que en la etiología de la enfermedad influyan más factores ambientales en el período de la adolescencia, pero en la gran mayoría los antecedentes familiares son muy importantes, especialmente los relacionados al proceso alimentario y al aumento de peso. Es fundamental que el pediatra siga con atención a las niñas que presentan trastornos en la curva ponderal, especialmente a aquellas con sobrepeso porque además de los riesgos de enfermedades endócrinas, cardiovasculares, metabólicas, está el riesgo del desarrollo de estos trastornos complejos y serios. Dentro de los elementos a investigar en estos casos es el tipo de relación entre la madre y la hija, ya que la presencia de sobreprotección aumenta los riesgos. Las madres sobreprotectoras son aquellas que tienen inseguridades respecto a que sus hijas sean capaces por sí mismas de ir dando diferentes pasos propios del crecimiento y por eso hacen por ellas más de lo que deben, dificultando así el proceso de independización y creando temor en el/la hijo/a a crecer. Recordemos que uno de los problemas que tienen las chicas con TCA es el temor a crecer, el temor a convertirse en mujeres y en parte la génesis de esta situación está en que desde pequeñas no se les ha enseñado a dar pasos por ellas mismas

sino que, por el contrario, se ha transmitido el mensaje de que no son capaces. Por esta razón, es muy frecuente que además presenten trastornos afectivos y ansiosos que también implican dificultades en el proceso de maduración. Si la mayor parte de estas chicas han tenido sobrepeso, es muy posiblemente que sus madres las hayan sobrealimentado. A esto se agrega más tarde que al sentirse inseguras comen con ansiedad. Por los resultados vistos, el pediatra también debe estar atento a investigar sobre el tipo de vínculo, reconocer cuándo la madre es sobreprotectora. Si la niña presenta además psicopatologías infantiles como angustia de separación : dificultad de separarse de sus padres, rechazo a ir al preescolar o a la escuela, imposibilidad de quedarse una noche a dormir en otro lugar sin los padres, si somatiza especialmente a nivel digestivo (dolor abdominal crónico, elementos de gastritis u otros problemas funcionales), si es ansiosa o miedosa (temor a dormir con la luz apagada por períodos más largos que los que cualquier niño puede presentar, temores específicos a animales, a la gente, timidez), o si es excesivamente responsable con sus estudios y sus expectativas de logros, el pediatra debe profundizar su exploración y seguimiento por el posible riesgo de desarrollo de una anorexia nerviosa. También si la niña con trastornos alimentarios y sobrepeso presenta características como impulsividad, tendencia a la acción, es algo teatral y seductora o tiene dificultades de autocontrol, debe hacerse un seguimiento más directo y no sólo enviar a dietista o médico especializado en nutrición, sino también pedir una consulta con psiquiatra infantil pues puede llegar a presentar una bulimia nerviosa.

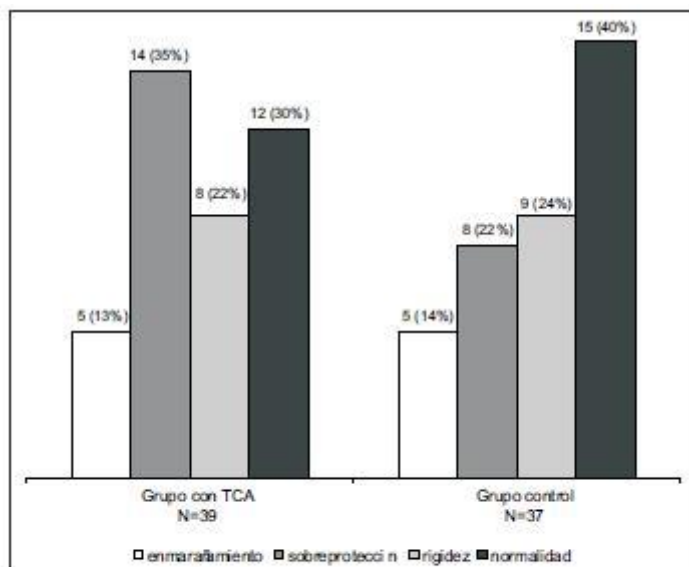


Figura 8. Tipo de vínculo de las madres con hija/o.

-Teniendo en cuenta las recomendaciones recientemente explicitadas, quizás los pediatras puedan colaborar a disminuir la aparición de anorexia y bulimia nerviosa, dos enfermedades que van en aumento, son muy severas y requieren largos tratamientos que hasta el momento, a nivel nacional y mundial, sólo logran 50% de mejorías ⁽⁸⁾.

-Conclusiones .

- 1.La población de TCA estuvo constituida casi exclusivamente por mujeres entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón-purga, seguido por la anorexia restrictiva. Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad.
- 2.Los pacientes con TCA presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y anomalías ponderales (sobrepeso, bajo peso, variaciones importantes de peso), tanto en el primer año de vida como en el resto de la infancia que el grupo control.
- 3.Las madres y padres de los pacientes con TCA presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico que el grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas.
- 4.Las madres de los pacientes con TCA presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos que el grupo control, las diferencias no fueron significativas.

-Bibliografía .

1. Turón Gil VJ. Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997. [[Links](#)]
2. Toro J. Prevención de la anorexia y la bulimia nerviosas. Nutr Obes 1999; 2: 91-4. [[Links](#)]
3. Fasolo C, Do Valle Chagas Diniz TC. Aspectos familiares. En: Antunes Nunes MA, Apolinario JC, Galvao Abuchaim AL, et al. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998: 77-85. [[Links](#)]
4. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. [[Links](#)]
5. Beck A. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 12: 57-62. [[Links](#)]
6. Rojas E, Reig MJ, De las Heras J, et al. Diagnostic validity of the evaluation scale of anxiety by Rojas. Procedente del 10º World Congress of Psychiatry; 1996 Aug 23-28; Madrid, España; 1992: 151. [[Links](#)]
7. Myers I. Manual: The Myers-Briggs Type Indicator. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1962. [[Links](#)]
8. Zamora R, Martínez A. Obstáculos y dificultades en el tratamiento cognitivo-comportamental y farmacológico de pacientes con trastornos alimentarios. Rev Psiquiatr Urug 2000; 64 (3): 416-29. [[Links](#)]
9. Bagattini CM de. Trastornos severos de la alimentación . Anorexia Nerviosa y Bulimia. Rev Psiquiatr Urug 1998; 62 (2): 17-35. [[Links](#)]
10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2ª ed. Washington: APA, 2000. [[Links](#)]
11. Chinchilla Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson, 1995. [[Links](#)]
12. Melin P. Comorbidade dos transtornos alimentares. En: Nunes MA. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998: 97-110. [[Links](#)]
13. Vaz Leal F, Salcedo Salcedo MS. Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios: un estudio controlado. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines; 1993; 25 (5): 181-7. [[Links](#)]

14. Bertera HJ, Fraise MM, Saba G. Subtipos clínicos en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Comunicaciones (AAP) 1995; 2 (3): 31-44. [[Links](#)]

.Correspondencia: Centro de Atención Psiquiátrico-Psicológica con Tratamientos Actualizados (CAPTA). Silvestre Blanco 2487 bis. CP 11300. Montevideo, Uruguay.

E-mail: captauru@netgate.com.uy .

-2)- Fisiopatología.

-Los factores que pueden causar trastornos alimentarios son:

- Factores biológicos: Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro : [neurotransmisores](#) , predisponen a algunas personas a sufrir [ansiedad](#), [perfeccionismo](#), pensamientos y comportamientos [obsesivos](#) y [compulsivos](#). Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.
- Factores psicológicos: Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectuosos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.
- Factores familiares: Personas con familias sobre-protectoras o [disfuncionales](#) inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no muestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a ocultar sus sentimientos, desarrollan miedo, inseguridad, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.
- Factores sociales: Los [medios de comunicación](#) asocian lo bueno con la belleza física (según cánones actuales) y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y atractivas son asociadas con el fracaso.

.2.1)- Síntomas Para Detectar un Trastorno Alimentario.

- Actitudes obsesivas respecto a las [dietas](#): estos regímenes se hacen de forma compulsiva, es decir que la persona sabe que es algo dañino para su salud pero no puede dejar de hacer dieta.
- Disminución importante del peso.
- Comer a solas o evitar comer cualquier tipo de comida.
- Contar las calorías de los alimentos que se ingieren y pesarse con frecuencia.
- Cambios en el carácter relacionados con el haber comido o no.
- Verse "gordo" aunque haya una disminución importante de peso.
- Encerrarse en el baño después de comer, sin que haya una causa que lo justifique.
- Realizar ejercicio en forma obsesiva.
- verse mucho en el espejo sin decir nada
- sentir nerviosismo al estar con personas o cerca de comida

-3)- Clasificación.

-Académicamente los distintos síndromes se agrupan bajo la denominación de trastornos de la ingestión de alimentos.⁶

-3.1)- Trastorno Por Atracón.**- Trastorno por atracón**

-Se habla de trastorno por atracón cuando se produce una sobreingesta compulsiva de alimentos. Después de este impulso por consumir en exceso, aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital, y se siente la necesidad imperiosa de comer. Una vez que se inicia otra sobre ingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control; aun así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento aún sabiendo que le causa daño a su cuerpo y salud.

-3.2)- Bulimia.**- Bulimia**

-La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad, que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol. Las personas que padecen dicha enfermedad llegan a tener hasta 15 episodios por semana. Afecta principalmente a personas jóvenes, en su mayoría son mujeres; también afecta a personas que han padecido anorexia o han realizado dietas sin control. Intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

.En el sistema de clasificación DSM-IV-TR se reconocían dos tipos:

.Bulimia purgativa: después de los periodos de atracones, el enfermo usa laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.

.Bulimia no purgativa: para contrarrestar los atracones, hace ejercicio en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.

-No obstante, en la reciente revisión (DSM-V) esta división se ha suprimido y no encontramos subtipos.

-Los factores principales que van a mantener este problema son: la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal. Las consecuencias de las conductas bulímicas son: amenorrea, malformaciones en los dedos, problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes: atracones, pérdida de cabello, arritmias que pueden desembocar en infartos, perforación esofágica, pancreatitis, entre otras.

.Para evitar el aumento de peso, usan métodos compensatorios inapropiados : inducción al vómito.

- Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa de acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV):

Nivel**Descripción**

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- | | |
|---|--|
| A | 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias |
|---|--|

Nivel	Descripción
	2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B	Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

-Un estudio reciente menciona que las mujeres que padecen BN y hacen dietas del tipo restrictivo reportan un mayor número de episodios de atracón el mismo día que realizaron el régimen y en los días posteriores. ²

-Etiología.

- El menosprecio de los demás o de uno mismo.
- Presión por sentirse bello y querido por los demás.
- Problemas afectivos dentro del seno familiar.
- Necesidad de pertenencia a un grupo.
- Necesidad de sentirse querido.
- Relacionan que el éxito y la prosperidad en la vida tiene que ver con la delgadez.
- Cambios emocionales.
- Depresión y/o ansiedad.

-3.3)- Anorexia Nerviosa.

- [Anorexia nerviosa](#)

-La [anorexia nerviosa](#) se caracteriza por una pérdida de peso elevada : más del 15%, debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas: vómitos, ejercicio físico en exceso. Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

-Existen dos tipos:

- [Anorexia nerviosa restrictiva](#): El enfermo apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso.
- [Anorexia nerviosa purgativa](#): El enfermo utiliza métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

-Las características psicológicas y sociales incluyen miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas bajas en hidratos de carbono y grasas, preocupación por el alimento, abuso de laxantes y mentiras.

.Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden estar influenciadas, por ser admiradoras de personas famosas y mediáticas tales como actrices y modelos.

-Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa de acuerdo, al "Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV):

Nivel	Descripción
A	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
B	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D	En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

-En la revisión de este diagnóstico se eliminó el último criterio: la amenorrea dejó de considerarse un criterio diagnóstico.

-Especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

-Etiología:

- baja autoestima.
- poca vida social.
- sensibilidad al fracaso.
- miedo a engordar.

-3.4)- Vigorexia.

- Vigorexia.

-La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico, y una distorsión del esquema corporal : dismorfofobia, que puede presentar dos manifestaciones:

la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

-Implica una [adicción](#) a la [actividad física](#) : especialmente a la [musculación](#). Los vigoréticos suelen realizar [ejercicio físico](#) excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten [débiles](#) o enclenques. A esta exigencia, se suma un [trastorno en la alimentación](#), que se hace patente en una [dieta](#), poco equilibrada en donde la cantidad de [proteínas](#) y [carbohidratos](#) consumidos es excesiva; mientras que la cantidad de [lípidos](#) se reduce.

.Esto puede ocasionar alteraciones [metabólicas](#) importantes, sobre todo cuando el vigorético consume [esteroides](#) , que ocasionan cambios de humor repentinos, además de diarrea instantánea.

-3.5)- Megarexia.

- [Megarexia](#).

-La [megarexia](#) es un trastorno opuesto a la anorexia nerviosa. Descubierta y denominado «megarexia» por el Dr. Jaime Brugos (PhD), en su libro *Dieta isoproteica* , editado en 1992, y ampliado en su libro: *Isodieta* , en 2009).

.Suelen ser personas [obesas](#), que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta; también por eso se atiborran de [comida basura](#) : con calorías vacías; donde ellos se perciben sanos.

.Son en cierta forma, personas obesas que se ven delgadas, a causa de la distorsión de la percepción, que caracteriza a los trastornos alimentarios.

.Cuando la desnutrición que padecen , al ser obesos desnutridos, por falta de [nutrientes](#) esenciales en su alimentación, que llega a afectar a su cerebro, momento en el que, como sucede con la anorexia, su trastorno alimentario se convierte en una grave enfermedad.

-Consideran que el exceso de peso es sinónimo de fuerza y vitalidad. Comen de todo y en cantidades abismales, pero con muy pocos "nutrientes esenciales" y una altísima proporción de [azúcares](#), [féculas](#), [almidones](#), etc., con comida basura, dulces, frituras, alimentos grasos, postres, etc, que son algunos de los platos principales en la dieta de los megarexicos , o sea de los que padecen megarexia, donde megarexia no es la persona, si no su enfermedad.

-3.6)- Permarexia.

-Afecta a las personas, que al estar obsesionadas con el sobrepeso y con el miedo a engordar, se someten a dietas permanentes : de bajo contenido calórico, ya que su principal obsesión, son las calorías que aportan los alimentos; y que podrían terminar padeciendo anorexia o bulimia, en un futuro más o menos cercano.

. No se preocupan solo de ingerir productos saludables, sino que su atención se centra en el valor energético de los alimentos. Además, no llegan a extremos como dejar de comer o recurrir al vómito, ni a la utilización de fármacos, [diuréticos](#) o [laxantes](#); pero su obsesión les lleva a serias descompensaciones en el organismo.

- El perfil de las personas que padecen esta enfermedad es el siguiente:

1. Baja autoestima.
2. Autoexigencia.
3. Relaciones sociales inestables.
4. Problemas emocionales.
5. No reconocen su enfermedad.
6. Preocupación por conocer y llevar a cabo varios tipos de dietas.
7. Obsesión constante por las calorías que poseen los alimentos : controlan cada alimento que comen y miran en el envase las calorías que contienen.
8. Nunca terminan de estar a gusto con su físico.
9. Suelen presumir de entender mucho de nutrición, para justificar que siguen esas dietas por motivos de salud.

-Las consecuencias de este trastorno alimenticio, son el mal funcionamiento de la glándula [tiroides](#), acelerándola y desembocando en [hipertiroidismo](#). Otras enfermedades que pueden surgir son: la [hipoglucemia](#), trastornos digestivos variados como: [úlceras gástricas](#) o estreñimiento, y alteraciones nutricionales debidas a la falta de: [vitaminas](#), [proteínas](#), [minerales](#) e [hidratos de carbono](#).

-3.7)- Ebriorexia.

-Este trastorno consiste en dejar de comer para compensar las calorías obtenidas luego del consumo de [alcohol](#). Suele darse en personas entre los 18 y 30 años. Además del abuso de bebidas alcohólicas, la ebriorexia se conjuga con otras conductas dañinas, como realizar "atracones", para luego provocarse el vómito. De allí que se afirme, que es una extraña mezcla entre anorexia, bulimia y adicción al alcohol.

- Los síntomas son:
 1. Consumo de alcohol. Es desmedido y generalmente se hace a escondidas.
 2. Atracónes. Debido a la ausencia de calorías, para brindarle al cuerpo la suficiente energía para funcionar adecuadamente. Quien padece de ebriorexia suele tener atracónes de comida.
 3. Hinchazón de la cara y deterioro físico. Esto es un efecto de la inducción del vómito.
 4. Características específicas de la bulimia y anorexia. Las personas que padecen de ebriorexia, no suelen consumir alimentos delante de las personas, tienen una autoimagen desvalorizada, y tienen miedo al aumento de peso.
 5. Pérdida de cabello y problemas dentales. Debido a la ausencia de vitaminas y a la incitación del vómito.
 6. Debilidad corporal y mal aspecto de la piel. También debido a la mala alimentación.
 7. Conductas de aislamiento social y agresividad.
 8. Pérdida de conciencia o desmayos.
- Las consecuencias son:
 1. daños cognitivos como el deterioro de las neuronas.
 2. dificultad en la concentración.
 3. Pérdida de la capacidad de estudiar.
 4. Alteraciones en la actividad de los neurotransmisores.
 5. Problemas a la hora de tomar decisiones.
 6. Comportamiento arriesgado y/o violento.

7. Daños en los órganos vitales a edades.
8. Enfermedades crónicas.
9. Problemas gastro-intestinales.

-3.8)- Otros trastornos.

- [Ortorexia](#): Es aquel trastorno donde la persona come alimentos que ella considera saludables, pero que en realidad no lo son.

- [Pica](#): ingestión de alimentos no comestibles.

- [Diabulimia](#): el enfermo de bulimia, también diabético, manipula las dosis de insulina, que debe inyectarse, para adelgazar o compensar los atracones. Aparte de las complicaciones de la bulimia, se añaden las complicaciones mortales a medio plazo, de no inyectarse las dosis correspondientes.

- [Hiperfagia](#): Exceso de comida, llegar a consumir grandes cantidades de alimentos, seguido de haberse alimentado adecuadamente.

-4)- Concepto de Trastorno Alimenticio o Psicopatología Alimentaria.

-Un trastorno en la alimentación, es una enfermedad causada por la [ansiedad](#) y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes.

-La persona que padece algún trastorno en su alimentación basada en la [comida](#) , un particular significativo al que la persona enferma, otorga un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos, en todos los pensamientos y actos que forman parte de su cotidianidad, sintiéndose hiperdependiente de esa idea; con lo cual el alimento se convierte, entonces, en el eje a partir del cual gira la vida y el mundo de relación de la persona, que padece el trastorno.

-Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos, como el nivel de: [autoestima](#), presiones familiares, frustración por tener [sobrepeso](#), comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar u amigo, etc.

-Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados por: un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión : sobre todo hacia personas conocidas y miembros de la familia, vergüenza, culpa y [depresión](#); registrándose un trastorno en la identidad a partir de la nominación de la enfermedad.

-5)- Factores Predisponentes.

-No es posible mencionar un único factor, como causa de la aparición de un trastorno de la alimentación, pues las [psicopatologías](#) alimentarias, son provocadas por múltiples factores, lo que significa que existe una combinación de causas individuales, familiares y socioculturales, que desempeñan un papel importante en el desarrollo de cualquier trastorno de la alimentación existente en la actualidad, así como también en el mantenimiento del mismo.

.Además, los factores en sí, no deben ser considerados como causales definidos y diferentes, sino como agentes, que pueden hacer a una persona más vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio.

-Los trastornos alimentarios no afectan únicamente a la manera de comer; en realidad, se desarrollan como resultado de problemas en la percepción y en la forma en que una persona se ve a sí misma, y en relación con su mundo; problemas que son causados por múltiples factores, que se vuelven cíclicos y se realimentan a sí mismos, pues los efectos de la desnutrición y semi-inanición, agravan los problemas subyacentes y cronifican el problema.

-En resumen, una persona está predispuesta o es vulnerable al desarrollo de un trastorno alimentario, es como resultado de una combinación de factores. A continuación se detallan los factores individuales, familiares y socioculturales, que predisponen a la mayoría de las psicopatías alimentarias:

-5.1)- Factores Personales.

-Los factores personales comunes a la mayoría de los trastornos alimenticios que predisponen al padecimiento de una psicopatología alimentaria son:

-5.1.1)- Enfermedades Gastrointestinales.

-En general, todas las personas con enfermedades gastrointestinales,⁸ tales como: la [enfermedad celíaca](#), la [enfermedad de Crohn](#), la [úlcera péptica](#)⁹ o la [sensibilidad al gluten no celíaca](#),¹⁰ presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, principalmente restricciones en la alimentación.

.La presencia continuada de síntomas digestivos sin un diagnóstico ni un tratamiento efectivos, o que los médicos no saben explicar ni manejar, y que el paciente relaciona con la ingesta de alimentos, puede hacer que este acabe desarrollando ansiedad y aversión a la comida, lo cual puede provocar la aparición de alteraciones en las conductas alimentarias. En los pacientes que reciben un diagnóstico y necesitan llevar una dieta para poder aliviar sus síntomas digestivos, pueden darse dos situaciones, que a su vez pueden desembocar en la aparición de trastornos alimentarios.

.Por un lado, determinados pacientes no tienen conciencia de la importancia de seguir estrictamente la dieta, y siguen consumiendo por diversos motivos, los alimentos que desencadenan sus síntomas; como por ejemplo para perder peso, tal como se ha documentado en algunos pacientes con: enfermedad celíaca, [síndrome del intestino irritable](#), o [enfermedad inflamatoria intestinal](#).

.Por otro lado, los pacientes que sí están concienciados de la necesidad de seguir

correctamente la dieta estricta, pueden acabar desarrollando ansiedad, como consecuencia de recaídas derivadas de contaminaciones accidentales, y la preocupación por la existencia de [contaminaciones cruzadas](#), especialmente en situaciones en las que no pueden supervisar la correcta manipulación y preparación de sus alimentos.⁸

-Se ha documentado la asociación entre la enfermedad celíaca y algunos casos de [anorexia nerviosa](#).^{9 11}

.En algunos pacientes, la anorexia nerviosa se desarrolla antes de ser diagnosticados de enfermedad celíaca, por lo que algunos autores apuntan la necesidad de realizar una [evaluación para detectar la posible presencia de una enfermedad celíaca](#), no reconocida en todas las personas con trastornos alimentarios.⁹

.Actualmente, el 90% o más de los casos de enfermedad celíaca en los niños, permanece sin reconocer ni diagnosticar, debido principalmente a que esta enfermedad cursa en la mayoría de los casos, [con síntomas muy variados que pueden afectar a cualquier órgano, sin síntomas digestivos, e incluso sin ningún tipo de síntoma en absoluto](#).⁹

.La [anorexia](#), entendida como la falta de apetito y la dificultad para comer debida a una sensación anómala de plenitud, de "tripa llena", es uno de los posibles síntomas digestivos que pueden desarrollarse, como consecuencia de una enfermedad celíaca, sin diagnosticar ni tratar.

.Otros síntomas digestivos, que pueden aparecer en algunos celíacos sin tratamiento, incluyen vómitos, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, reflujo, gases o distensión abdominal, que pueden estar presentes por temporadas, con mayor o menor intensidad, con períodos de completa remisión e irse alternando en un mismo paciente.⁹

.En otros casos, la anorexia nerviosa aparece después del diagnóstico de la enfermedad celíaca,^{9 11} por lo que algunos autores sugieren la necesidad de hacer un seguimiento de los pacientes celíacos, para detectar precozmente la aparición de síntomas relacionados con el desarrollo de una anorexia nerviosa,⁹ especialmente en el caso de las mujeres.¹¹

-5.1.2)- Pubertad Temprana.

-La [pubertad](#) temprana, en el caso de los individuos de sexo femenino, puede ser un factor individual, que predisponga a la aparición de trastornos alimenticio.

.Un estudio de niñas que no sufrían de trastornos del comer, constató que antes de la pubertad, las niñas comían cantidades de comida apropiadas a su peso corporal, y estaban satisfechas con sus cuerpos; después de la pubertad, las niñas comían cerca de tres cuartos de la ingestión recomendada de calorías, y tenían una autoimagen corporal más mala. No es sorprendente, entonces, que haya un mayor riesgo de bulimia y otros trastornos emocionales entre las niñas, que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por todos los adolescentes, se intensifican aún más, por la atención que provoca ansiedad, en sus cuerpos tempranamente cambiantes.

-5.1.3)- Problemas de Obesidad Previos.

-Sobre todo en los hombres, influye haber padecido de obesidad en la niñez, y haber sufrido burlas por parte de amigos, de su misma edad o adultos. El tener sobrepeso, en la mayoría de los casos, ligero, puede predisponer al inicio de actividad física intensa o a dietas sin control médico, que desemboquen en trastornos de la alimentación.

-El mayor factor de incidencia en hombres jóvenes es la [obesidad](#) en la niñez, debido a los traumas, que puedan crear los compañeros de aula, amigos o adultos, al tomar a modo de broma, el sobrepeso en el niño. La burla puede no ser siempre cruel, sino una mera demostración de confianza manifestada, por ejemplo, mediante apodos.

.Sin embargo, la distinción puede generar culpas e inseguridades, muy grandes en el niño, y predisponerlo a la aparición de enfermedades como: la [anorexia](#), la [bulimia](#) o la [vigorexia](#), entre otras.

-5.1.4)- Carácter.

-Poseer determinados rasgos del carácter, como por ejemplo, no aceptarse como persona ; pueden predisponer a la aparición de este tipo de trastornos. Son factores de vulnerabilidad personal:

- No aceptarse como persona.
- Percibir que se tiene poco control sobre la propia vida: Falta de autonomía.
- Ser poco habilidoso en las relaciones sociales. Hay frecuentemente un fracaso para expresar problemas emocionales.
- Tener poca espontaneidad y demasiado autocontrol, sobre todo en cuanto a la demostración de los afectos.
- Poseer dependencia afectiva.
- Ser muy perfeccionista y exageradamente autocrítico. Tener autoexigencias desmedidas.
- Ser excesivamente responsable para la situación o la edad.
- Sufrir de [inseguridad](#), timidez o [introversión](#).
- Tener una baja [autoestima](#).
- Tener una personalidad depresiva.
- Preocuparse excesivamente o ser muy sensible a las opiniones de los demás o las influencias del entorno.
- Poseer un excesivo deseo de evitar situaciones [estresantes](#), determinado por el miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y expresado por una tendencia a huir de los conflictos.

-5.1.5)- Personalidad, Tendencias Depresivas y Trastornos de Ansiedad.

-Las personas con: tendencias depresivas; [trastornos de ansiedad](#), o tendencia al padecimiento de [trastornos de personalidad](#) , especialmente el [trastorno límite de la personalidad](#), en el 45,50 por ciento de los casos; y conductas impulsivas-compulsivas , suelen desarrollar este tipo de psicopatologías alimentarias, las cuales pueden ser tanto el resultado como la causa, de alguno de los mencionados trastornos emocionales.

-En general, entre un 40 y 80 por ciento de todos los pacientes, con trastornos del comer , experimentan [depresión](#), la cual es asimismo común en las familias de los enfermos de estas psicopatologías.

.Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la [anorexia](#); ya que los trastornos rara vez se curan cuando se administra medicación antidepressiva, como el único tratamiento; sin embargo, es sabido que las tendencias

depresivas, constituyen un factor de riesgo para las personas, de caer en enfermedades mentales relacionadas con la alimentación.

-Los trastornos de ansiedad son también muy comunes en las psicopatologías alimentarias, así como: las [fobias](#) y el [trastorno obsesivo compulsivo](#), los cuales preceden por lo general el inicio del trastorno del comer.

.La ansiedad es principalmente uno de los factores predisponentes de la bulimia; en cambio, las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en todos los trastornos alimenticios.

.Por otra parte, las personas que padecen del trastorno obsesivo-compulsivo, suelen ser propensas a desarrollar anorexia o [vigorexia](#). Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes, que pueden resultar en comportamiento compulsivo : rutinas repetitivas, rígidas y auto prescritas, cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión; el cual puede desembocar en la aparición de un trastorno alimenticio.

.Así, las personas con anorexia y vigorexia, suelen ser obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida.

.El trastorno obsesivo-compulsivo puede ser tanto la causa como el resultado de la enfermedad, y asimismo puede ser ambas cosas. Una persona puede comenzar con un trastorno compulsivo y, sumado a otros factores, desarrollar una psicopatología alimentaria que, al alterar la percepción del cuerpo, puede incrementar el trastorno obsesivo.

-5.1.6)- Elección de Aficiones y Carreras.

-Hay carreras que fomentan los trastornos alimenticios, porque conceden un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable, como por ejemplo: el atletismo, el modelaje, el físico culturismo, la danza y la equitación.

-En la pequeña comunidad de atletas, por ejemplo, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en el desarrollo de muchos casos de: [anorexia](#), de [vigorexia](#) y, en menor grado, de [bulimia](#). El término “tríada de atletas mujeres”, es empleado actualmente para describir la presencia de disfunción menstrual y trastornos del comer, un problema cada vez más común en las atletas, mujeres jóvenes y bailarinas. La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes, retener una figura muscular aniñada, sin la acumulación normal de [tejidos grasos](#), en los senos y las caderas, que podría mitigar su estímulo competitivo.

.Los entrenadores y profesores agravan el problema, recomendando el conteo de [calorías](#) y la pérdida de [grasa](#) en el cuerpo, y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos, si sus atletas sobrepasan el peso límite, y los castigan o humillan enfrente de los miembros del equipo.

.En las personas con trastornos de la personalidad, que las hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal, inclusive entre atletas famosos.

.Los físico culturistas suelen tener predisposición a sufrir de [vigorexia](#); a causa de la demanda que implica mantener el cuerpo ejercitado y musculoso, donde muchas personas dedicadas a

esta actividad, alteran su alimentación, y comienzan con el consumo desmedido y auto prescrito de [anabólicos](#) y [esteroides](#).

-5.1.7)- Cumplimiento de la “Hipótesis de Dependencia Externa”.

-La “Hipótesis de dependencia externa”, formulada por Schachter y Rodin, en 1974, supone que los bulímicos, y también los anoréxicos, no regulan su conducta de comer, a partir de indicios internos de [hambre](#) o [saciedad](#), sino a partir de claves externas.

-5.2)- Factores Familiares.

-Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios, como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Sin embargo, se puede asegurar que no hay un tipo de familia en particular, que promueva trastornos como la [bulimia](#) y la [anorexia](#); los elementos familiares no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, pues también se asocian a otros padecimientos, que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia.

-En general, los factores familiares predisponentes a la aparición de una psicopatología alimentaria son los siguientes:

-5.2.1)- Antecedentes de Obesidad o Desórdenes Alimentarios.

-Los antecedentes de obesidad o trastornos alimenticios son un factor predisponente importante. La mayoría de los casos de psicopatologías suelen darse, porque algún familiar haya padecido trastornos u obesidad; las personas con [bulimia](#), son las que tienen mayor probabilidad de tener familiares obesos.

.Las personas con trastornos del comer, también tienen mayor probabilidad de tener padres alcohólicos, con trastornos depresivos u obsesivos, o que consuman, o hayan consumido estupefacientes.

-5.2.2)- Abuso Sexual.

-Existe entre las mujeres con trastornos del comer, una incidencia mayor de [abuso sexual](#); los estudios reportan tasas de abuso sexual de hasta un 35 %, en las mujeres con trastornos alimenticios, sobre todo aquellas que sufren de bulimia.

-5.2.3)- Sobrevaloración de la Imagen Corporal.

-La concesión de una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso y el aspecto por parte de la familia, predispone a la aparición de trastornos alimenticios, así como la insistencia exagerada en el aspecto y los logros, por parte de uno o ambos padres, o la presión por parte de las padres en los hijos, para que “conserven la figura”.

-5.2.4)- Prejuicios y Valores Distorsionados.

-Aceptar y mantener vigentes los [prejuicios](#), por pequeños e insignificantes que sean, puede favorecer al desarrollo de una psicopatología.

-Los niños se encuentran en la misma sociedad que los adultos, y como ellos, experimentan las mismas influencias. En ellas, los menores quedan mediatizados por los adultos y mayores que tienen más cerca, y que son más significativos desde una perspectiva socioafectiva. La información verbal que los padres dan a sus hijos, influye sobremanera en la vida de éstos, y puede predisponer a la aparición de un trastorno alimenticio, sobre todo si al futuro paciente, se le es transmitido el concepto de belleza y delgadez, como sinónimo de triunfo en la vida.

-5.3)- Factores Socioculturales.

-Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática, que existe en torno a la línea y el adelgazamiento, tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad, incitan más frecuentemente a adelgazar, que a mantener una buena salud.

-Los factores socioculturales predisponentes que podrían influir e incluso desencadenar el curso de la enfermedad, son en general, la presión y los estereotipos sociales. Los detalles sobre cada uno de ellos, se especificarán a continuación.

-5.3.1)- El “mito de la belleza”.

-A partir de 1960, aproximadamente, la medicina descubrió que ser obeso no era saludable. Con este concepto, se buscó indicarle a las personas, como llevar una mejor calidad de vida, pero también nacieron la industria de las dietas, la preocupación por la delgadez, y la dictadura de la silueta. Las personas que sufren de desórdenes alimenticios, encontraron en el concepto expuesto, una solución “mágica” para todo: adelgazar.

-En nuestra sociedad, existe preocupación por: la comida, las dietas, y el talle. Se considera como ideal, el cuerpo esbelto, y hay una creencia de que la gordura es mala. La delgadez, que se asocia, de algún modo, con belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social, etcétera; aparece como la solución salvadora, machacada como la clave del éxito desde todos los medios. Muchas personas suponen que una silueta de modelo, tal vez imposible para la estructura de algunos individuos, les garantizará la felicidad; ese deseo de adelgazar supone un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, por ser aceptado y no rechazado.

-En la sociedad actual parece prevalecer la apariencia física, y los trastornos culturales han llevado a crear una auténtica “cultura de la delgadez”, al tiempo que se le ha concedido importancia al “mito de la belleza”, que posee las siguientes características:

- Es objetivo: El mito indica que la belleza es objetiva, que no se fundamenta en la subjetividad personal, sino en la imparcialidad y en la razón. En este ámbito no existe interés económico, ni ideológico, ni de ninguna otra especie. El mensaje tiene su base en la neutralidad.
- Es histórico: El mito siempre ha existido, pero el modelo de belleza, ha ido modificándose a través de la historia.
- Vincula a la belleza con la sexualidad y con el amor. En esta cuestión, el mito da a entender que cuanto más bella sea una persona, tanto más atractiva será sexualmente.
- Vincula a la belleza con la salud.

-5.3.2)- Discriminación y Rechazo Social.

-El rechazo social es uno de los factores que predisponen altamente a la aparición de la enfermedad. El rechazo se caracteriza por una idea preconcebida, en cuanto al tema alimenticio: al obeso se le atribuye la responsabilidad de su enfermedad.

.La obesidad es la consecuencia de un vicio y el obeso una persona que se entrega a él, es decir, se dice que el obeso es gordo porque quiere, ya que come sin control, y con glotonería. Este reconocimiento acerca de la obesidad y el rechazo, se manifiestan de distintas formas, tanto en general como en el mundo laboral o en la moda.

-5.3.2.1)- Discriminación en General.

-El rechazo al obeso está tan compenetrado en nuestra sociedad, que un niño de seis años de edad, ya lo tiene totalmente interiorizado . se ha observado que los niños a esta edad atribuyen características positivas: bueno, simpático, feliz, a una persona delgada; y características negativas : tramposo, sucio, lento, a una persona gruesa, y indicaría pues, el modelo a seguir. los adultos, poseen también esos mismos prejuicios.

-La [discriminación](#): se manifiesta en los detalles más insignificantes de nuestra vida cotidiana, como por ejemplo, en los asientos de los buses, que son hechos pensando en la mayoría de la población, y no para personas corpulentas. El mundo ha sido construido para una parte mayoritaria de la población, dejando afuera a personas con capacidades físicas diferentes, entre las que se incluyen los obesos; o personas que han sufrido accidentes, o han nacido con discapacidades, que les impiden realizar ciertas acciones.

-Pero el rechazo no solo se manifiesta en el orden de las cosas, sino en el mismo trato que las personas tienen hacia los obesos. Se observó que en una serie de colegios prestigiosos, el número de chicas obesas admitidas, era menor que el de chicas delgadas. Esto sucedía, sin que existieran diferencias significativas ni en el cociente intelectual ni en el expediente escolar previo. Solo los prejuicios, podrían explicar estos hechos.¹²

-5.3.2.2)- Discriminación Laboral.

-Otra manifestación clave y evidente del [rechazo social](#) al obeso, se da en el mundo laboral. Un estudio sobre las relaciones entre un sobrepeso y empleo, concluyó en líneas generales

que las personas con sobrepeso, son consideradas menos competentes, más desorganizadas, indecisas e inactivas.

-En el caso de las mujeres, la situación se agrava aún más. En la mayoría de los casos, cuando las chicas salen a buscar trabajo, lo primero que les piden es "buena presencia", lo que suele implicar tener un cuerpo delgado. La promoción profesional es mucho más asequible para las delgadas que para las que no lo son. Como ejemplo se puede citar el caso de los auxiliares de vuelo o azafatas, que pueden ser despedidas, por tener problemas de sobrepeso; ciertas compañías controlan las medidas de sus muslos y caderas, hasta acostumbrarlas a establecer unos límites, siendo importante señalar que los trastornos alimentarios en las azafatas, son bastantes frecuentes.

- Se ha podido también verificarse, que se considera que las mujeres más emprendedoras, y social y laboral mente más activas, son delgadas; mientras que a las más voluminosas se les atribuye funciones de madre o esposa.

-5.3.2.3)- Discriminación y Moda.

-Es muy frecuente, que las casas de moda no fabriquen tallas, para personas excedidas de peso, pues estas no consideran la obesidad, algo que deba ser perseguido u añorado.

-5.3.3)- Medios de Comunicación y Manipulación.

-La manipulación sobreviene desde los diversos medios de comunicación : prensa, revistas, TV, que realizan la difusión de la delgadez; el receptor de los mensajes es invadido y manipulado, hasta el punto de llegar a ser víctima de unas pocas personas : especialistas en marketing, diseñadores, empresarios del mundo de la dietética, modistos etc., que deciden cómo debe ser el cuerpo ideal. Existe una relación entre las imágenes de delgadez anormal, que dominan los medios de comunicación, y el aumento de las patologías vinculadas al ideal físico. La manipulación se ejerce a través de la coacción publicitaria, el mercado del adelgazamientos, la difusión del cuerpo delgado de los modelos, como estereotipo y la difusión de páginas pro-anorexia ("*pro ana*") a través de Internet.

-5.3.3.1)- Coacción Publicitaria.

-Los medios de comunicación junto con mensajes verbales, lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente, van destilando mensajes y señales, que facilitan la difusión y consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez.

-El papel que la televisión ejerce en la difusión de valores y modelos, relacionados con la estética de la delgadez es muy importante, ya que es el [medio de comunicación](#) más intensivo. El modelo suministrado por televisión es el de la mujer sumamente delgada y joven; el mensaje tácito brindado es que para ser exitosa y linda, hay que ser muy delgada, como las modelos y actrices que figuran en la pantalla.

-5.3.3.2)- Mercado del Adelgazamiento.

-La publicidad comercial impone los [estereotipos](#) estéticos corporales, que afectan a la población, con sus mensajes incorpora el estereotipo estético, lo concreta y potencia. Se ha comprobado que casi uno de cada cuatro anuncios, que llegan a un público femenino, invitan de alguna manera a la mujer, a perder peso.

-5.3.3.3)- Difusión del Estereotipo de Delgadez.

-Los modelos, en la sociedad vigente el día de hoy, suelen constituir un ejemplo a seguir para muchas personas. Esto puede constituir un factor de riesgo, ya que sus cuerpos a veces excesivamente delgados, donde sus pesos son logrados a veces a causa de trastornos alimentarios; por lo que muchos modelos sufren psicopatologías alimentarias; puede incitar a las personas que los toman de ejemplo, a comenzar a perder peso, y a caer en un trastorno alimenticio.

-Los diseñadores también promueven o consienten en cierto modo, este tipo de enfermedad, como es el caso de [Calvin Klein](#), que en *El País Semanal*, hizo estas declaraciones: "¡Yo no promociono la anorexia! Pero creo que si voy a enseñar mi ropa, prefiero enseñarla en personas delgadas. La ropa sienta mejor a la gente que «cuida» de su cuerpo y que está delgada. La imagen es importantísima".

-5.3.3.4)- Difusión de Páginas "pPro-anorexia" a Través de Internet.

-Muchos sitios de Internet para adolescentes, ofrecen información peligrosa vinculada con la anorexia nerviosa, que conducen a los jóvenes insatisfechos con su cuerpo, a caer en esta enfermedad u otra relacionada. Emplean eslóganes como: "Si no sos delgada, no sos linda"; "Ser delgada es mejor en este mundo, que ser gorda"; "Ser delgada es más importante que estar sana"; "No te olvides de contar las calorías para comer sin temor a la culpa"; "El agua es suficiente para sobrevivir", e instan a los jóvenes en general, a dejar de comer para perder peso. Buena parte de los textos está presentada como confesiones, tiene la forma de diario, o manual de consejos on-line, y está firmada en su mayoría, por chicas orgullosas de su condición física. Escriben sugerencias sobre cómo ocultar la pérdida de peso, para que los padres y amigos no insistan en que la enferma coma, cuáles dietas son las más convenientes, o cómo hacer para superar los análisis clínicos. Según una nota publicada en un diario argentino, el 78% de los visitantes cibernéticos de estas páginas, son menores y la mayoría de los de idioma castellano, proviene de España, pero tiene una gran cantidad de usuarios argentinos.

-6)- Prevención o Detección Precoz.

-A fin de evitar las psicopatologías alimentarias, es conveniente realizar lo siguiente:

- Enseñar a los niños a tener conductas saludables, sobre todo en lo referido a la alimentación y el ejercicio.

- Mejorar la autoestima mediante la propia aceptación del cuerpo, y el rechazo a los estereotipos poco saludables, que establecen los medios.
- Evitar presionar a los niños, intentar comprenderlos y conversar con ellos, sobre los eventuales problemas, que puedan suscitarse. Supervisar al joven en su entorno.
- Vigilar a las personas en población de riesgo, en cuanto a sus conductas alimenticias.
- Educarse sobre el metabolismo humano, a fin de comprender cuáles son los hábitos alimenticios correctos, y educar también a los niños.
- En caso de obesidad, acudir al nutricionista: nunca emprender una dieta sin supervisión médica.
- Comer en familia, y hacerlo en lo posible en los horarios establecidos y sin prisas. No saltar comidas, y no castigar a los niños, mediante la prohibición de alimentarse.
- Educarse y educar a la familia, sobre los trastornos alimentarios, y en caso de que alguien presente síntomas relacionados con un trastorno de este tipo, acudir al especialista.

-7)- Ayuda Hacia el Enfermo.

- Ayudar al paciente a encontrar sus propios valores, ideales y objetivos sin dejarse influir por el entorno.
- Fomentar la autoestima del enfermo.
- No negar la situación cuando aparecen síntomas relacionados con psicopatologías alimentarias.
- Acudir a un grupo de apoyo. Buscar consejo de psicólogos, trabajadores sociales y personas de confianza.
- Reunir información, conseguir datos sobre el tratamiento en un centro de salud o preguntando al personal educativo. Obtener ayuda voluntaria; no rechazar la ayuda de otras personas , que hayan observado el comportamiento problemático.
- Comunicarle a la víctima, con claridad, la preocupación que se siente por ella, la convicción de que necesita tratamiento, y la voluntad de proporcionarle apoyo emocional, financiero o de cualquier otro tipo.
- Anotar el comportamiento que presenta el paciente.
- No esperar que la víctima acepte de primera que tiene un problema.
- Evitar concentrarse en su aspecto. Comentarios como: “¡ya estás muy delgado!” o “¡come que estás muy flaco!”, que solo logran que la persona se obsesione más con su aspecto corporal.
- No obligar al paciente a que coma , a menos que su IMC esté en riesgo mortal, ni criticarle sus actitudes, pues eso probablemente incrementará la depresión de la persona, y hará que se obceque en sus comportamientos. Es preciso tener paciencia.
- No establecer comparaciones entre el enfermo y sus semejantes.
- Intentar que la situación no altere la vida familiar. No dejar de lado a la propia familia.
- Evitar los sentimientos de culpa o de autocompasión.

-8)- Tratamientos.

-A nivel terapéutico, existen tratamientos eficaces y exitosos, ya sean los de orientación cognitivo conductual, o los de orientación sistémica. Estos últimos los puede encontrar en la literatura sobre psicología clínica y psicoterapia.

-La Terapia Sistémica tiene tres modelos, que se han especializado en los tratamientos para trastornos alimenticios.

.La primera, es la Escuela de Milán de Mara Selvini Palazzoli, y su amplio trabajo sobre anorexia y bulimia.

.La segunda, el Modelo de Terapia breve Estratégica de Giorgio Nardone y sus protocolos específicos de intervención, donde este autor presenta una clasificación amplia e interesante de los trastornos alimentarios, sus tratamientos son familiares, y gozan de mucho éxito en Europa y México, y

.La tercera, el modelo clásico de la terapia breve, el comúnmente conocido como Modelo del MRI o Modelo de Resolución de Problemas, que desde su diseño, arrojó exitosos resultados, aun sin trabajar con el paciente identificado.

.Para información más detallada se puede consultar la siguiente bibliografía:

1. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*, de Mateo Selvini Palazzoli, Mara Selvini Palazzoli, Sthefano Cirilo y A.M. Sorrentino. Editorial Paidós. 1999.
2. *Las prisiones de la comida*, de Giorgio Nardone, Roberta Milanese y Tiziana Verbitz, Editorial Herder. 2002.
3. *Conocer a través del cambio*, de Giorgio Nardone y Claudette Portelli. Editorial Herder. 2006.
4. *La táctica del Cambio*, de Richard Fisch, John Weakland y Jules Riskin. Editorial Herder. 1988.
5. *Cambiando lo incambiable*, de Richard Fisch y Karin Schlinger. Editorial Herder.

-Tratamiento Psicológico: Está orientado a conseguir cambios duraderos en los pensamientos distorsionados y en las emociones negativas relacionados con el peso, la silueta y el tamaño corporal, en su sistema de valores, para construir o recuperar una identidad, que ayude a la persona a sentirse bien consigo misma, para no tener que recurrir al control/descontrol alimentario, frente a los retos y problemas que le plantea la vida.

.Este tratamiento puede ser en sesiones tanto individuales como grupales, junto a otras personas que compartan los mismos problemas, y en algunos casos, con personas de la familia : padres, hermanos, pareja, etc..

-Tratamiento Nutricional: Su principal función es aconsejar sobre hábitos saludables de alimentación, y advertir sobre el peligro de seguir dietas innecesarias, y dietas que, aunque puedan ser justificadas, no estén prescritas y controladas por un profesional sanitario competente.

-Tratamiento Farmacológico: Está dirigido a aquellas personas afectadas, que precisen fármacos en combinación con tratamiento psicológico, sobre todo en casos de BN y trastorno por atracones, o para resolver sintomatología asociada, como: depresión, ansiedad, o impulsividad.

-8.1)- Objetivos del Tratamiento.

-Realizar controles médicos para asegurar la recuperación física del paciente, controlar las conductas purgativas, las conductas de ingesta , y la actividad física.
.Lograr que la persona tome conciencia del padecimiento del trastorno, para aumentar la adherencia al tratamiento.
.Mejorar las relaciones personales, sociales y familiares, y finalmente lograr la autonomía y curación.

-9)- Véase También.

- [Alimentación.](#)
- [Dieta.](#)
- [Dietética.](#)
- [Dietista.](#)
- [Espectro obsesivo-compulsivo.](#)
- [Nutrición.](#)
- [Nutriología.](#)
- [Obesidad.](#)

-10)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Casanueva, Esther (2008). *Nutriología Medica*. México: Medica Panamericana. pp. 128-129.
2. [Volver arriba ↑](#) Soutullo Esperón, César (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Medica Panamericana. pp. 181-194.
3. [Volver arriba ↑](#) Salcedo Meza, Concepción (2002). «¿Como vez?». *La adicción por la delgadez* (2).
4. [Volver arriba ↑](#) Baile, José; Raich, Rosa María; Garrido, Emilio (2003). «Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes : efecto de la forma de administración de una escala.». *Anales de Psicología* 19 (2).
5. [Volver arriba ↑](#) Borda, Mercedes; et. al (2009). «). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes : eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año». *Revista de Psicología conductual* 2009 17 (3): 499-521.
6. [Volver arriba ↑](#) [CIE-10 electrónica, versión en español 1.0 - 01/05/2010.](#) Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
7. [Volver arriba ↑](#) Lowe, Michael; Witt, Grossman (2013). [Dieting in bulimia nervosa is associated with increased food restriction and psychopathology but decreased binge eating](#) (pdf) (en inglés). ELSEVIER.
8. [Volver arriba ↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g](#) Satherley R, Howard R, Higgs S (2015 Jan). «Disordered eating practices in gastrointestinal disorders». *Appetite* (Revisión) 84: 240-50. doi:10.1016/j.appet.2014.10.006. PMID 25312748.
9. [Volver arriba ↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g](#) Bern EM, O'Brien RF (2013 Aug). «Is it an eating disorder, gastrointestinal disorder, or both?». *Curr Opin Pediatr* (Revisión) 25 (4): 463-70. doi:10.1097/MOP.0b013e328362d1ad. PMID 23838835. «it has become clear

that symptomatic and diagnosed celiac disease is the tip of the iceberg; the remaining 90% or more of children are asymptomatic and undiagnosed.(...) Several case reports brought attention to the association of anorexia nervosa and celiac disease.(...) Some patients present with the eating disorder prior to diagnosis of celiac disease and others developed anorexia nervosa after the diagnosis of celiac disease. Healthcare professionals should screen for celiac disease with eating disorder symptoms especially with gastrointestinal symptoms, weight loss, or growth failure.(...) Celiac disease patients may present with gastrointestinal symptoms such as diarrhea, steatorrhea, weight loss, vomiting, abdominal pain, anorexia, constipation, bloating, and distension due to malabsorption. Extraintestinal presentations include anemia, osteoporosis, dermatitis herpetiformis, short stature, delayed puberty, fatigue, aphthous stomatitis, elevated transaminases, neurologic problems, or dental enamel hypoplasia.»

10. [Volver arriba ↑](#) Volta U, Caio G, De Giorgio R, Henriksen C, Skodje G, Lundin KE (Jun 2015). «[Non-celiac gluten sensitivity: a work-in-progress entity in the spectrum of wheat-related disorders](#)». *Best Pract Res Clin Gastroenterol* (Revisión) 29 (3): 477-91. doi:10.1016/j.bpg.2015.04.006. PMID 26060112. «Among psychiatric disorders, a minority (6%) of patients with NCGS showed a previous clinical history of eating behavior abnormalities. *NOTA: NCGS = non-celiac gluten sensitivity (sensibilidad al gluten no celíaca)*».
11. [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Quick VM, Byrd-Bredbenner C, Neumark-Sztainer D (1 de mayo de 2013). «[Chronic illness and disordered eating: a discussion of the literature](#)». *Adv Nutr* (Revisión) 4 (3): 277-86. doi:10.3945/an.112.003608. PMC 3650496. PMID 23674793.
12. [Volver arriba ↑](#) fuente requerida.

-11)- Bibliografía.

- [Trastornos alimenticios o psicopatologías alimentarias](#) Por Gisele Amaya Dal Bó.
- Educación para la Salud, Editorial “El Ateneo”.
- Enciclopedia Océano Color, Editorial Océano.
- Diccionario enciclopédico “Nuevo Pequeño Larousse Ilustrado”.
- Adolescentes: trastornos de alimentación. María Rosario Trinidad Ayela Pastor. Editorial Club Universitario.
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Currícula Prof. Barmaimon, Enlaces.
1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-12)- Enlaces Externos.

- [Plataforma de Evaluación UZ - Universidad de Zaragoza - Test SCOFF sobre conducta alimentaria](#)

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastornos de la conducta alimentaria&oldid=94278132](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastornos_de_la_conducta_alimentaria&oldid=94278132)»

- Esta página fue modificada por última vez el 13 octubre de 2016 a las 00:16.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro

-PARTE X- VÉASE TAMBIÉN.

- [Alimento.](#)
- [Cultura Lloleo #Dieta.](#)
- [Dietista/nutricionista.](#)
- [Imagen corporal.](#)
- [Nutrición.](#)
- [Producto milagro.](#)
- [Trastorno alimentario.](#)
- [Dietética.](#)
- [Trofología.](#)
- [Nutriología.](#)

-PARTE XI- REFERENCIAS.

1. [Volver arriba ↑](#) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: *Healthy diet. Promoting a healthy diet through counselling in primary care.* Barcelona: SEMFYC, 2005.
2. [Volver arriba ↑](#) J. A. Pinto, y A. Carbajal: [La dieta equilibrada, prudente o saludable.](#) Nutrición y Salud 1. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid, 2006.
3. [Volver arriba ↑](#) CVC. Atapuerca. [El caso de canibalismo más antiguo conocido en la historia de la humanidad](#)
4. [Volver arriba ↑](#) Fundación Atapuerca
5. [Volver arriba ↑](#) M. F. Teaford, y P. S. Ungar: «Diet and the evolution of the earliest human ancestors», en [Proceedings of the National Academy of Sciences, 97 \(25\): 13506–13511, 2000.](#)
6. [Volver arriba ↑](#) C. Martínez y A. Rodríguez: «Influencia de la alimentación en el comportamiento humano a través de la historia», en *Offarm*, 21 (7): 80-88, 2002.
7. [Volver arriba ↑](#) J. Salas-Salvadó: *Nutrición y dietética clínica.* Barcelona: Masson, 2008; [ISBN 978-84-458-1843-5.](#)
8. [Volver arriba ↑](#) [Dieta Baja en Fibra/Baja en Residuos](#)
9. [↑ Salta a: ^a ^b](#) V. Dapcich, G. Salvador, L. Ribas, C. Pérez, J. Aranceta y Ll. Serra-Majem: *Guía de la alimentación saludable..* Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 2004.
10. [Volver arriba ↑](#) «[Position of American Dietetic Association: vegetarian diets](#)», en la revista *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (11): 1317-1321, 1997.
11. [Volver arriba ↑](#) American Dietetic Association and Dietitians of Canada: «[Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: vegetarian diets](#)» en la revista *Journal of the American Dietetic Association*, 103 (6): 748-765, 2003.].

-PARTE XII - BIBLIOGRAFÍA.

- Fischler, C.: *El (h)omnívoro (el gusto, la cocina y el cuerpo)*. Barcelona: Anagrama, 1995. [ISBN 978-84-339-1398-2](#).
- Harris M.: *Bueno para comer*. Madrid: Alianza, 2002. [ISBN 978-84-206-3977X](#).
- -37 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON:
- -. Alcance Gratuito , de 37 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son:
- . LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]). .(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
 - .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
 - .Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno,; y
 - . Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) .
 - Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos:
 - .Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica Anestesia, Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación;
 - . Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud;
 - .Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y

- .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martin. Aspectos de su Salud.(2012).1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.
- Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
 - .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
 - .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo.
 - . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
 -
- Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-
- Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
 - . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;
 - . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
 - .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. 1ªEd. Virtual, B.V.S.
 - . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
- Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
 - . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos; y
 - . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
 - . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
- -Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:

- .Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;
- .Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar
- .Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.
- .Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 3 Tomos:
 - .Tomo I: República Francesa.
 - .Tomo II : Reino de España.
 - .Tomo III: Reino Unido.
 - .Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía..1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:
 - .Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.
 - . Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.
 - - Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.
 - - Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
 - Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
 - Romo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.

BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- -Barmaimon, Enrique: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962.

-PARTE XIII- CURRÍCULO PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON.

- Relación 36 Libros publicados del Prof. Dr. Enrique Barmaimon en Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U.

- .(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - Email: henribar204@gmail.com; henribar@multi.com.

-Enrique Barmaimon B.:



Prof. Dr. Enrique Barmaimon...Jefe Departamento Centro Quirúrgico, Anestesia e Intensivo del Hospital Universitario U.P.C.H.-Lima. Perú.

-Curricula: Dr. ENRIQUE J. BARMAIMON B.

Nacido en enero de 1931, en Montevideo, Uruguay.

Se graduó en 1960 en la UDELAR.

-1950. Profesor Ayudante Clase Histología y Embriología Facultad. Medicina UDELAR.

-1952. Practicante Externo MSP.

-1954. Practicante Interno MSP.

-1956. Anestesiólogo MSP, H. Clínicas, CASMU, Asociación. Española, Banco de Seguros del Estado y otros.

-1956. Jefe Anestesia Hospital Pasteur MSP. Montevideo. Uruguay.

 **1956. Cirugía Cardiovascular:** En Uruguay, en el Hospital de Clínicas, el equipo de Cardiología conformado por: cirujanos: Roberto Rubio, Juan Carlos Abó y Anibal Sanginés; anestelistas: Walter Fernández Oria, Leon Chertkoff y Enrique Barmaimon; y cardiólogos Orestes Frianda y Jorge Dighiero, comenzaron la Cirugía Cardíaca a cielo abierto, por hipotermia.

 **1956. Desarrollo de problemas comunes:** En Uruguay, Barmaimon desarrolló junto con el Prof. Larghero, Guaymirán Ríos y Leon Chertkoff : nuevas conductas, como fueron: la cirugía y la anestesia de urgencia, la organización de las salas de operaciones y la central de esterilización, el uso del equipamiento, la aplicación operatoria y postoperatoria de los cuidados especiales necesarios, la preparación operatoria, los nuevos métodos, técnicas y equipos anestésicos, los cuidados postoperatorios, la transfusión de sangre y la reposición de líquidos, la preparación de equipos plásticos de venoclisis estériles por el Laboratorio Rainbow, de la historia anestésica e intensiva, de los Manuales de Organización y Funciones, de la intensificación de cuidados, de la reanimación Cardiovascularrespiratoria de Emergencia y fuera de la sala de operaciones, de la reanimación en grandes catástrofes, del traslado de enfermos graves; hasta que las circunstancias nos separaron a los cuatro, unos años más tarde. También ejecutaron, estas innovaciones Barmaimon y Chertkoff, con sus cirujanos actuantes, que han sido descritas extensamente en el libro.

 **1958. Cirugía Cardiovascular:** En Uruguay, el equipo cardiovascular del Hospital de Clínicas, después de la visita del cirujano sueco Crawford, con su anestesta Norlander y su instrumentista, que operaron algunos enfermos; se comenzó a realizar la cirugía extracorpórea a cielo abierto; actuando además como perfusionista Orestes Frianda.

 **1958. Sala Cuidados Intensivos:** En Uruguay, con motivo de la cirugía extracorpórea, la Neurocirugía, algunos intoxicados y otros casos especiales, los anestelistas Leon Chertkoff y Enrique Barmaimon, y las nurses Illief y Silva, en la Sala de Recuperación Anestésica del Piso 16, del Hospital de Clínicas de Montevideo, comenzaron con los cuidados intensivos para estos pacientes, durante las primeras 72 horas promedialmente, dándole apoyo respiratorio, cardiovascular, nefrológico, metabólico, y homeostático, entre otros, siendo el primer lugar donde fue realizado en el Uruguay; hasta el año 1963, donde ambos doctores dejaron dicha actividad, y los demás no plantearon interés en continuarla. En 1971, recién en el Hospital de Clínicas, el 8 de agosto, fue abierta la Sala de Cuidados Intensivos.

 **1958:Nuevos métodos, técnicas y agentes anestésicos:** Los Dres. Leon Chertkoff y Enrique Barmaimon crearon un nuevo método y técnica anestésica balanceada y potencializada, teniendo presentes los siete postulados básicos de la Anestesia Moderna, que son: Hipnosis, Analgesia, Relajación Muscular, Metabolismo oxígeno- anhídrido carbónico óptimo, Recuperación inmediata conciencia, Homeostásis metabólica

adecuada, y mejores condiciones que las preoperatorias del enfermo; donde usaron: hipnóticos, analgésicos, relajantes musculares, novocaína, bloqueadores vegetativos, anestésicos inhalatorios a concentración de analgesia con vaporizador universal de Takaoka, respiración artificial mecánica con respirador de Takaoka o similares, en circuito abierto, con recuperación inmediata a su finalización, con muy buena tolerancia para el enfermo, siendo segura, económica y eficiente, que se presentó y se realizó en el Uruguay; sino que también fue difundida y enseñada en los años venideros, en otros países americanos como: Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y otros, dando cursos y demostraciones junto con los Prof. Kentaro Takaoka y Forrest Bird.

 1960- En Uruguay, el 3 de febrero se colocó el primer marcapaso exitosamente, a una joven paciente, que padecía bloqueo aurículo- ventricular, construido por el equipo de Rune Elmqvist, por el cardiólogo Orestes Frianda, el cirujano Roberto Rubio y los anestesiistas Leon Chertkoff y Enrique Barmaimon, en el Sanatorio Nº1, del CASMU, siendo el primero de su tipo realizado en Sudamérica y el mundo.

 1960. Doctor en Medicina UDELAR.

 1961. Jefe Clínica Anestesiológica, Facultad de Medicina UDELAR.

 1961. Presidente Comisiones Contralor Médico y Quirúrgico del CASMU.

 1961; **Neuroleptoanalgesia y Neuroleptoanestesia**:- En Uruguay, el Dr. Enrique Barmaimon, y en Argentina, el Dr. Luis Orestes Ceraso desarrollaron esta nueva técnica, con nuevos agentes originales el dihidrobenzoperidol y el Fentanyl, que hasta ese momento no tenían nombre comercial, haciéndose importantes estudios en los enfermos, sobre su acción farmacológica, su forma de eliminación, y de como estudiar preoperatoriamente a los enfermos que se iban a operar, con fondos proporcionados por el Laboratorio Janssen de Bélgica y Roche de Suiza; realizándose trabajos científicos que fueron presentados en 1962, en el Congreso Latinoamericano de Lima, y en 1964, en el Congreso Mundial de San Pablo; y con conclusiones presentadas a los laboratorios, donde el "Innovan" que venía usando en proporción 50 a 1, con ambos agentes, debería ser preparado por separado, para que el anestesiólogo aplicara la dosis que considerara conveniente.

 1962. Integrante de la Junta Directiva CASMU, Presidente de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, Comisión Económico Laboral del SMU, y miembro del Comité Ejecutivo Central de la Confederación Médica Panamericana.

 Título Especialista Anestesiología y Reanimación UDELAR. 1962.

 1963. Doctorado en Medicina UDELAR.

-  1963: Tesis de doctorado: Reanimación Cardiovascularrespiratoria de Emergencia:

 1963; Tesis de Doctorado del Dr. Enrique Barmaimon; Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones:

-  **Plan de Reanimación Nacional del Uruguay-Año 1962:**

1963. El Dr. Enrique Barmaimon de Uruguay, presenta en México : Carbocaina, nuevo anestésico local. Rev. Mex. Anest. Tomo XI.6.4.15.1963.

-Miembro Comité Ejecutivo CLASA.

-  Secretario de las Primeras Jornadas Médico Gremiales Nacionales realizadas en Balneario Solís, por el SMU.

-1964.  Profesor Asistente Anestesiología y Reanimación Hospital Clínicas UDELAR.

-1965. Relator: Sistemas Atención Médica y Remuneración Trabajo Médico Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, en Santiago, Chile.

-  .Secretario ad-hoc del Comité Ejecutivo Central de la Conf. Médica Panamericana en la 8ª Asamblea General y 9º Congreso Médico Social Panamericano, realizado en Lima, Perú, en abril de 1966.

-  1967. Jefe Dpto. Centro Quirúrgico (Servicios: Anestesia, Reanimación, Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico, Centro. Obstétrico, y Centro. Materiales) Hospital Universitario Universidad. Cayetano Heredia, Lima, Perú.

-  Prof. Principal Anestesiología y Reanimación UPCH (Pregrado y Posgrado.).

-  Miembro Comisión Directiva Sociedad Peruana de Anestesia.

-  1972. Delegado Colegio Médico del Perú ante MSP.

 - 1973. Comité Nacional de Especialistas, Colegio Médico del Perú.

-  1976. Comité Científico del Colegio Médico del Perú.

 - 1977. Profesor Principal de Neuroanatomía, Neurofisiología y Psicofisiología USMP, Lima, Perú.

 - USMP: Desempeñó varias jerarquías Universitarias: Decano, Director Universitario Planificación, Presidente de la Comisión de Admisión, Vicerrector Académico, Jefe Departamento Académico.

-  1979. Plan Cooperación. Técnica. Económica. Internacional Desarrollo USMP, Lima.

- . *Proyectos Programas Académicos: Medicina, Ecología, Odontología, Enfermería, Obstetricia y otros.*

- .- 1984. Libro: Tratado de Neuroanatomía Funcional - 3 Tomos.

- .1990. Medico Anestesiólogo Asociación. Española: Cirugía de Tórax, Vía Aérea y Caderas; y Sanatorio Banco. Seguros., Uruguay.

- .2002. SMU: Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay; Comisión de Asuntos Universitarios del SMU.

- . 2002. Delegado ante la Agrupación Universitaria del Uruguay (AUDU).

- . -2004. UDELAR: Comité Central Gestión, Comisión Central Presupuesto y Comisión Central Administrativa .

- -2004. Facultad de Medicina. y Hospital Universitario de Clínicas: Comisiones Presupuesto y Administrativa (por el orden de Egresados).

- .2006.Asamblea General del Claustro: delegado orden egresados medicina.

- . 2010.Comisión Elecciones Universitarias 2010: Delegado de orden de egresados.

- . 2010.Asamblea General del Claustro: Delegado de orden egresados Medicina.

- .2 010. Libro Envejecimiento.

- - 2011. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo I.

- . 2012. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo II.

- . 2012.Historia del General San Martin: Aspectos de Salud.

- . 2013. Libro Historia de la Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. Tomo III.

- . 2013.Colaboración al Libro El Chumbo Ríos: Ética, Coraje y Humanidad del Dr. Antonio Turnes.

-  2014. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo IV ..

- . 2014. Comisión de Elecciones Universitarias 2014 por Orden de Egresados a la fecha.

- . 2015. Libro Historia Grandes Guerras Europeas y Mundiales, y su Influencia sobre Evolución de Anestesia y Reanimación. Edición Virtual.

- . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
- .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
- .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo.
- . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- . BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  -2015. Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.

-  -2015. Barmaimon, Enrique. Historia Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Linguística, Antropología, Inteligencia Artificial;
 - . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
 - .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. 1ªEd. Virtual, B.V.S.
 - . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

. . 2016. -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:

- . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
- . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos; y
- . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar).

.- 2016. Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:

.Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;

.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar-

.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguay; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

- . 2016. Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 3 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas Trilogía.

.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 35 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2016. Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:

.Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.

. Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.

- Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.

- Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.

.2016. LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR).(buscar.);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2016. B.V.S. Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes

.Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación

Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;

.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno;; y

. Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) .

Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.

-Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.

-Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos:

.Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica Anestesia, Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación;

. Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud;

- .Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y
- .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martin. Aspectos de su Salud.(2012).1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.
- Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos:
- . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
- .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
- .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo.
- . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
- . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;
- . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
- .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. 1ªEd. Virtual, B.V.S.
- . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
- Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
- . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
- . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos;y
- . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
- Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:
- .Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;

.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar.

.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vazquez; Mujica; Educación Uruguay; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar).

. 2016. Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 4 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas Trilogía.

.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

 - 2016. Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:

.Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.

. Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.

- Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.

- Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.

1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

 - 2016. -Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 36 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.

1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.

BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 37 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962.

- VARIOS:

- Especialización en Planificación Universitaria y de Salud.
- Especialización en Construcción y Equipamiento Hospitalario.
- Miembro de varias Sociedades Científicas nacionales y extranjeras.
- Autor de libros y múltiples trabajos científicos: 109 trabajos y 36 Libros.
- BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Aldosterona en el Shock. Anales 3er.Congr. Mund.Anest.San Pablo.1964.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Betahipertensina. Anales 3er.Congr. Mund. Anest. San Pablo.1964.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Angiotensina Nuevo Vasopresor. Rev.Per.Anest. 2.26.964.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Bases Anatomofuncionales de la Neuropsicología. UPSMP.1982.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Bloqueadores Alfa y Beta. Función Cardiovascular y Anestesia. Soc.Per.Anest, 1969.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Carbocaina Nuevo Anestésico Local. Rev. Mex. Anest. Tomo XI ,6.4.15. 1963.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Clasificación Relajantes Musculares. Soc. Per. Anest. 1969.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Complicaciones Intraoperatorias y Postoperatorias.1ª Jorn. Med.Quirur. Huancayo.1968.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Pentazocina. Anales 4ºCongr.Per,Anest.1968.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Ketamina. Anales 5º Congr. Per. Anest.Lima.1970.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Importancia de la Diuresis en el Control Operatorio.Anales 5º Congr.Per.Anest, Lima, 1970.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Accidentes y Complicaciones Operatorias. Rev.Viernes Médico 22.2.190. Mayo 1971.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Farmacología del Dolor. Symposium Winthrop del Dolor. Lima.1972.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Drogadicción y Alcoholismo.UPSMP.1982. -BAR

- 5to. Congr. Per. Anest. 1970.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Infiltración del Ganglio Estrellado, Tesis de Especialista, U.N.U., 1962.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Innovan en Anestesiología, Anales 7mo. Congr. Lat. Amer. Anest. Montevideo, 1964.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Novocaína en Anestesia General, Actas, Per. Anest. 6-1-19, 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Nuevos Conceptos en la Valoración Clínica Preoperatoria, 2do. Congr. Med. Cir. Seg. Social, Lima, Febrero 1971.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Ocho Reglas para Interpretar el Sistema Nervioso, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Organización del Sistema Nervioso, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Paro Cardíaco, 1ra. Jorn. Med. Quir. Pucallpa, Dic. 1971.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Cortical, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Medular, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Subcortical, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Preparación Psíquica Embarazada, Symposium U.P.C.H. 1970.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propenidida, Evaluación Clínica, Anales 8vo. Congr. Lat. Amer. Anest. Caracas, 1966.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propanidida-Velium en Anestesia Balanceada, Anales 4to. Congr. Per. Anest. 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propiedades Fisiológicas de los Sistemas de Integración, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Reanimación Cardiovasculoespiratoria de Emergencia, Tesis de Doctorado U.N.U. Montevideo, 1963.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Reanimación de Emergencia, Anales 3er. Congr. Per. Anest. Lima, 1966.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Relajantes Musculares, Soc. Per. Anest. 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Respiración Artificial por Métodos Instrumentales Simples, especialmente con Aire Ambiente; 2da. Jorn. Riopl. Anest. Montevideo, 1962.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Actividad Nerviosa Superior, U.I.G.V., 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Neuroanatomía, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas Neurofisiología, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Psicofisiología, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Síndromes Neuropsicológicos, UPSMP, 1982.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Sistema de Activación Reticular, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Uso Vasopresores en Anestesia y Shock, Anales 3er. Congr. Per. Anest. Lima, 1966.

- Asistencia a múltiples Congresos Internacionales.

Por ello, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay le confiere la Distinción Sindical al mérito gremial, docente, científico y en el ejercicio profesional.2004.

-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [dieta \(alimentación\)](#).

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Dieta_\(alimentación\)&oldid=84507769](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Dieta_(alimentación)&oldid=84507769)»

- Esta página fue modificada por última vez el 18 octubre 2016 a las 19:16.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.
- [Contacto](#).
- [Política de privacidad](#)
- [Acerca de Wikipedia](#)
- [Limitación de responsabilidad](#)
- [Desarrolladores](#)
- [Declaración de cookies](#)
- [Versión para móviles](#).

0 0 0 0 0 0 0

