

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS EN
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD PROFUNDA DE LA CLÍNICA DEL ORIENTE:
CORPORACIÓN PARA LA SALUD MENTAL

FRANCY JAZMIN GIRALDO LÓPEZ

MANUELA VALENCIA RAMIREZ

TATIANA PÉREZ MIRA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

RIONEGRO

2020

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS EN
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD PROFUNDA DE LA CLÍNICA DEL ORIENTE:
CORPORACIÓN PARA LA SALUD MENTAL

FRANCY JAZMIN GIRALDO LÓPEZ

MANUELA VALENCIA RAMIREZ

TATIANA PÉREZ MIRA

Trabajo de grado

Adriana María Quinto Cumplido

Nutricionista y Dietista

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

RIONEGRO

2020

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado:

Firma del jurado:

Rionegro, Enero de 2020

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios por ser la fuerza que nos impulsa a seguir adelante.

A nuestra familia, por su apoyo, amor, trabajo y sacrificio en todo este tiempo, sin ellos no sería posible llegar a donde ahora estamos.

A nuestra asesora, por creer y confiar en este trabajo, por amar la docencia y demostrarnos que podemos alcanzar todos nuestros anhelos.

AGRADECIMIENTOS

Son incontables las personas que deberían nombrarse en esta sección del trabajo, por ayudar incondicionalmente en el desarrollo del mismo y a lo largo de nuestra formación como profesionales.

Agradecemos a Dios por bendecirnos con el regalo más grande, la vida, por ser la guía y el motor permanente de ella, gracias a Él, este trabajo se realiza.

A la familia, por el apoyo y amor incondicional, son el pilar fundamental de la vida, celebran logros y soportan tropiezos, los cuales contribuyen a mejorar personal y profesionalmente.

A los docentes de la Universidad Católica de Oriente en el programa de Nutrición y Dietética, quienes nos forjaron en carácter, compartieron sus conocimientos y experiencias en las diferentes asignaturas para formar verdaderos profesionales, a todos ellos, infinitas gracias.

De manera muy especial, a nuestra asesora Adriana María Quinto Cumplido, quien desde el primer momento decidió apoyar, confiar y creer en este trabajo. Agradecemos todos los conocimientos compartidos y sentimientos de amistad que han trascendido las relaciones académicas, y a su vez la actitud crítica que ha tenido frente al presente trabajo, para mejorar lo necesario.

A la “Clínica de Oriente: Corporación para la Salud Mental”, por abrir sus puertas a la propuesta, de manera muy especial a la Nutricionista Dietista Eliana Arango Echeverri, quien en cada visita ha estado dispuesta a ayudar, apoyar y brindar recomendaciones a este trabajo para llevarlo a cabo.

Infinitas gracias a todos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	22
Objetivo general:	22
Objetivos específicos:	22
MARCO TEÓRICO	23
¿QUÉ ES EL CUIDADO?	23
EL CUIDADOR	24
¿Quién es el cuidador?	24
Rol del cuidador	26
Formación del cuidador	27
CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)	28
La DI límite y leve	28
DI moderada	28
DI severa y profunda	29
CONDICIONES	29
Hiperfagia:	29
Autismo:	29
Epilepsia:	29
Discapacidad cognitiva:	30
Diabetes	31
Síndrome de Down:	31
Trastorno afectivo bipolar:	31
Psicosis:	31
Hipoacusia:	31
Parálisis cerebral:	31
Disfemia:	32
Hemiparesia:	32
Enfermedad renal:	32

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES CON DI	32
Reflujo gastroesofágico RGE:.....	32
Obstrucción intestinal:.....	32
Estreñimiento:	33
Pica:.....	33
Rumiación o mericismo:.....	33
DEFINICIONES	33
Alimentación saludable.....	33
Nutrición	34
Nutrientes.....	34
Carbohidratos	35
Proteínas	35
Grasas.....	35
TIPOS DE DIETAS	35
Dietas desequilibradas:.....	35
Dietas progresivas	36
Dietas con control de energía	37
TÉCNICAS NUTRICIONALES	40
Hábitos en la mesa	40
Pautas para comer bien	40
Medidas posturales	41
¿Qué hacer antes de cada comida?.....	42
Consistencia	45
Masticación.....	46
Maniobras facilitadoras.....	47
Recomendaciones nutricionales para condiciones especiales.....	48
Recomendaciones nutricionales en complicaciones gastrointestinales.....	52
METODOLOGÍA	55
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES.....	64
ANEXOS.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

TABLA DE ILUSTRACIONES

GRAFICAS

Grafica 1: Estado nutricional de las personas en situación de discapacidad de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2	19
Grafica 2: Tiempo de experiencia de los formadores en la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2	58
Grafica 3: Contratiempos al momento de suministrar alimentación a los pacientes con discapacidad profunda de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, según los formadores en el 2019-2	59
Grafica 4: Beneficios de una correcta masticación según los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2	60
Grafica 5: Porcentaje de formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, que fueron capacitados para alimentar a pacientes con discapacidad profunda, en el 2019-2	62

TABLAS

Tabla 1: Recomendaciones nutricionales en Autismo	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2: Comportamiento sociodemográfico de los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2	57
Tabla 3: Cantidad de veces que se debe masticar los alimentos según los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2	58

INTRODUCCIÓN

En la década de los 80, la lucha constante de la humanidad, que buscaba hacer respetar los derechos del hombre, ha repercutido en el tema de la discapacidad. La modificación necesaria de conceptos y paradigmas y la importancia que han adquirido en el desarrollo que se ha dado en Colombia, han sido algunos de los impactos que ha tenido el tema en nuestro país, que no es ajeno a estos cambios. (DANE, 2004).

La discapacidad es considerada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como "un concepto que evoluciona. La discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias de recursos y las barreras que se les imponen, estas debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Minsalud, s.f.).

Actualmente, una cantidad considerable de colombianos se ven afectados por esta situación, además de las repercusiones que incluye en cuanto a espacios territoriales, impactos culturales, jurídicos., sociales, económicos y del desarrollo social. (DANE, 2004). El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2010, reportó 857.123 casos de discapacidad en Colombia; de los cuales 161.605 son niñas, niños y adolescentes (DANE, 2010).

En el Oriente de Antioquia existe una institución privada, sin fines económicos, llamada: "Clínica del Oriente: corporación para la salud mental", esta institución inició en la década de los 50. El proyecto inició en una finca de nombre "La Palestina", ubicada en la Vereda San Miguel en jurisdicción del municipio de La Ceja, la cual inicialmente fue donada por sus dueños finales, a la

curia y posteriormente vendida al municipio de Medellín con el fin de beneficiar a niños y jóvenes de bajos recursos. (Clinica del Oriente, s.f.).

En enero del 2009 nace la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, como resultado de las crecientes necesidades en el departamento en cuanto al tratamiento de la Enfermedad Mental, en el municipio de La Ceja, se sella el contrato teniendo como propósito la unión de acciones, infraestructura y conocimientos encaminados a desarrollar diferentes actividades para atender a personas de recursos económicos limitados, entre ellos jóvenes y niños con enfermedades psicológicas y psiquiátricas que requieran de atención de manera integral en salud mental. (Clinica del Oriente, s.f.).

La clínica brinda servicios especializados en salud mental y rehabilitación a personas drogodependientes; así como la atención a personas y sus familias, desde un modelo integrador y solidario. La clínica lleva a cabo su labor con sentido humano, contando con personal comprometido en la realización de procesos administrativos y clínicos, los cuales ya han sido bien definidos con el propósito de facilitar al máximo actividades cotidianas de las personas que allí se atienden. (Clinica del Oriente, s.f.).

En la Clínica se prestan servicios variados como: terapia familiar, nutrición, internado, neuropsicología, psiquiatría, psicología, fisioterapia, farmacéutico, fonoaudiología. En el momento la Clínica tiene 3 sedes que se ubican en El Carmen de Viboral “Santa Ana”, esta sede aloja 145 usuarios; en La Ceja hay otra sede “La Palestina” que alberga 169 usuarios y en el Municipio de Rionegro está la sede “Correspondencia”, es un consultorio que atiende pacientes de manera particular en servicios de psicología y psiquiatría (Clinica del Oriente, s.f.).

Los discapacitados tienen derecho a una atención integral que valore su estado nutricional para intervenir posibles problemas asociados a su condición de discapacidad. Esta valoración e intervención, debe depender y adaptarse a cada paciente según el tipo de alteración que tenga. (ICBF, 2016).

Este trabajo se desarrolló en varias sesiones: la primera de estas evidenció algunos antecedentes del problema, seguidamente se plantea dicha problemática y luego esta se justifica; a continuación, se fijan una serie de objetivos que planean ser alcanzados con el desarrollo de este proyecto; la segunda de las sesiones enmarca el tema del trabajo, encontrando entonces 8 subtemas que contienen la información necesaria para tratar de dar solución al problema inicialmente planteado. La tercera sesión del trabajo, describe la metodología que se utilizó, los resultados obtenidos de la investigación realizada y finalmente se encuentran las conclusiones y las referencias bibliográficas.

El objetivo de este trabajo es plantear estrategias que permitan mejorar el estado nutricional de las personas en situación de discapacidad de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental.

ANTECEDENTES

“La discapacidad es todo un complejo de interacciones sociales, cognitivas y corporales que hace referencia a las deficiencias anatómo-fisiológicas del ser humano, y las dificultades para ejecutar actividades de la vida diaria que restringe su rol social (OMS, s.f)

El Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, creó e implementó en el año 2016 un Manual de Atención Preferencial que tiene como objetivo garantizar una adecuada y oportuna atención integral en salud, así como un trato cordial a personas discapacitadas; enfermos mentales; víctimas de la violencia, del desplazamiento y del conflicto armado; reclusos(as); personas con enfermedades huérfanas; embarazadas; niños(as), adolescentes y adultos mayores.

El Manual plantea estrategias encaminadas al logro de su objetivo, que van desde un saludo ameno y cordial en las porterías del Hospital ofreciendo ayuda y orientación a los usuarios hasta instalaciones aptas y adecuadas; atención oportuna y eficiente y comunicación asertiva y cordial en los servicios de: urgencias, consulta externa, laboratorio, área de hospitalización y atención al usuario. (Hospital, Santa Sofía, 2016)

En Madrid, España, en el año 2016, se realizó un estudio denominado “Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual”, que buscaba entender las prácticas nutricionales, examinar el funcionamiento de la formación nutricional y valorar la probable mejoría, incluyendo prácticas físicas y nutricionales a los pacientes con discapacidad intelectual; encontraron que la alimentación fue inadecuada en la mayoría de los individuos, con una prevalencia de obesidad mórbida, y, asimismo, cuando se intervino la

población, realizando talleres de educación nutricional y de ejercicio, se obtuvieron cambios significativos para prevenir la obesidad y mejorar la salud (Mauro, y otros, 2016).

Otro estudio se llevó a cabo en Madrid, España, en el año 2016, llamado “Nutrición y actividad física en personas con discapacidad intelectual”, el cual quería averiguar las costumbres nutricionales de un conjunto de discapacitados madrileños, y observar la validez de enseñanzas en temas de nutrición, para posteriormente indagar y revisar si habían resultados positivos al incluir actividad física y cursos nutricionales encontrando así, que la alimentación del grupo en cuestión no fue adecuada, sino hasta que se implementaron las propuestas anteriormente mencionadas (Mauro, y otros, 2016).

En Argentina, en el año 2015, se hizo un estudio titulado “Exceso de peso y discapacidad en las personas mayores de la Argentina”, con el cual se pretendía evaluar el vínculo que hay entre el diagnóstico de la discapacidad y la ganancia acelerada de peso en adultos en el país mencionado, y analizar que tanto o qué tan poco puede influir un factor protector determinado que minimice el impacto de la ganancia de peso sobre la disminución de capacidades de función en adultos mayores argentinos. Los resultados indican que hay efectos positivos sobre la discapacidad, la obesidad y el sobrepeso. (Monteverde, 2015).

Asimismo, en la Universidad de Alicante, España, en el año 2014; se realizó una tesis doctoral denominada “Hábitos dietéticos y problemas alimentarios y nutricionales en personas adultas con discapacidad intelectual leve-moderada”, con el que se buscaba indagar y analizar fallas nutricionales y alimentarias en personas diagnosticadas con discapacidad cognitiva, con el que se halló que en estas personas hay un inadecuado consumo en gran parte de los grupos de los alimentos, además, de un rechazo a ciertos alimentos como las verduras y legumbres (Perez, 2014).

Por otra parte, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2011, se realizó un estudio llamado “Prevalencia de malnutrición en pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados”, cuyo finalidad era diagnosticar la prevalencia de malnutrición en personas con discapacidad intelectual (DI) que se encuentran internados en hospitales, clínicas o centros de salud; se encontró una relación importante entre la ingesta y el gasto calórico en adultos con DI, sin olvidar sobre todo, las condiciones de vida de estas personas y los posibles desórdenes alimentarios ligados al tipo de DI. (Bronberg, Alfaro, Bejarano, & Dipierri, 2011).

En Medellín, Colombia, en el año 2010, se hizo un estudio denominado “La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista”, pretendía identificar las particularidades acerca de la alimentación de niños diagnosticados con parálisis cerebral, así como su estado nutricional. El objetivo, era instruir a sus cuidadores -con consejos que ayuden a mejorar la actuación en este grupo. La succión, masticación, deglución y respiración, son funciones afectadas por la parálisis cerebral, viéndose afectadas de manera directa la alimentación y de manera consecuente la nutrición de los niños con este diagnóstico. (García & Restrepo, 2010).

Igualmente, en Brasil, Rio de Janeiro, en el 2009; un estudio titulado “Características antropométricas y nutricionales de personas con discapacidad mental”; querían inquirir y evaluar medidas antropométricas y datos nutricionales de un grupo de discapacitados mentales, buscando determinar el índice de masa corporal y los hábitos alimentarios, relacionándolos con el grado de obesidad, el sexo y la edad. Lo encontrado arrojó que gran parte de las personas pertenecientes al grupo tenían un índice de masa corporal fuera de los rangos normales; hábitos alimentarios inadecuados y eran mujeres. Sin embargo, se concluyó que no hay una relación importante entre el género y el índice de masa corporal; ni del género con la calidad de los hábitos alimentarios. (Silva & Silva, 2009).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“En el mundo, una de cada tres personas sufre algún tipo de malnutrición. No es que el hambre afecte a la gente de los países pobres, o que la obesidad sea un problema para las personas en los países ricos: es que la malnutrición, en todas sus formas, es un problema global” (Graziano, 2016). Los más afectados por la problemática son los niños y jóvenes, quienes sufren consecuencias como retraso en el crecimiento y desarrollo personal.

Las defensas para combatir diferentes enfermedades, disminuyen en aquellos que sufren de desnutrición, enfermado entonces con mayor frecuencia y requiriendo mayor tiempo para lograr una completa recuperación. La falta de nutrientes es especialmente perjudicial en niños, pues los vuelve aún más inmunes frente a enfermedades infecciosas y trastornos cognitivos y físicos. (FAO, 2014). A esta situación no es ajena la población con discapacidades diversas, por el contrario, el panorama de la malnutrición se vuelve incluso más recurrente y con mayores repercusiones a causa de las diferentes dificultades que impiden una alimentación normal.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), dice que una décima parte de los discapacitados en el mundo se encuentra en América. (ICBF, 2016). Además, estima que más de 1000 millones de personas en el mundo tiene algún tipo de discapacidad y que la cifra puede incrementarse a causa del envejecimiento de la población y de la aparición constante de enfermedades crónicas.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud), registró en junio de 2018 1'404.108 personas con discapacidad en el país, 809.853 de ellas son mayores a 50 años, mientras que 171.175 son menores de edad, y el 704.160 son de género masculino; (728.892) de

las personas con discapacidad residen en Bogotá (285.392), seguido por Antioquia (177.992), Valle del Cauca (124.541), Santander (81.789) y Nariño (59.178). (MSPS, 2018). En Antioquia, específicamente, la tasa de personas con discapacidad es de 2.660 por cada 100.000 habitantes.

Algunos problemas asociados a la discapacidad, son dificultad para ejecutar acciones de succión, deglución, masticación y respiración. Estas complicaciones asociadas, pueden conducir a desnutrición al afectar el proceso de alimentación y nutrición, además de aumentar el riesgo de broncoaspiración y el tiempo de consumo de los alimentos. (ICBF, 2016) Entre estas, hay algunas complicaciones en las que se dificulta una intervención debido a que son inherentes al tipo de discapacidad, pero, existen otras muy importantes que se pueden corregir por parte de los cuidadores al momento de brindar alimentación a esta población para evitar y/o disminuir las situaciones por las que se presenta cualquier tipo de malnutrición, en este caso en las personas en situación de discapacidad de la Clínica de Oriente.

Es bien sabido que la población en situación de discapacidad en sus diversas formas, ha sido invisible ante la sociedad durante largo tiempo, pues hasta hace algunos años, se les había subestimado a tal punto de encasillarlas como “fenómenos” y a quienes incluso se encadenaba y encerraba en sus casas para que no tuviesen contacto con el mundo exterior. Este mismo pensamiento llevaba a sus familiares y cuidadores a creer que al ser personas que no serían productivas en la sociedad, no requerían por tanto cuidados en ningún aspecto y era poco importante su salud física, psicología y emocional.

La concepción errónea que se tenía de la persona discapacitada provocó en la sociedad un desinterés total por informarse en el porqué, cómo y cuándo se debían atender y cuidar a las personas con esta condición, lo que ha ocasionado incluso hasta este nuevo siglo una

desinformación de tal magnitud, que dificulta en gran medida la garantía del bienestar en el discapacitado, incluso para los profesionales del sector salud.

Fue hasta hace poco que se inició con la investigación acerca de las técnicas más adecuadas para el cuidado de esta población y que se empezó a dar importancia a su salud integral, involucrando entonces a diferentes actores y profesionales que lograran un abordaje holístico de la persona en situación de discapacidad. Uno de estos involucrados es el cuidador temporal o permanente del paciente, quien vela por mantenerlo en condiciones óptimas en cuanto a higiene, alimentación y seguridad.

Constantemente se capacita a dichos cuidadores en cuanto a cuidados de higiene; primeros auxilios; y qué hacer para prevenir o reaccionar ante accidentes o posibles complicaciones, pero no se les provee información en pautas alimentarias, lo que ocasiona una serie de errores al momento de la alimentación, que en la mayoría de ocasiones terminan repercutiendo en el estado nutricional del paciente discapacitado.

La desinformación en todo lo que respecta a la alimentación de los pacientes con discapacidades diversas es un problema que requiere sin duda intervención inmediata. La alimentación así como otros aspectos que intervienen en la salud del paciente, juega un papel importante en el mantenimiento de su bienestar, pues de llevarse correctamente garantiza un adecuado estado nutricional del mismo y evita a su vez complicaciones desde su estado de salud (estreñimiento, reflujo gastroesofágico, diarrea, etc) hasta su estado anímico (estrés, ansiedad, depresión, etc)

Los cuidadores deben por tanto, estar capacitados e informados acerca de las técnicas y estrategias que posibiliten una adecuada nutrición, sin dejar de lado las diferentes situaciones que

pueden complicar el proceso de la alimentación; así como de los tipos de dietas que se suministren a los pacientes dependiendo del tipo de discapacidad con el que han sido diagnosticado (información que necesariamente deben tener interiorizada para cuidar de manera idónea a su paciente). La creación de manuales que guíen el actuar de los cuidadores en cuanto a la alimentación finalmente resultará en un mejoramiento del estado de salud y bienestar del discapacitado e indirectamente contribuirá en el cumplimiento de sus derechos

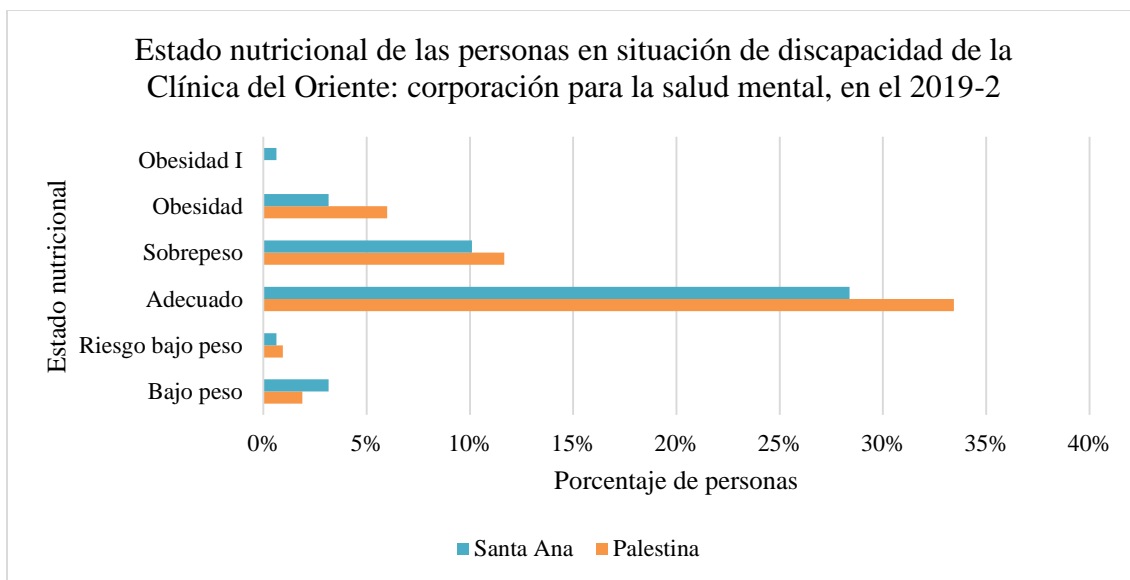
La clínica de Oriente, como se había mencionado anteriormente, cuenta con tres sedes, una de ellas es el consultorio de ayuda psicológica y psiquiátrica en el municipio de Rionegro; otra ubicada en el municipio de La Ceja, sede La Palestina y la otra en El Carmen de Viboral, sede Santa Ana, en esta última se encuentran los casos de discapacidad profunda, los cuales requieren de un cuidador o formador para suministrar los alimentos constantemente.

En Santa Ana actualmente hay 15 formadores los cuales deben estar pendientes de las personas con discapacidad especial y profunda, a la mayoría de estos se les debe suministrar los alimentos o “cucharear”.

JUSTIFICACIÓN

La Dra. Adriana Fernández, del Hospital de niños de la Plata (Buenos Aires, Argentina), señala que, en la población de personas con discapacidad, es común encontrar casos de malnutrición e ingesta inadecuada que se deben principalmente a la incapacidad para comunicar hambre, saciedad, preferencias o rechazos. Además, se sobreestima la ingesta del niño o joven y se subestima el tiempo que requiere la alimentación, expone Fernández en 2014.

En la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, se registran en el segundo semestre de 2019: 16 casos de Bajo peso (5%), 5 casos de Riesgo de bajo peso (1,6%), 69 casos de Sobrepeso (21,8%), 31 casos de Obesidad (9,8%). De esta información se puede deducir que de un total de 317 niños hay 121 casos de malnutrición, los que representan al 38% del total de los pacientes; el 62% de pacientes restantes se encuentran en un estado nutricional adecuado, como se puede observar en la *Grafica 1*.



Grafica 1: Estado nutricional de las personas en situación de discapacidad de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2

Al ser personas que tienen dificultad para ejecutar una alimentación de manera normal y que requieren nutrientes en cantidad especial, es importante que los cuidadores y personal de la institución en que se encuentran estén capacitados en técnicas nutricionales y en métodos que favorezcan el aprovechamiento en las actividades de la clínica. Al poner en práctica adecuadas técnicas de alimentación y nutrición y rendimiento se logra una mejor salud en el paciente, que luego se traduce en una mejor salud que disminuye indudablemente la frecuencia de hospitalizaciones y de padecimiento de complicaciones como estreñimiento, reflujo gastroesofágico, obstrucción intestinal, entre otros.

De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud invita a los países a crear políticas que guíen el mantenimiento rastreo y seguimiento de la población en mención. De esta manera, se facilita la ejecución de tareas en la familia de una persona con discapacidad. “se deben generar objetivos y estrategias desde la salud, la educación, el trabajo, el bienestar familiar y social y dirigir sus acciones más al fortalecimiento de las habilidades y potencialidades del individuo que a sus carencias”. Para el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, es de gran relevancia el diseño y empleo de documentos para atender de manera adecuada y oportuna a las personas discapacitadas que contribuyan además al cumplimiento de sus derechos. (ICBF, 2016).

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta la falta de información pertinente que permita la capacitación de las personas que asisten a esta población vulnerable, el proyecto “Estrategias para mejorar el estado nutricional de las personas en situación de discapacidad profunda de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental” se realizó para guiar el actuar del personal que atiende a estas personas (tanto cuidadores, familiares, como los que allí laboran), mediante la elaboración de un manual de orientaciones técnicas nutricionales que permite dar pautas de acción técnica y profesional en la atención de las personas con diversas discapacidades, el cual pueda ser replicado y/o utilizado por otras instituciones con necesidades similares.

La creación del manual permitirá al personal cuidador implementar de forma técnica y practica las pautas e información que este contiene, lo que permitirá a corto plazo evidenciar efectos positivos en los momentos de alimentación determinados por la institución, desde el orden en la salida de los pacientes desde los cuartos: iniciando con los más ansiosos (VER ANEXO 2) y optimización del tiempo determinado para tal tarea ; hasta efectos a largo plazo como el mejoramiento del estado nutricional de los pacientes mediante una correcta masticación y deglución de los alimentos y posteriormente una mejor asimilación de los nutrientes.

Los anteriores son algunos de los beneficios que la creación y uso del manual de técnicas nutricionales tendría en la Clínica del Oriente, sin embargo, es importante mencionar otros impactos que influirán positivamente en el desarrollo de actividades en la institución y que fortalecen el cumplimiento de su misión como entidad en pro de los derechos de las personas en situación de discapacidad como población vulnerable. La guía práctica de una correcta alimentación y el orden que se debe seguir para evitar contratiempos, optimizará el tiempo que los cuidadores implementan en dicha función y evitará el posterior retraso de sus demás deberes durante el día, lo cual se traduce entonces en empleados más eficientes y eficaces.

El estado anímico de los pacientes indudablemente podría mejorar garantizándoles a todos ellos alimentación acorde a su situación como: tiempo de masticación necesaria para su condición, nutrientes necesarios para el cubrimiento de sus necesidades nutricionales y atención especial y acompañamiento al momento de consumir los alimentos. Además, hacer el acompañamiento inicialmente a los pacientes más ansiosos evitará que se disgusten y consuman con mayor calma sus alimentos, los aprovechen de manera adecuada y a su vez disminuirá el estrés que se le ocasiona a sus compañeros de cuarto.

La información contenida en el manual servirá además de guía para instituciones de salud o de cuidados a pacientes discapacitados en donde no existan protocolos y/o manuales de técnicas nutricionales, permitiendo de esta manera la recepción de información necesaria y útil a estos establecimientos; la utilización de la misma y probablemente la replicación a otras entidades con necesidades de la misma índole.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los pacientes con discapacidad de la Clínica del Oriente, por medio de la capacitación en pautas alimentarias y nutricionales del personal cuidador

Objetivos específicos:

- Determinar las técnicas de alimentación y nutrición más importantes a tener en cuenta para la atención nutricional de pacientes con algún tipo y grado de discapacidad basados en su diagnóstico nutricional actual.
- Diseñar un manual de pautas alimentarias y nutricionales para pacientes con necesidades especiales incluyendo también un anexo de guías de dietas y derivaciones para pacientes con requerimientos nutricionales especiales
- Capacitar a los formadores y cuidadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental en pautas alimentarias y nutricionales adecuadas para el cuidado de personas con discapacidad profunda

MARCO TEÓRICO

¿QUÉ ES EL CUIDADO?

El cuidado, para Heidegger es una de las dimensiones más importantes de la existencia del ser humano. Además de ser importante, afecta en gran medida la vida humana, pues tiene que ver con el cómo en la manera de relacionarse con los demás. Las personas, en el transcurrir de su vida necesitan de la presencia de otros para contribuir en su realización como personas y en su autoconocimiento. Cigoli y Scabini dicen que el cuidado es: “un comportamiento frente a la relación e impregnado de las cualidades simbólicas ético-afectivas que constituyen el sustento de los valores de relación”. El cuidado se refiere a una manera de estar en el mundo mientras se relaciona con el otro. (García M. H., 2018)

El cuidado es la atención que se nos brinda, son actos que impactan en el bienestar físico y afectivo. Se llega a estar bien consigo mismo cuando se cubren las necesidades básicas, al haber alguien que interfiere y ayuda en eso y al encontrar una estabilidad con el entorno. (García M. H., 2018)

El cuidado que se le brinda a una persona, en este caso, con discapacidad tiene como finalidad la adaptación e integración de la persona a su medio. Además, el cuidar al ser una labor que requiere compromiso, esfuerzo y sacrificio; influye directamente en el aspecto emocional, psíquico y físico de la vida personal del cuidador. (Ser cuidador, 2009)

El acto de cuidar se da cuando la persona que será cuidada tiene ciertas características: no puede realizar actividades por sí misma, tiene algún tipo de limitación, necesita vigilancia y ayuda constante por parte de un tercero. (Rivas, 2010)

EL CUIDADOR

¿Quién es el cuidador?

Es la persona que atiende, apoya y ayuda a otra en la realización de diversas tareas y actividades. La persona cuidada puede ser aquella con algún tipo de limitación, discapacidad, o incapacidad que le dificulta su relación con la sociedad y la ejecución de sus tareas y actividades cotidianas. (Reyes, 2001)

El tiempo de cuidado que brinde el cuidador, dependerá de las circunstancias en que se encuentre la persona discapacitada. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la vida social y/o familiar, tendrán modificaciones debido a la discapacidad temporal o permanente de la persona que requiere cuidados y atenciones. (DISCAPNET, 2016)

“La mayoría de las veces, es el cuidador quien tiene la responsabilidad de mantener y preservar la vida de quien está a su cuidado. Además, es el instrumento que brinda cuidados especiales a los enfermos o discapacitados”. (Rivas, 2010)

La adaptación y aprovechamiento de los discapacitados, en los ámbitos: de educación, trabajo, socialización y participación; son los objetivos principales de los cuidadores. Son ellos quienes conocen de cerca las limitaciones, demandas, necesidades y deseos, por lo cual se les facilita mucho más la promoción de la inclusión de los discapacitados. (mcgHealth, 2009)

El tema de los cuidadores ha sido estudiado en múltiples ocasiones, hay evidencias de su investigación desde su perfil, su rol, su carga laboral y emocional, habilidades desarrolladas, entre otros aspectos. Es importante ahondar en el tema del cuidador para reconocer así su importancia y

participación en el cuidado de los enfermos y discapacitados, así como su influencia directa en la recuperación de su salud, bienestar y socialización con el otro. (Rivas, 2010)

En cuanto **al quien**, el cuidador se conceptualiza en tres perfiles: cualquier persona del común que lleva a cabo esta labor; miembro de la familia que cuida a otro familiar; persona inmediatamente cercana como: amigos, vecinos, etc. Sin embargo, lo más importante al momento de designar un cuidador, es la elección de alguien que sea cercano y significativo para quien va a ser cuidado. En lo que **al qué** se refiere, es decir, la labor que le da sentido al cuidador están: a) Cuidado b) Tareas de apoyo c) Asistencia d) atención en los aspectos emocional y físico. (Rivas, 2010)

No se debe olvidar, que la salud física y mental del cuidador es igual de importante a la de la persona cuidada, pues esa influye directa e irremediamente en la atención que le brinda a quien está a su cargo. Normalmente estos cuidadores están sometidos a presión y esfuerzos poco valorados en muchas ocasiones y esto repercute entonces en su salud y la de su entorno. (DISCAPNET, 2016)

El cuidado está determinado por la precaución y dedicación al momento de ejecutar la labor. Por otra parte, la atención implica un riguroso cuidado para ejecutar cualquier tarea y en cuanto al apoyo, lo que significa gira alrededor de auxiliar, proteger y sostener al otro. Bajo estas definiciones se posibilita definir el amplio espacio sobre el cual se ubica la labor del cuidador y la dificultad de su participación en el vínculo que se crea con quien se considera vulnerable y desprotegido. Se puede decir que el actuar del cuidador se basa en tres tareas principales: la solidaridad para con la persona cuidada, las responsabilidades que implica cuidar y la intervención al momento de tomar alguna decisión. (Rivas, 2010)

Rol del cuidador

El cuidador debe tener conocimientos previos que debe haber adquirido a medida que se desempeña en su labor, este se ha preparado para un trabajo específico y debe cumplir con labores especiales que se le asignan, debe tener ciertas características, cumplir con un horario laboral y adaptarse a las necesidades y requerimientos de la persona que será cuidada por él/ella.

Funciones del cuidador:

- El cuidador debe atender las necesidades y solicitudes de la persona que es cuidada
- Debe mantener a la persona cuidada en muy buenas condiciones higiénicas, limpiarla siempre que sea necesario con el fin de evitar rozaduras si es que la persona debe permanecer mucho tiempo en cama
- El cuidador brinda la alimentación a la persona cuidada, así como mantener su espacio y entorno limpio y ordenado
- Debe suministrar los medicamentos a la persona que cuida. Además, es importante que monitoree, registre y controle su presión arterial en caso de ser necesario
- Algunos cuidadores realizan análisis si la persona está inmóvil en cama, siempre y cuando estén capacitados para tal función.
- El cuidador puede llevar a cabo terapias de rehabilitación y ejecutar cambios de postura, en caso de que el paciente cuidado esté inmovilizado
- Los traslados que se requiera realizar a hospitales, sitios ambulatorios o demás, se deben hacer en compañía del cuidador. (DISCAPNET, 2016)

Formación del cuidador

La formación y competencia personal-profesional del cuidador, relaciona 3 puntos importantes:

1. **Saber teórico:** este aspecto se relaciona con el proceso cognitivo, brinda la posibilidad de explorar un saber propio y los que le rodean, también de la profesión que desempeña y el vínculo que crea con el otro. Los estudios realizados, seminarios, cursos, comentarios de textos, lecturas, además de programas de formación técnica y profesional, constituyen la adquisición y posterior desarrollo de competencias necesarios en este punto del cuidar. (Alicia Monserrat, 2010)
2. **Saber hacer:** se relaciona con destrezas y habilidades técnicas y profesionales. En este punto intervienen la acción y la práctica, destrezas y técnicas. En este caso, el cuidador adquiere experiencia y la interioriza, a partir de casos que supervisa e interviene. En aquellos programas de formación continuada de quienes cuidan, ya sean profesionales o no, debe tenerse como objetivo general de toda formación, la ética y la filosofía, además del efecto positivo que trae el hecho de adquirir nuevos conocimientos en el cuidador y potencializarlos. (Alicia Monserrat, 2010)
3. **Saber ser:** este está vinculado con la dimensión del afecto, emociones, valores y habilidades de comunicación y relación del cuidador con el otro. Las actitudes y emociones que el cuidador tenga en situaciones determinadas, juegan un papel importante en la manera en como finalice la relación de cuidado y/o ayuda, por ello, es importante trabajar constantemente en la manera en que nacen y se controlan los sentimientos y emociones; lo

cual permitirá desarrollar y moldear la inteligencia emocional del cuidador. (Alicia Monserrat, 2010)

CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)

La DI límite y leve

La DI límite es un grupo añadido recientemente al grupo de DI. Los estudiantes, son aquellos con muchas posibilidades y capacidades, pero presentan cierto retraso en el aprendizaje, así como la DI leve o ligera: en esta última, la gran parte de casos con este tipo de DI, se detectan cuando se da el ingreso a la escuela y casi siempre a medida que aumenta la dificultad en las tareas asignadas en materias como: lectura, escritura y matemáticas. Las personas con este tipo de DI, tienen un leve retraso en áreas motrices y de percepción, pero desarrollan habilidades de comunicación, sociales y de autonomía (Paredo, 2016).

DI moderada

Los niños pertenecientes a este grupo evidencian un retraso del desarrollo, significativo en los primeros 5 años de vida, que aumenta a medida que crecen con respecto a menores sin DI. Estos pacientes tardan más tiempo en adquirir hábitos de autonomía social y personal; se les dificulta asignaturas como: lectura, escritura y matemáticas, pero pueden recibir clases en escuelas regulares, prestando especial atención a estas áreas que pueden ser tediosas. La mayoría de ellos,

deben recibir apoyo y supervisión especial, para facilitar su relación con la sociedad. (Paredo, 2016).

DI severa y profunda

Las personas con DI severa tienen un nivel de autonomía disminuido, por lo cual requieren protección y ayuda constante. Su comprensión y lenguaje oral son limitados; necesitan recibir sus clases en centros especializados para facilitar el apoyo cuando este lo requiere, pues su educación se enfoca principalmente al desarrollo de capacidades de cuidado, comunicación y autonomía personal. Lo mismo ocurre en pacientes con DI profunda: estos requieren de estos cuidados las 24 horas del día, pues son dependientes en casi todas sus actividades y funciones diarias, ya que las discapacidades físicas y cognitivas son extremas. (Paredo, 2016)

CONDICIONES

Hiperfagia: en esta condición la persona tiene un apetito exagerado que la induce a consumir más alimentos de lo necesario.

Autismo: abarca un grupo de complicaciones que afectan el neurodesarrollo que tiene sus inicios en la edad temprana y permanece toda la vida. En el autismo se presentan desordenes que intervienen en la interacción y comunicación. (Bonilla & Chaskel, 2016).

Epilepsia: es un padecimiento crónico, caracterizado por la producción de descargas eléctricas en el cerebro que desencadenan convulsiones en aquellos con el diagnóstico. Estas

convulsiones pueden ser de corta o larga duración; con presencia o no de contracciones de los músculos y pueden presentarse con frecuencia o esporádicamente. (OMS, 2019).

Discapacidad cognitiva: Se definen, según: capacidades, entorno y funcionamiento:

- Las capacidades: aspectos que hacen posible el desenvolvimiento del niño/a en la sociedad.
- El entorno: es el lugar o lugares en que el niño interactúa y socializa con los demás. El entorno se debe acoplar al niño, su edad, género y características sociales e intelectuales.
- El funcionamiento: vincula las habilidades con el medio exterior, pues cada niño o niña actúa de acuerdo a sus posibilidades en el medio en que se encuentre. (ICBF, s.f.).

La evaluación de la discapacidad cognitiva relaciona 5 aspectos:

1. Las habilidades intelectuales
2. Las habilidades para desempeñarse en la vida cotidiana
3. Las habilidades sociales:
4. La salud física y mental
5. El contexto.

Al igual que las demás personas, aquella diagnosticada con discapacidad, tiene sentimientos que se deben tener en cuenta al momento de hacer cualquier tipo de comentarios que puedan impactar de manera negativa en el mismo. (ICBF, s.f.).

Diabetes: esta condición se da cuando el páncreas es incapaz de producir suficiente insulina; o cuando el cuerpo no utiliza esta insulina eficazmente. Cuando la diabetes no se controla, los niveles de azúcar en sangre, se elevan.(OMS, 2016).

Síndrome de Down: se produce cuando hay un cromosoma extra en el organismo. Este, es la causa principal y más común de DI, mostrando algunas características comunes en quienes tienen esta condición, aunque sean diferentes entre sí. (Down España, s.f.).

Trastorno afectivo bipolar: En esta enfermedad se ve afectado el estado de ánimo, pasando desde la euforia patológica (manía) a la depresión, aunque alrededor del mundo exterior transcurra en calma y con normalidad. Es una enfermedad, que presenta episodios frecuentes. (SEMI, s.f.).

Psicosis: se refiere a trastornos mentales en los que se desconecta del mundo real (episodio psicótico). La mayoría de pacientes con esta condición, logra recuperarse (EPPIC, s.f.).

Hipoacusia: es la pérdida de sensibilidad auditiva, debido a daños en la función del oído interno. La hipoacusia se produce por el exceso de ruido. La condición en mención, se da cuando el oído interno empieza a funcionar de manera anormal. (UGT, 2009).

Parálisis cerebral (PC): esta condición, agrupa trastornos neurológicos que producen motricidad anormal y debilitamiento. Esta afección prevalece durante toda la vida afectando la vinculación entre el cerebro y los músculos. La PC se da a causa de la falta de oxígeno en el cerebro, afecciones genéticas, infecciones, hemorragia cerebral, casos graves de ictericia y lesión en la cabeza. (Stanford Childrens Health, s.f.).

Disfemia: en esta condición se ve afectado el habla. El paciente con disfemia, tiene claro en su mente lo que dirá, pero tiene dificultades para decirlo; repiten palabras o las prolongan. También se le llama tartamudez (Sangorrin, 2005).

Hemiparesia: esta condición afecta el movimiento de la mitad del cuerpo (un brazo y una pierna del mismo lado. (Rovira, s.f.).

Enfermedad renal: ocurre cuando los riñones trabajan de manera anormal, ésta pérdida de funciones se da de manera gradual. El diagnóstico de enfermedad renal, se obtiene al realizar un análisis de sangre, que determina la cantidad de sangre que pasa por los glomérulos cada minuto. (Fresenius medical care, 2018).

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES CON DI

El daño neurológico subyacente puede ocasionar complicaciones como:

Reflujo gastroesofágico RGE: se da cuando se altera la motilidad del esófago y el esfínter esofágico inferior, lo que ocasiona que se regrese el contenido gástrico del estómago al esófago. El daño neurológico subyacente puede provocar: que se demore aún más el vaciamiento gástrico y que se vea afectada la movilidad del esófago, debido a la discapacidad física, en ocasiones grave. La mayoría de niños pasan mucho tiempo boca arriba, lo que ocasiona que el esófago sea incapaz de eliminar el material retenido.. (Gonzales, Diaz, Bousoño, & Jimenez, 2010).

Obstrucción intestinal: esta complicación se debe a la detención del tránsito intestinal en algún sitio específico del intestino. (Bassy & Dombriz, s.f.).

Estreñimiento: es una condición caracterizada por deposiciones poco frecuentes: 1 ó 2 semanalmente y por el requerimiento de fármacos que obliguen a la persona a defecar (laxantes). Entre las causas más frecuentes se encuentran: la movilidad disminuida de los intestinos, la cual se asocia a los daños cerebrales que afectan al intestino grueso; defecar encorvado o en posiciones similares; uso de fármacos como anticonvulsivos, opioides y antihistamínicos, entre otros. (Gonzales, Diaz, Bousoño, & Jimenez, 2010).

Pica: es la ingesta de cualquier objeto que no se considera alimento y que no nutre, lo cual no es apropiado para el desarrollo. Los pacientes tienen la tendencia de comer materiales no tóxicos como: papel, barro, basura, pelo, tiza, hilo, lana. (Attia & Timothy, Pica, 2018).

Rumiación o mericismo: En el trastorno de rumiación, los pacientes regurgitan varias veces el alimento después de comerlo, pero no tienen náuseas o arcadas involuntarias. Pueden escupir o volver a tragar el alimento; algunos pacientes vuelven a masticarlo antes de tragarlo. La regurgitación se produce varias veces a la semana, normalmente a diario (Attia & Timothy, 2018).

DEFINICIONES

Alimentación saludable

En esta se cubren los requerimientos de energía y nutrientes en cualquier ciclo de la vida, dependiendo del estado fisiológico y de la velocidad del crecimiento de cada persona. La

alimentación saludable permite transferir nutrientes al feto desde su madre, ejecutar la lactancia materna exclusiva y la alimentación y lactancia. Las características de la alimentación saludable son: completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua. (Minsalud, 2016).

Nutrición

Para la OMS es: “La ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad”. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Nutrientes

Son las sustancias que se encuentran en los alimentos que son asimilados por el organismo y posteriormente transformados y usados para obtener energía en forma de calorías. De esta manera las células pueden realizar adecuadamente sus funciones. Hay varios tipos de nutrientes:

- **Macronutrientes:** estos se requieren en cantidades mayores, en ellos se incluyen: carbohidratos, proteínas y grasas.
- **Micronutrientes:** aunque se requieren en menor cantidad, juegan un papel importante en el funcionamiento del organismo, en este grupo se incluyen las vitaminas y minerales. (Ana Belén Martínez Zazo, 2016)

Carbohidratos

Son la principal fuente de energía. Los hidratos de carbono en la alimentación de las personas, se encuentran como almidones y azúcares de diversos tipos, además, se agrupan así: monosacáridos, disacáridos y algunos más complejos: los polisacáridos. (FAO, 2002).

Proteínas

Estos nutrientes son moléculas de gran tamaño que se componen de aminoácidos. Dependiendo del orden de esos aminoácidos, se forman proteínas con una función en específico. La más importante de las funciones es la formación y mantenimiento de estructuras como los músculos, los huesos, la piel, órganos... (Ana Belén Martínez Zazo, 2016)

Grasas

Intervienen en la utilización de la energía aportada. Las grasas de la dieta son de dos tipos: saturadas e insaturadas (incluye grasas poli y monoinsaturadas). (FAO, 2002).

TIPOS DE DIETAS

Dietas desequilibradas:

- *Dieta cetogénica o atkins:* dieta con alto contenido de grasa animal. Se mantiene el aporte normal de proteína y se disminuyen al máximo los carbohidratos

- Monodietas: En esta dieta se consume un solo tipo de alimento, para que así –según la teoría- el cuerpo descansa de una digestión común, convirtiéndose en una alternativa al ayuno.
- Dietas disociadas: el objetivo de esta dieta, es no ingerir al tiempo alimentos con proteína y alimentos con carbohidratos. Al usar esta técnica los alimentos se vuelven menos apetitosos y la persona disminuye su consumo habitual.
- Dietas vegetarianas: se trata de un tipo de alimentación que se lleva por motivos ecológicos, sociales o religiosos .Hay varios tipos de dietas vegetarianas siendo el vegetarianismo estricto y el lacto-ovo-vegetarianismo los más utilizados
- Dietas VLCD (very low calorie diet): Son dietas bajas en calorías. Se indican en pacientes con obesidad severa o mórbida, y cuando han fracasado las dietas hipocalóricas convencionales. Aportan los nutrientes suficientes (Ceballos, Orozco, & Zuluaga, 2016).

Dietas progresivas

- Dieta absoluta: no se ingieren alimentos por vía oral, ya sea porque “no puede” (pacientes en coma profundo o con anorexia grave) o porque “no debe” (postoperatorio inmediato o fistula esófago-traqueal)
- Dieta líquida:
 - Incompleta: es una dieta de transición, para proporcionar una buena hidratación y nutrición por medio de alimentos líquidos.

- Completa: en esta dieta el aporte de calorías es normal. La dieta está indicada en pacientes con dificultad para masticar, por lo cual los alimentos que se consumen están en estado líquido y/o semilíquido sólidos pudiendo administrarse respectivamente por vía oral o enteral
- Dieta semilíquida o semiblanda: es una dieta de transición que no aporta los nutrientes necesarios para una adecuada nutricional, es baja en lípidos y alta en fibra. Se acepta el consume de alimentos como: purés, sopas, cremas, yogures.
- Dieta blanda: el objetivo principal de esta dieta es facilitar la digestión, por ello debe ser poco condimentada, con poca grasa y fibra y de consistencia suave.. (Ceballos, Orozco, & Zuluaga, 2016).

Dietas con control de energía

- Dietas hipocalóricas: esta dieta es baja en calorías, su objetivo es lograr la disminución del peso actual. Sin embargo, deben ser completas desde el punto de vista nutricional.
- Dietas hipercalóricas: algunas enfermedades causan estrés en el organismo y elevan el gasto energético, para que el cuerpo cumpla con sus funciones de manera normal, se indica esta dieta con un contenido calórico por encima de lo habitual.
- Dietas con control de proteínas: Las proteínas cumplen importantes funciones en el organismo como: transporte de nutrientes, estructura de órganos y formación y recuperación de tejidos
- Dietas hipoproteicas: se indican en pacientes que cursan con encefalopatía hepática en la fase aguda y aquellos en los que está afectada la función renal. La dieta, aunque es baja en proteína debe aportar las calorías necesarias para el paciente.

- *Dietas hiperprotéicas:* en esta dieta se eleva el aporte de proteínas, con un aporte superior al 20% de las calorías totales, se indica en aquellos con desnutrición, quemados, o riesgo de malnutrición.
- *Dietas con control de carbohidratos:* se debe minimizar el consumo de alimentos: cereales, frutas, verduras, leguminosas, leche y yogurt.
- *Dieta baja en hidratos de carbono:*, pocas patologías exigen poca ingesta de carbohidratos, sin embargo para contrarrestar esta situación, se consumen carbohidratos complejos en mayor cantidad.
- *Dieta con control de lípidos:* los ácidos grasos se acumulan en el cuerpo, en forma de energía, estos tienen funciones como la configuración de tejidos y hormonas sexuales
- *Dieta hipolipídica:* esta dieta se recomienda en pacientes con hiperlipoproteinemias tipo I y II a, colecistopatías y procesos en los que no se absorben adecuadamente las grasas
- *Dieta hiperlipídica:* se indica en pacientes con bajo consumo de carbohidratos, por ejemplo, aquellos con diagnóstico de EPOC. En esta dieta, se incrementa el aporte de grasas y de carbohidratos. (Ceballos, Orozco, & Zuluaga, 2016).

Las personas con discapacidad, tienen derecho a tener una atención nutricional adecuada que garantice su salud integral. Para lograr lo anterior, su cuidador formal o informal debe tener conocimientos previos en nutrición y alimentación. Se recomienda, permitir que el paciente se levante de la mesa cuando termine el consumo de los alimentos y no obligarlo a permanecer sentado mientras los demás terminan de comer. Para adoptar buenas conductas al momento de

tomar los alimentos, se recomienda tener a alguien de guía o ejemplo que no lo regañe o grite en caso de observar conductas inadecuadas. (ICBF, 2016).

Si la persona con discapacidad tiene además afectación en los movimientos musculares, se dificulta la apertura de la boca, así como la poca coordinación de respiración, masticación, succión y deglución; condiciones que pueden ocasionar desnutrición y riesgo de aspiración de alimentos. Además, debido a la dificultad para succionar y deglutir, la alimentación se puede convertir en un momento estresante y angustiante para la persona y su cuidador. A lo anterior, se debe agregar la incapacidad para expresar hambre, preferencias, rechazos. (ICBF, 2016).

El estado nutricional, se ve afectado por algunas condiciones como: la epilepsia, la parálisis cerebral, el síndrome de déficit atencional e hiperactividad y el espectro autismo. También se pueden presentar trastornos como: pica, alteración de la deglución, arcada, rumiación, sialorrea y estreñimiento. Evaluar, hacer seguimiento de ellas y tratar las anteriores condiciones, tendrá un efecto positivo en el estado nutricional de las personas objeto de este trabajo, provocando ganancia de peso, crecimiento constante y adecuado, mayor depósito de tejido adiposo y menor riesgo de infecciones, logrando aumento de peso, mejor crecimiento lineal, aumento de depósito de grasa (ICBF, 2016).

TÉCNICAS NUTRICIONALES

Hábitos en la mesa

1. Antes y después se debe hacer un adecuado lavado de manos, que dure al menos 10 segundos.
2. Mantener el orden al momento de entrar al lugar en donde se van a tomar los alimentos.
3. Esperar que todos estén sentados a la mesa antes de empezar a comer.
4. Mantener la boca cerrada mientras se mastican los alimentos
5. No jugar con los alimentos
6. Mantenerse en silencio mientras se toman los alimentos, para evitar incomodar a los demás.
7. No jugar en el comedor
8. No hablar con la boca llena
9. Usar los cubiertos que se asignan y no los de otros compañeros.
10. Una vez se termine de comer, dejar la mesa limpia y recoger los platos.

Pautas para comer bien

1. Cepillar muy bien los dientes para evitar problemas bucales como la caries o la pérdida de dientes, pues esto dificulta la masticación y torna desagradable y doloroso el momento de la alimentación.

2. Consumir los alimentos al ritmo adecuado, sin prisa. De esta manera, se toma el tiempo necesario para masticar los alimentos e ingerirlos en trozos pequeños para digerirlos con mayor facilidad.
3. Ni muy fríos o muy calientes. La temperatura adecuada de la comida es aquella en la que se pueda tener los alimentos en la boca sin que genere molestias y se deban tragar de manera precoz.
4. Tomar los alimentos en silencio (Diario Información, 2018)

Medidas posturales

1. La persona debe estar sentada preferiblemente a un ángulo de 90°, se debe procurar tener muy elevada la cabeza y lograr una ligera inclinación al momento de beber líquidos. Si la persona utiliza silla de ruedas, acercarla a la mesa de manera que se favorezca la alineación del tronco y el relajamiento de los hombros. Intentar posicionar al paciente de forma que pueda expulsar gases previos al consumo de los alimentos. (Raquel Aceves Diez, 2018)
2. La cabeza y el tronco deben estar alineados para tomar la alimentación de manera segura y correcta. La flexión de la región cervical se hace con el fin de que la comida pase más lentamente, evitando riesgo alguno de bronco aspiración. (Viñas Diz, 2004)
3. Según la capacidad del paciente se puede rotar la cabeza para promover el paso del alimento por el lado contrario. Lo primordial en cuanto a temas de postura es la comodidad del paciente y que éste no tenga riesgos de caída o deslizamiento. (Viñas Diz, 2004)

4. Entre las medidas posturales para reducir el riesgo de broncoaspiración, es recomendable bajar el mentón del paciente, con el objetivo de conducir la base de la lengua y la epiglotis, llevar la cabeza hacia atrás para ayudar por gravedad a mantener limpia la cavidad oral.
(Luis Fernando García Zapata, 2010)

¿Qué hacer antes de cada comida?

Previo a la toma de los alimentos, en aquellos con saliva espesa, se recomienda usar una venda o compresa mojada, limpiando primeramente la saliva de las paredes de la boca, maxilares y lengua y para favorecer la motilidad de la lengua y facilitar la deglución. Luego de cada toma, se debe revisar la bóveda del paladar, pues con frecuencia esta se taponan con restos de alimento y puede haber atragantamiento. (Raquel Aceves Diez, 2018)

Si la persona no depende de nadie para comer, se pueden utilizar platos, manteles antideslizantes, cubiertos especiales y vasos con agarraderos, para favorecer su autonomía al momento de comer.
(Raquel Aceves Diez, 2018)

Ante alteraciones en el cierre de los labios y mandíbula

- Mantener cerrada la mandíbula, estimulando la zona peribucal dirigida al cierre de mandíbula y los labios.
- Si hay asimetría facial, estimular el lado más afectado, pues habrá asimetría en el cierre de los labios.

- En caso de un hiperactividad muscular a nivel de bucinadores, que dificulte cerrar los labios, se recomienda introducir en la boca, el dedo índice; posteriormente se debe hacer un estiramiento del arco cigomático a la comisura de la boca. Es posible entreverar algunas sacudidas mientras se ejecuta la maniobra de estiramiento
- Para evitar la salida de la comida, se debe mantener bien cerrados los labios y la mandíbula.
(Viñas Diz, 2004)

Ante boca hipersensible

Si se tiene como finalidad aminorar la hipersensibilización o hiposensibilidad, se recomienda conservar el contacto físico de pies a hombros, humedecer con el alimento, los labios. Se recomienda no limpiar con frecuencia los restos de comida que quedan alrededor de la boca y/o mentón. (Raquel Aceves Diez, 2018)

Dar suaves golpes en los labios del paciente, mientras éste tiene cerrada la mandíbula. Una vez ejecutada la acción anterior, se inserta un dedo en la boca y se friccionan las encías primero por fuera y luego por dentro. Luego, se sigue con la lengua y mejillas en la parte interna. Es importante recordar que se debe permitir al paciente la deglución, cada poco tiempo. (Viñas Diz, 2004)

Actividad normal de reflejos

Algunos reflejos como el reflejo de mordida, de arcada, de búsqueda o el de tos tienen que ver en gran medida en el éxito o fracaso del proceso de alimentación, así como en el gusto y placer al

momento de la toma. Para lograr que disminuya el reflejo de mordida, que en ocasiones se desencadena durante la comida; se recomienda frotar la superficie externa de las encías. Si se desencadena el reflejo de mordida, no se debe tirar de la cuchara; lo mejor es esperar que este pase o frotar la parte de la nariz hacia la boca, esto, con el fin de evitar lesiones. (Raquel Aceves Diez, 2018)

Cuando se alimenta al paciente, no se debe presionar la cuchara contra el maxilar inferior, ya que de esta manera aparece dicho reflejo. (Viñas Diz, 2004)

Cuando se alimenta con cuchara

Cuando hay protrusión de la lengua, se debe poner el dedo meñique en la base de la boca, para controlar la protrusión y el descenso de la mandíbula. Se debe mostrar al paciente, la cuchara desde abajo, con el objetivo de favorecer la intrusión de la lengua. Una vez adentro la cuchara, se presiona suavemente la lengua con esta, para cerrar la mandíbula y finalmente se gira la cuchara para barrer el resto de alimento y sacarla de la boca.

La elección de la cuchara adecuada es importante. No se debe elegir una cuchara más grande que la lengua del paciente, y lo ideal es que esta tenga bordes redondeados. (Raquel Aceves Diez, 2018)

Consistencia

El olor, sabor, aspecto y textura del alimento, son características que permiten que ese sea aceptado. La consistencia y la textura juegan un papel importante para estimular los receptores de la presión. Además, por seguridad, se recomiendan los alimentos espesados y no los líquidos, pues estos pueden provocar broncoaspiración en el paciente. (Viñas Diz, 2004)

Los cambios en la consistencia mejoran en gran medida problemas de masticación y deglución; se debe preferir una consistencia que estimule la función masticatoria, de acuerdo con el desarrollo motriz del niño. En caso de trastornos graves de deglución, se deben ofrecer alimentos espesos, en pequeñas cantidades y modificada en viscosidad. (Luis Fernando García Zapata, 2010)

Alimentos texturizados

La dieta texturizada tiene como objetivo estimular os sentidos por medio de los sabores, disminuyendo los efectos psicológicos provocados por dejar de comer cierto tipo de alimentos. La dieta aporta todo, de esta manera, se favorece la ganancia de peso y una adecuada nutrición. Para cumplir con los propósitos de esta dieta se debe cuidar la apariencia usando en lo posible moldes con forma y decoraciones mínimas en el plato. Las ensaladas se preparan separando los ingredientes, los alimentos fríos requieren más tiempo, se separa cada alimento en un contenedor y algunos en manga. Por último se decora el plato

Recomendaciones a seguir en la dieta texturizada:

- Controlar la cantidad de los alimentos para evitar aumentar el valor calórico y nutricional.

- Dar el alimento en pequeñas cantidades, preferiblemente en cuchara pequeña de postre, esta evita suministrar una cantidad exagerada del alimento.
- Tener cuidado con la presentación y decoración del plato
- En caso de tener un alimento con alta temperatura, aguardar algunos minutos
- No revolver los alimentos para permitir el disfrute del sabor de cada uno de ellos
- Mezclar sabores diversos

Este sistema ayuda a disfrutar de la comida como cualquier persona. Proporciona nuevas experiencias. Incluso puedes ir a comer fuera de casa sin llevarte la comida. (Raquel Aceves Diez, 2018)

Masticación

Importancia de una correcta masticación

Con la masticación se inicia el proceso digestivo, al fragmentar los alimentos en trozos pequeños se facilita su deglución; se reduce la fase gástrica y se hace más sencillo el vaciamiento gástrico. Por el contrario, masticar rápidamente ocasione molestias digestivas y pesadez, dolor abdominal y gases, advierte Francisco José García Fernández, portavoz de FEAD. Sobre engordar, el doctor García advierte que aquellas personas que mastican poco y comen muy rápido, tienden a comer más al no quedar satisfechos con los alimentos ingeridos de comida, por lo que su peso aumenta a largo plazo (Diario Información, 2018).

Uno de los principales problemas que ocasiona la mala masticación, y que podría poner en riesgo la vida es la impactación alimentaria, que se produce al ingerir un bolo alimenticio abultado y compacto, y poco lubricado", avisa el especialista (Diario Información, 2018).

Cantidad y tiempo de masticación

El nutricionista Pedro Tirado afirma que del tipo de alimento, depende la cantidad de veces que este sea masticado y la fuerza con que se ejecute dicha acción. "Si hablamos de res, pollo o pescado se debe mascar entre 30 y 60 veces dependiendo de suavidad o la dureza de la carne, o de la fuerza de los dientes para morder", detalló. Si el alimento son verduras o frutas se recomienda mascar estos alimentos entre 15 y 30 veces, pues estos se digieren más fácilmente que las carnes. Al cumplir con las anteriores recomendaciones, se disminuye el riesgo de gastritis o estreñimiento. (Tirado, 2014).

Maniobras facilitadoras

- Los movimientos de elevación del tercio trasero de la lengua y los movimientos laterales de la misma son de gran relevancia para el movimiento del bolo en la boca, mezclándolo con la saliva para deglutirlo posteriormente. Dicha elevación de la lengua, se logra al presionar este fragmento de la lengua, con el dedo índice hacia abajo y se realizan vibraciones con el dedo medio en la parte inferior y lateral de la lengua para estimularla. (Viñas Diz, 2004)

- Para que los músculos de la faringe se contraigan y se detenga la respiración antes y durante la deglución del alimento para provocar el cierre glótico lo más recomendable es tragar fuertemente. Además, es beneficioso toser seguidamente para limpiar la faringe. (Luis Fernando García Zapata, 2010)
- El fisioterapeuta debe intercalar la estimulación y vibración de labios, para que el paciente tenga posibilidad de llevar a cabo la deglución. Las técnicas dentro de la boca producen saliva en gran cantidad y esto facilita aún más la deglución. (Viñas Diz, 2004)

Recomendaciones nutricionales para condiciones especiales

Autismo

Se inicia ofreciendo la comida y sino la toma no se le debe forzar. Pasados unos minutos, se ofrece de nuevo el alimento en trozos pequeños cada 5 o 10 segundos. Si el niño rechaza el alimento se debe: ofrecer su alimento favorito de manera calmada y serena, en una cuchara pequeña y si esté la rechaza, ofrecerle la cuchara para que el mismo la introduzca en su boca. Si rechaza nuevamente el alimento, se debe tomar suavemente las dos manos y acercar el alimento para que lo observe de cerca y compruebe si le puede o no gustar. Posteriormente, se debe soltarle las manos y ofrecer nuevamente el alimento. Es muy importante buscar los refuerzos más naturales y divertidos para que funcionen con la mayor eficacia posible. (Ventoso, 2000)

Se debe ir aumentando la cantidad de alimento a medida que el niño vaya comiendo, pero siempre de los sabores preferidos, es decir, de los que inicialmente tomaba. Este paso se considera estabilizado si se mantiene después de varios días. Alargar exclusivamente el tiempo de alimentos preferidos puede entorpecer la evolución posterior. (Ventoso, 2000)

Elegir una situación totalmente nueva para ofrecer alimentos nuevos como la hora del bocadillo, un aperitivo, repartir golosinas... y al mismo tiempo que se le ofrece a otros niños. Si se trata de situaciones individuales al niño, ofrecerle directa o indirectamente alimentos nuevos y hacerlo de forma rutinaria, es decir, que ocurran a la misma hora y en las mismas circunstancias todos los días. (Ventoso, 2000)

Epilepsia

La dieta cetogénica se utiliza como tratamiento para la epilepsia. Esta, además de servir como tratamiento anticonvulsivo, puede también ejecutar propiedades neuro protectoras y anti-epileptógenas, aumentando su acción clínica como una intervención reformadora de diferentes patologías. El efecto de la DC realiza cambios en el metabolismo energético de las células neuronales y logra así una mejor adaptación a las situaciones condicionadas por la enfermedad (Pedron, 2016).

¿Qué hacer en caso de convulsiones? (VER ANEXO 1)

Diabetes

El tratamiento de la Diabetes Mellitus (DM) se sustenta en: una adecuada alimentación y una correcta enseñanza diabetológica, los fármacos hipoglucemiantes (únicamente en DM tipo 2) y la insulina. (Fundacion para la diabetes, s.f.).

Los objetivos de la dieta para la población diabética son:

- Mantener los niveles de azúcar dentro de los límites recomendados, excluyendo de la dieta alimentos no permitidos, tomando los medicamentos y realizando actividad física
- Normalizar la presión arterial a los límites normales, así como el perfil lipídico
- Mantener un peso saludable para el paciente. (Fundacion para la diabetes, s.f.).

Para lograr estos objetivos es necesario que la dieta:

- Sea completa y equilibrada
- Aporte las calorías suficientes para conservar estable el peso o reducirlo en caso de ser necesario.
- Permitir un crecimiento y desarrollo adecuado en niños/as y adolescentes
- Aumente las necesidades calóricas en la gestación y lactancia
- Prevenga y trate complicaciones como la hipoglucemia, y las complicaciones crónicas
- Variada, que aporte todos los nutrientes necesarios para un adecuado funcionamiento del organismo. (Fundacion para la diabetes, s.f.).

Enfermedad renal

Recomendaciones:

- Controlar la hipertensión y la glucemia
- Disminuir el consumo de proteína y sal
- Reducir el peso actual
- Realizar ejercicio aeróbico 3 veces por semana durante 30 minutos
- Evitar fumar
- Evitar el consumo de algunos medicamentos (FRESENIUS , s.f.).

Lo importante es que siempre siga las recomendaciones de su médico antes de realizar cualquier cambio importante en su estilo de vida (FRESENIUS , s.f.).

- La ingesta de proteínas deben ser el 10-20% de las calorías totales por día.
- El aporte de las grasas debe ser menor del 10% en grasas saturadas y $\leq 10\%$ en poliinsaturadas.
- En caso de sobrepeso reducir el consumo de grasas
- Si los triglicéridos están aumentados es pertinente aumentar el consumo de grasas monoinsaturadas y consumir $< 10\%$ de grasa saturadas
- Consumir carbohidratos complejos y reducir el consumo de carbohidratos simples. Se pueden emplear edulcorantes
- Aumentar alimentos ricos en fibra como: frutas, cereales, legumbres. Esto, con el objetivo de retardar la absorción de los
- Disminuir el consumo de sal, recomendándose no superar los 3 gramos de sal común al día (Fundacion para la diabetes, s.f.).

- Consumir alcohol sin acompañarlo de la ingesta de otros alimentos en las personas con diabetes tratadas con insulina (o con hipoglucemiantes orales) puede producir hipoglucemia. (Fundacion para la diabetes, s.f.).

Recomendaciones nutricionales en complicaciones gastrointestinales

Reflujo gastroesofágico

- No consumir alimentos en gran cantidad
- Disminuir el consumo de chocolate, cacao, café, cítricos, grasas, bebidas alcohólicas y/o gaseosas, cebollas y especias.
- Controlar el peso y evitar el sobrepeso y la obesidad
- Restringir el consumo de alcohol y tabaco
- Evaluar el efecto de algunos medicamentos y su relación con el reflujo gastroesofágico
- No realizar actividad físico en exceso o con alta intensidad
- Evitar acostarse inmediatamente ingeridos los alimentos. Se recomienda esperar de 2 a 3 horas y si se va a dormir, hacerlo del lado izquierdo y con la cabecera de la cama elevada. (Asociación Española de Gastroenterología; Sociedades Latinoamericanas de Gastroenterología, s.f.).

Obstrucción intestinal

Recomendaciones:

Para el manejo inicial tras padecer una obstrucción intestinal, se sugiere una dieta de líquidos claros (caldos o gelatinas), posterior a esto se puede comenzar a ingerir leche, yogur, purés y pollo o batido de frutas.

Las dieta bajas en residuos se utilizan para mejorar diferentes síntomas ya que hace que haya heces más pequeñas y que se expulsan en menor frecuencia. Se propone entonces el consumo de granos refinados, frutas y verduras blandas o bien cocidas, aunque se permite la ingesta en crudo de lechuga, pepinos o calabacín, panes refinados, carnes o pescados cocinados, pero no pasta integral. Verduras como: espinacas, calabaza, berenjena, zanahorias, remolacha, melón dulce, sandía, nectarinas, papayas, melocotones y ciruelas. Se recomienda disminuir los azúcares y evitar los fritos, las salchichas, las pasas o la piña y los picantes. (Matey, 2019).

En caso de padecer estreñimiento es fundamental evitar las grasas, los fritos, los picantes, beber agua en abundancia, consumir verduras y frutas y prescindir del alcohol y del tabaco, además de hacer ejercicio físico. (Matey, 2019).

Estreñimiento

Recomendaciones:

La fibra dietética forma parte de lo que se considera una dieta saludable. Para la prevención y tratamiento del estreñimiento se recomienda la ingesta de fibra ya que esta reduce el tiempo de tránsito intestinal, incrementa el volumen de las heces, la frecuencia de la deposición. Se sugiere que la cantidad a consumir sea de 25 a 30g de fibra. Es importante que se tenga en cuenta la selección de los alimentos y su preparación. Se recomienda tomar:

Diariamente:

- 2 porciones de verdura: por ejemplo, un plato de verduras y otro de ensaladas
- 3 porciones de frutas: ya que la fibra se encuentra en su mayor parte en la pulpa y en la piel, se recomienda consumirlas enteras y no en jugos.
- 6 porciones de harina en forma de cereales de desayuno, arroz, pan, pasta; de preferencia que sean integrales o enriquecidos con salvado de trigo por su mayor aporte de fibra.

Semanalmente:

- 4 - 5 porciones de legumbres por su aporte de fibra, se recomienda que se utilicen en reemplazo de los cereales intercambiándolos.
- Procure tomar un buen desayuno cada día, incluyendo en este: frutas, lácteos y harinas integrales o enriquecidas con salvado de trigo. (FEAD, 2016).

Alimentos recomendados: pan con nueces o pasas, cereales ricos en fibra o enriquecidos con salvado de trigo, galletas integrales con frutos secos, bizcochos con harina integral, leche, yogur con trozos de fruta, frutas frescas y con piel si es posible como: moras, granada, ciruela, pera, manzana, fresas, alcachofa, apio, coliflor, aguacate, puerro, pimiento verde, cebolla, remolacha, zanahoria, legumbres de todo tipo, frutos secos, agua e infusiones (FEAD, 2016).

METODOLOGÍA

Investigación descriptiva-cualitativa que tiene como finalidad la elaboración de un manual de revisión sistemática de material científico y de bibliografía oculta (información no documentada que se tiene en la Clínica de Oriente: corporación para la Salud Mental) para educar y capacitar a los formadores y cuidadores de la misma, la información fue suministrada por la Nutricionista dietista de la Clínica del Oriente sede El Carmen de Viboral, quien autorizó su uso por medio de un consentimiento informado (VER ANEXO 6).

Para realizar este trabajo, se identificaron palabras claves relacionadas con el tema, para los cuales se usó el DeCS (Descriptores de ciencias de la salud): consumo de alimentos, estado nutricional, discapacidad intelectual, educación alimentaria y nutricional. Las bases de datos que se consultaron fueron Medline, Google académico, Fitness & Performance Journal, Scielo, Revista – Universidad de Antioquia, más otras fuentes confiables como repositorios institucionales y revistas científicas.

La técnica de recolección de datos se basó: 1. Selección de bases de datos; 2. Escoger palabras clave; 3. Elección de artículos que cumplieran los criterios de selección (artículos que datan desde el 2009 hasta la fecha, artículos de tipo cualitativo, relación con tema de estudio, resultados definidos, validez científica de las recomendaciones y pautas nutricionales según las patologías); 4. Análisis de los artículos seleccionados.

También, se realizaron encuestas en la Clínica de Oriente, sede Santa Ana; a una muestra de ocho (8) cuidadores, con el fin de conocer la pertinencia o necesidad de un manual con técnicas nutricionales, el cual permitirá brindar pautas de acción profesional en la atención de personas en

situación de discapacidad; este manual estará dirigido principalmente a los cuidadores y/o formadores de la Clínica de Oriente.

Se seleccionó la muestra partiendo del hecho de que son formadores de la Clínica de Oriente: Corporación para la Salud Mental, sede Santa Ana; por lo tanto, se cree que estas personas deben tener conocimiento acerca de la alimentación de personas en situación de discapacidad.

Aleatoriamente se eligieron ocho (8) formadores de la Clínica de Oriente, sede Santa Ana y se les aplicó la encuesta que incluye datos demográficos (Edad, género, formación académica, cargo y tiempo de experiencia en la Clínica de Oriente), conocimiento general acerca de población discapacitada (número de veces que es necesario masticar los alimentos, principales contratiempos que se presentan a la hora de suministrar alimentos a las personas con discapacidad, beneficios de una correcta masticación) también, se les preguntó acerca de la importancia de contar con un manual o protocolo para cuidadores de personas con discapacidad profunda y el conocimiento de la discapacidad profunda.

Teniendo en cuenta la información que se obtuvo de las encuestas aplicadas a los cuidadores y/o formadores, los datos se tabularon a través del programa Microsoft Excel 2016 y se analizaron mediante gráficas de agrupamiento de variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

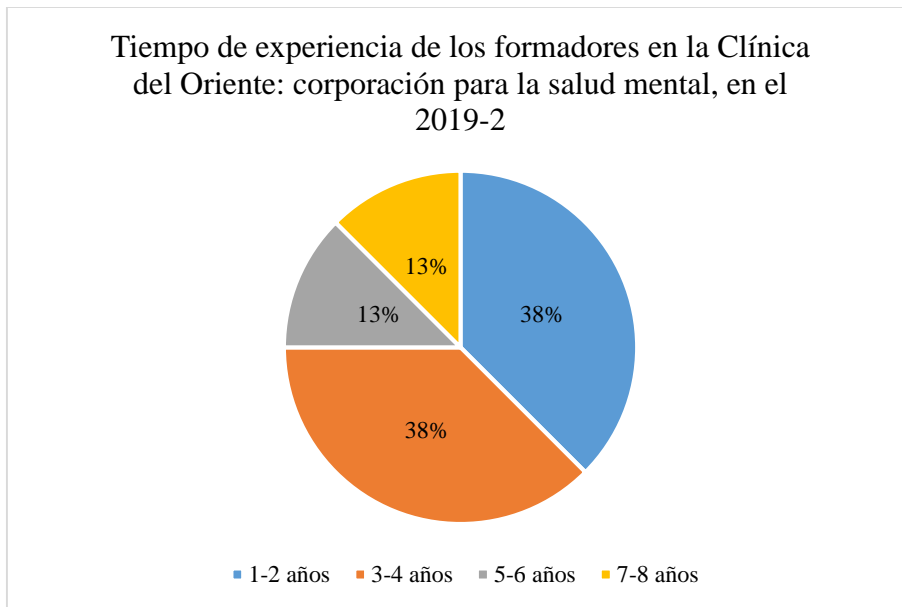
La investigación arrojó resultados en relación a los principales datos sociodemográficos de los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2, como se muestra en la *Tabla 2*.

Comportamiento sociodemográfico de los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2		
Sexo	Femenino	7
	Masculino	1
Edad en años cumplidos	20-25	2
	26-30	3
	31-35	1
	36-40	2
Formación académica	Bachillerato	1
	Técnica	6
	Tecnología	1

Tabla 1: Comportamiento sociodemográfico de los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2

La población encuestada fue en mayor proporción de sexo femenino y en menor de sexo masculino, respectivamente de (87,5%) y (12,5%). En cuanto a la edad se encontró que la mayoría de ellos tiene entre 26-30 años (37,5%), una proporción igual de formadores tiene entre 20-25 años y 36-40 años (25%) y una cantidad menor tiene entre 31-35 años (12,5%).

Con respecto a la formación de los cuidadores, prevalecen los formadores con educación Técnica (75%) en la cual se encuentran: Atención a primera infancia, Pedagogía infantil y Auxiliar de enfermería; seguido por Bachilleres (12,5%) y Tecnólogos en pedagogía infantil (12,5%).



Grafica 2: Tiempo de experiencia de los formadores en la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2

Como se puede observar en la *Grafica 2*, el tiempo de experiencia de los formadores es en su mayoría entre 1 y 4 años (74%), una proporción menor de ellos tienen más tiempo de experiencia (26%), los cuales no superan los 8 años.

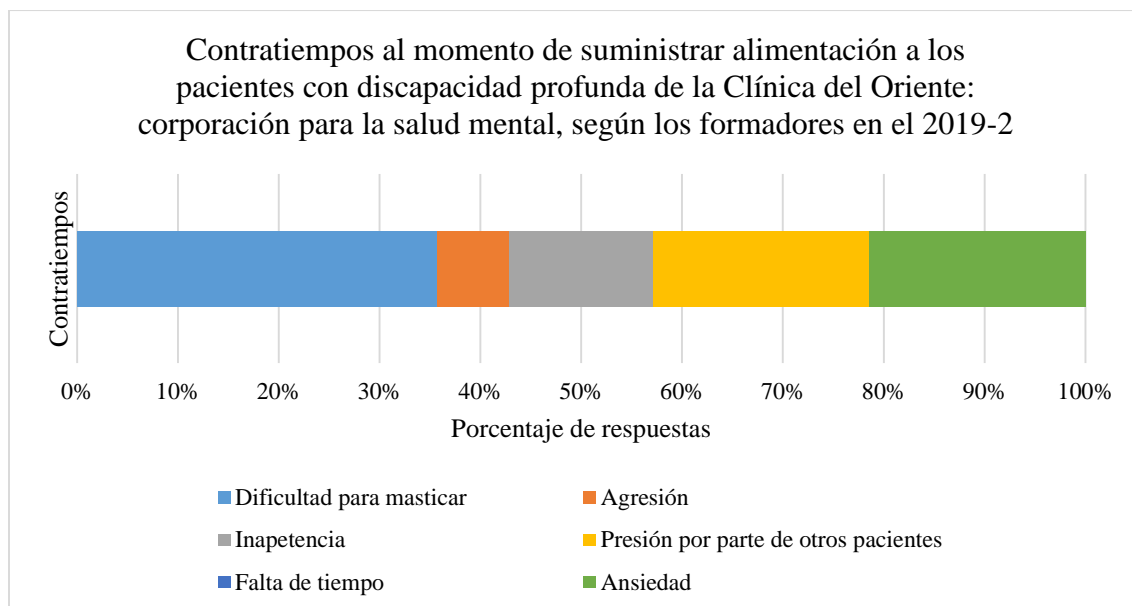
Cantidad de veces que se debe masticar los alimentos según los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2

Grupo de alimentos	Cantidad de veces que se debe masticar	Porcentaje de respuestas
Frutas y verduras	5-20 veces	37,5
	15-30 veces	50
	No sabe/No responde	12,5
Carnes	10-50 veces	0
	30-60 veces	75
	No sabe/No responde	25

Tabla 2: Cantidad de veces que se debe masticar los alimentos según los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2

El nutricionista Pedro Tirado asegura que la persona debe masticar dependiendo del tipo de alimento que se consume y de la fuerza de masticación de cada individuo: si hablamos de res, pollo o pescado se debe masticar entre 30 y 60 veces de la textura de la carne, o de la fuerza de los dientes para morder; cuando se trata de frutas, verduras o guisos se debe masticar entre 15 y 30 veces, debido a que son más blandas que la carne(Tirado, 2014).

Según lo anterior, se puede afirmar que el 50% de los formadores tiene claridad sobre el número de veces que se deben masticar las frutas y verduras, mientras que el otro 50% está equivocado (37,5%) o no sabe la respuesta (12,5%). En cuanto a las carnes hay una proporción mayor de formadores (75%) que saben el número de veces que se deben masticar, el 25% restante no lo saben; ver *Tabla 3*.



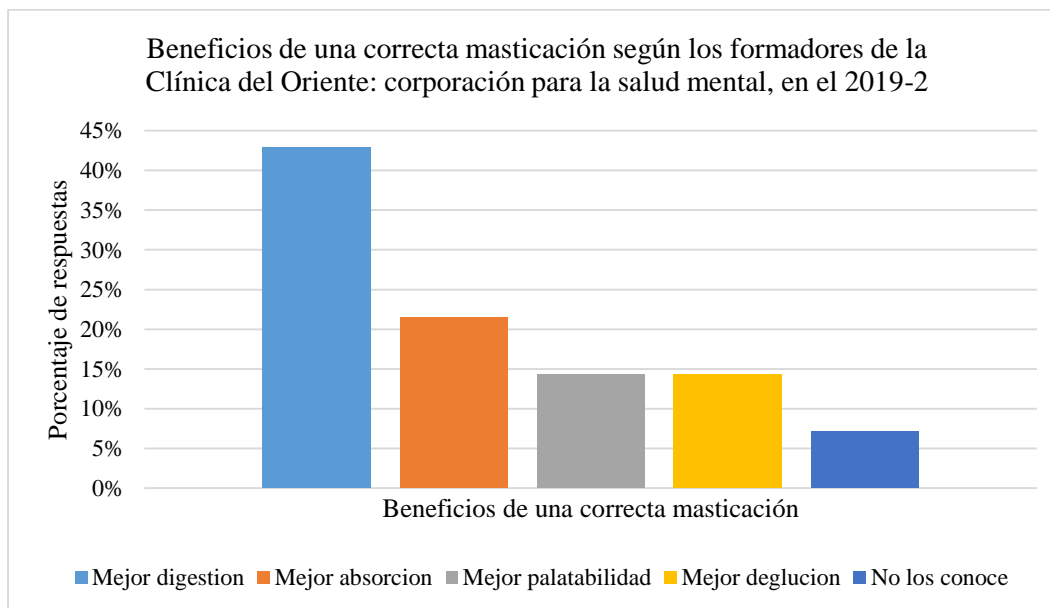
Grafica 3: Contratiempos al momento de suministrar alimentación a los pacientes con discapacidad profunda de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, según los formadores en el 2019-2

De acuerdo a los formadores el contratiempo que prevalece al momento de suministrar alimentación a los pacientes con discapacidad profunda (ver *Grafica 3*) es la Dificultad para masticar (36%), seguido de Presión por parte de otros pacientes (21%), Ansiedad (21%),

Inapetencia (14%), y en menor proporción la Agresión (7%); ninguno de ellos considero la Falta de tiempo como un contratiempo.

El Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios (ISES) de España, afirma que la alimentación en personas con discapacidad puede llegar a ser un proceso complejo, pero, es sin duda de vital importancia para mejorar su condición. Es necesario entender que, según el grado de discapacidad, cada alimento debe suministrarse despacio y de forma espaciada, para brindar el tiempo que el paciente requiera para tragar y masticar correctamente (ISES, s.f.)

Lo anterior, indica que tal vez, el inconveniente no sólo sea que los pacientes no puedan masticar bien, como lo afirma la mayoría de los formadores (36%), sino, que, además, los formadores no cuentan con mucha paciencia y no ofrecen el tiempo suficiente para que estas personas mastiquen correctamente.



Grafica 4: Beneficios de una correcta masticación según los formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, en el 2019-2

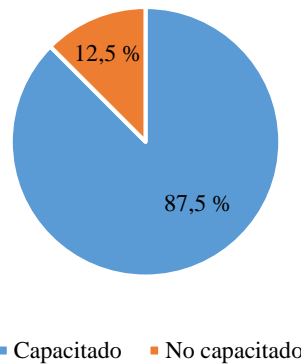
En orden descendiente, los formadores consideran que los beneficios que tiene la correcta masticación son: Mejor digestión 43%, Mejor absorción 21%, Mejor palatabilidad y Mejor deglución 14% para cada uno; un 7% de ellos no conoce la importancia. Ver *Grafica 4*.

La Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD) afirma que, con la masticación se inicia el proceso digestivo. Fragmenta los alimentos en trozos más pequeños que pueden deglutirse con menos dificultad. Al llegar al estómago de manera más fraccionada, se reduce la fase gástrica de la digestión facilitando el vaciado gástrico (Diario Información, 2018).

Las personas que realizan una inadecuada masticación y además ingieren rápidamente se las relaciona con mayores molestias digestivas a modo de pesadez, distensión abdominal, sensación de gases y digestión pesada", advierte Francisco José García Fernández, portavoz de FEAD. Además, sostiene que la masticación también estimula la secreción salival, fundamental para la digestión y para una adecuada salud bucodental y, sobre engordar, el doctor García sostiene que las personas que comen rápido y mastican poco sienten menor saciedad y por tal razón comen en mayores cantidades. (Diario Información, 2018).

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que el 92% de los formadores conoce los beneficios de tener una correcta masticación, la mayoría de ellos acertó en que masticar adecuadamente mejora la deglución y la digestión de los alimentos, además, lo anterior conlleva a contar una correcta absorción de nutrientes, lo que va a disminuir notablemente casos de malnutrición. El 7% de los formadores no tienen conocimiento de ello, ver *Gráfica 4*.

Porcentaje de formadores de la Clínica del Oriente:
corporación para la salud mental, que fueron
capacitados para alimentar a pacientes con
discapacidad profunda, en el 2019-2



Grafica 5: Porcentaje de formadores de la Clínica del Oriente: corporación para la salud mental, que fueron capacitados para alimentar a pacientes con discapacidad profunda, en el 2019-2

El 87,5% de los formadores afirman que fueron capacitados para alimentar a pacientes con discapacidad profunda, solo un 12,5% no lo está (ver *Grafica 5*). Sin embargo, el 100% de ellos considera importante el diseño de un protocolo o manual dirigido a cuidadores de personas con discapacidad profunda, por las siguientes razones:

- “Porque muchas personas no conocen el riesgo de una broncoaspiración”
- “Es importante para todos hablemos el mismo idioma y aún más en este tipo de población”
- “Porque así conocemos las mejores maneras de la población para ser alimentados y saber qué hacer en caso de un atragantamiento”
- “Para mantener un protocolo adecuado para el momento de la alimentación del paciente en discapacidad”
- “Ayudamos a mejorar los procesos digestivos y sus niveles de ansiedad”
- “Para tomarse el tiempo de que los pacientes reconozcan bien sus alimentos”

- “Porque por medio de este se puede tener mayor conocimiento, mejores técnicas para administrar alimentación de manera adecuada a esta población”

Los formadores definen la discapacidad profunda como:

- “Diagnostico dado al nacimiento; con deterioro cognitivo, sensorial y del movimiento”
- “Persona que no tiene la capacidad de valerse por sí misma”
- “Es un alto grado de discapacidad y la persona que no tiene la capacidad de valerse por sí misma”
- “Es la discapacidad que hace referencia al cuidado continuo”
- “Diagnostico adquirido o heredado puede ser cognitivo, sensorial, motor, de los sentidos o convulsivo”
- “Es el impedimento mental que tienen algunos niños de asumir el control de sus impulsos y evidenciar que se encuentra en situación de peligro”
- “No tienen conciencia de lo que pasa a su alrededor, ni del dolor, ni de las cosas que pasan”
- “Deterioro del desarrollo psicomotor, que impide a la persona valerse por sí mismo”

De acuerdo a la información que fue suministrada por los formadores en las encuestas, indica que algunos de ellos tienen un leve conocimiento acerca de la población a la cual atienden, pero otros no se acercan a la correcta definición de discapacidad profunda.

Lo anterior, indica que los formadores no han sido capacitados en temas de uso e importancia de protocolos y manuales. Es importante, que los términos y contenidos del manual queden claros y que además, se capacite a los formadores en las diferentes técnicas y pautas

relacionadas con la nutrición y alimentación para la población con discapacidad profunda, así como las posibles complicaciones y patologías que presentan los pacientes.

CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de este trabajo se logró hacer un acercamiento importante al conocimiento de una población tan compleja, como es el caso de personas con discapacidad, en la Clínica del Oriente, sede Santa Ana, lo que permite intervenir desde el área de Nutrición y Dietética con conceptos y conocimientos ya afianzados que servirán de base para el planteamiento de nuevos proyectos y propuestas que contribuyan al mejoramiento nutricional de la población.

En la Clínica del Oriente, se abordó el grupo con discapacidad profunda y se evidenciaron las problemáticas latentes de esta población. Los cuidadores y/o formadores coincidieron en la necesidad de contar con un manual o protocolo, con el fin de educarse en temas de nutrición y alimentación para atender a la población de discapacidad profunda. De esta manera, se determinaron técnicas y pautas nutricionales para guiar su actuar en cuanto al cuidado de sus pacientes, dependiendo del grado de discapacidad y situación nutricional.

Para recopilar la información obtenida, que será posteriormente expuesta a los cuidadores; se diseñó un manual que mostrara claramente las guías y técnicas nutricionales para la población, permitiendo un orden lógico que facilite el entendimiento y uso por parte del personal cuidador. Además, se anexó un manual de bolsillo que contiene los tipos de dietas y derivaciones de estas,

que podrían usarse en los pacientes, así como los alimentos permitidos y no permitidos en cada una de ellas.

Lo anterior, se puede demostrar en los resultados, por medio de encuestas realizadas a los formadores. El 100% de los encuestados coincide en la necesidad y en la importancia que tiene para ellos de contar con un manual o protocolo para atender a la población mencionada. Lo que se evidencia en las respuestas obtenidas por parte de los formadores. Este manual final será socializado con el personal de la Clínica del oriente para orientarlos en su uso

ANEXOS

En el correo adjunto encontrará el Manual de Técnicas Nutricionales y los siguientes anexos:

- ANEXO 1 – Primeros auxilios
- ANEXO 2 – Plantilla orden de salida
- ANEXO 3 – Plantilla sobrantes de comida
- ANEXO 4 – Manual de bolsillo: tipos de dietas
- ANEXO 5 – Encuesta a formadores de la Clínica del Oriente
- ANEXO 6 – Consentimiento informado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alicia Monserrat, J. L. (2010). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*(50), 76-80. Obtenido de <https://www.sepyrna.com/documentos/psiquiatria50-1.pdf#page=56>

AMERICAN THYROID ASSOCIATION. (s.f.). Hipotiroidismo. *Thyroid.org*, <http://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/hipotiroidismo.pdf>.

Ana Belén Martínez Zazo, C. P. (2016). *Conceptos básicos en la alimentación*. Obtenido de <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>

Asociación Española de Gastroenterología; Sociedades Latinoamericanas de Gastroenterología. (s.f.). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *INFOGASTRUM*.

Attia, E., & Timothy, B. (2018). *Pica*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/pica>

Attia, E., & Timothy, B. (2018). *Transtorno de rumiación o mericismo*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-de-rumiacion-mericismo>

Bassy, N., & Dombritz, M. (s.f.). Obstrucción intestinal. En *Tratado de geriatría para residentes*.

Bonilla, M., & Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. *Precop SCP*. Obtenido de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/2.-Trastorno-espectro.pdf>

Bronberg, R., Alfaro, E., Bejarano, I., & Dipierri, J. (2011). Prevalencia de malnutrición en pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Dipierri/publication/262472547_Prevalencia_de_malnutricion_en_pacientes_con_discapacidad_intelectual_institucionalizados/links/58c86232aca2723ab17132f6/Prevalencia-de-malnutricion-en-pacientes-con-discapacidad-int

Ceballos, V., Orozco, L., & Zuluaga, E. (2016). *Tipos de dietas*. Rionegro.

Clinica del Oriente. (s.f.). *Institucion*. Obtenido de Clinica del Oriente: corporacion para la salud mental: <https://www.clinicadeloriente.co/>

DANE. (2004). *Información estadística de la discapacidad*. Obtenido de Departamento administrativo nacional de estadística : https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf

DANE. (2010). *Discapacidad*. Obtenido de Departamento administrativo nacional de estadística: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

Diario Información. (23 de Marzo de 2018). *Pautas para masticar correctamente*. Obtenido de Hábitos saludables: <https://www.diarioinformacion.com/vida-y-estilo/salud/2017/12/11/4-pautas-masticar-correctamente/1967184.html>

- DISCAPNET. (2016). Obtenido de <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
- Down España. (s.f.). *El Síndrome de Down*. Obtenido de <https://www.sindromedown.net/sindrome-down/>
- EPPIC. (s.f.). *¿Que es la psicosis?* Obtenido de <http://www.p3-info.es/PDF/EpiccSpanish.pdf>
- FAO. (2002). Macronutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas. En M. Latham, *NUTRICIÓN HUMANA EN EL MUNDO* (Vol. 29). Roma. Obtenido de <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0d.htm>
- FAO. (2014). *Por qué la nutrición es importante*. Obtenido de Segunda Conferencia Internacional Sobre Nutricion: <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>
- FEAD. (2016). Recomendaciones dieteticas en el estreñimiento. *Fundacion Española del Aparato Digestivo*. Obtenido de <https://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/recomendaciones-dieteticas-del-estrenimiento-20141118174823.pdf>
- FRESENIUS . (s.f.). *Enfermedad renal*. Obtenido de Fresenius Medical Care : <https://www.freseniusmedicalcare.com.co/es-co/pacientes-y-familias/enfermedad-renal/>
- Fresenius medical care. (2018). *Enfermedad renal*. Obtenido de Fresenius Medical Care: <https://www.freseniusmedicalcare.com.co/es-co/pacientes-y-familias/enfermedad-renal/>
- Fundacion para la diabetes. (s.f.). *Recomendaciones nutricionales*. Obtenido de <https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/208/recomendaciones-nutricionales>
- García, L., & Restrepo, S. (2010). La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. *Perspectivas en nutricion humana*. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/>
- García, M. H. (2018). El cuidado en el florecimiento o desarrollo humano personal: reflexiones desde la psicología para la bioética del cuidado. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/2251599764/fulltextPDF/7FE3014F22CF428BPQ/12?accountid=43551>
- Gonzales, D., Diaz, J., Bousoño, C., & Jimenez, S. (2010). Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral infantil y otras discapacidades neurologicas. *Asociacion Española de Pediatría*. Obtenido de <https://analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403310001621>
- González, D., Díaz, J., Bousoño, C., Martín, J., & S, J. (2010). Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral infantil y otras discapacidades neurológicas. *Anales de pediatría*. Obtenido de <https://www.analesdepediatria.org/es-patologa-gastrointestinal-nios-con-parlisis-articulo-S1695403310001621>
- Graziano, J. (2016). *La malnutrición es un problema de todos*. Obtenido de El País: https://elpais.com/elpais/2016/10/10/planeta_futuro/1476085010_698627.html
- Hospital, Santa Sofía. (2016). *Santa Sofía E.S.E Hospital Departamental Universitario de Caldas*. Obtenido de <http://www.santasofia.com.co/ss/>
- ICBF. (2016). *Guia tecnica del componente de alimentacion y nutricion para la poblacion con discapacidad*. Obtenido de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:

- https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/g7.pp_guia_tecnica_de_alimentacion_y_nutricion_para_poblacion_en_discapacidad_v1.pdf
- ICBF. (s.f.). Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con discapacidad cognitiva. Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla-cognitiva-7.pdf>
- ISES. (s.f.). *La alimentación en personas con discapacidad*. Obtenido de Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios: <https://www.isesinstituto.com/noticia/la-alimentacion-en-personas-con-discapacidad>
- Luis Fernando García Zapata, S. L. (2010). *Perspectivas en Nutrición Humana*, 77-85. Obtenido de http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/11409/1/GarciaLuis_2010_AlimentacionNi%20c3%b1oParalisis.pdf.pdf
- Matey, P. (2019). *Obstrucción intestinal: causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento*. Obtenido de Alimento: https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2019-10-14/obstruccion-intestinal-causas-sintomas-diagnostico-y-tratamiento_1568317/
- Mauro, I., Onrubia, J., Garicano, E., Cardenato, C., Hernández, I., Rodríguez, P., . . . García, B. (2016). Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual. *Revista de Neurología*, <http://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/nutricion.pdf>. Obtenido de <http://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/nutricion.pdf>
- Mauro, I., Onrubia, J., Garicano, E., Pina, D., Fortúnez, E., Villacorta, P., . . . García, B. (2016). Nutrición y actividad física en personas con discapacidad intelectual. *Centro de Investigación en Nutrición y Salud*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v43n3/art05.pdf>
- mcgHealth*. (2009). Obtenido de www.mcghealth.org/greystoneData/content.asp?pageid=P03696
- Minsalud. (2016). Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes-RIEN. *Resolucion numero 3803 de 2016*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203803%20de%202016.pdf
- Minsalud. (s.f.). *Discapacidad*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
- Monteverde, M. (2015). Exceso de peso y discapacidad en las personas mayores de la Argentina. *Salud Colectiva*. Obtenido de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652015000400005&script=sci_arttext&tlng=pt
- OMS. (2016). *Diabetes*. Obtenido de Organización Mundial de Salud: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- OMS. (2019). *Epilepsia*. Obtenido de Organización Mundial de Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- OMS. (s.f.). *Discapacidades*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>

- Paredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: *Reflexiones en psicología*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n15/n15_a07.pdf
- Pedron, C. (2016). Manual para la practica de la dieta cetogenica. *NUTRICIA*. Obtenido de https://senpe.com/documentacion/grupos/estandarizacion/manual_dieta_cetogenica.pdf
- Perez, M. (2014). *Hábitos dietéticos y problemas alimentarios y nutricionales en personas adultas con discapacidad intelectual leve-moderada (tesis doctoral)*. Universidad de Alicante, Alicante. Obtenido de <https://rua.ua.es/dspace/b>
- Raquel Aceves Diez, M. Y. (2018). *Guía para una correcta alimentacion en personas con parálsis cerebral o trastornos neurológicos*. Castilla y León: ASPACE. Obtenido de https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/8d09e-aspace_alimentacion_pc_web_190327.pdf
- Reyes, M. C. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Obtenido de https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo_el_concepto_de_cuidador.pdf
- Rivas, J. C. (2010). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería universitaria*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Rovira, I. (s.f.). *Hemiparesia: tipos, síntomas, causas y tratamiento*. Obtenido de *Psicología y mente*: <https://psicologiaymente.com/clinica/hemiparesia>
- Sangorrin, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Transtornos secundarios a deficit instrumental*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/disfemia_tartamudez.pdf
- SEMI. (s.f.). *Transtorno afectivo bipolar*. Obtenido de Sociedad Española de Medicina Interna: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/trastorno-afectivo-bipolar>
- Ser cuidador*. (14 de marzo de 2009). Obtenido de www.sercuidador.org/ayudas_tecnicas.htm
- Silva, R., & Silva, G. (2009). Características antropométricas y nutricionales de personas con discapacidad mental. Obtenido de http://www.fpjjournal.org.br/painel/arquivos/1548-9_Deficiencia_mental_Rev2_2009_Espanhol.pdf
- Stanford Childrens Health. (s.f.). *Parálisis cerebral*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=parliscerebral-90-P05704>
- Tirado, P. (2014). *Cuanto masticar para asegurar una buena digestion*. Obtenido de *Federacion Odontologica Colombiana* : <http://federacionodontologiacolombiana.org/blog/general/cuanto-masticar-para-asegurar-una-buena-digestion>
- UGT. (2009). *Hipoacusia*. Obtenido de *Enfermedades profesionales*: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_librocat_hipoacusia/eepp%20hipoacusia.pdf
- Ventoso, M. R. (2000). Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. Obtenido de <https://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/autismo.y-problemas-de-alimentacion.pdf>
- Videa, P. (2016). Comprendiendo la discapacida:datos, criterios, reflexiones.

Viñas Diz, A. V. (2004). Tratamiento fisioterápico de las alteraciones posturales y reflejos orales en la parálisis cerebral infantil y otras alteraciones neurológicas. 226-234. Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/20975/V%3b1asDz_Trmtmto.pdf?sequence=3&isAllowed=y