



ISSN 2718- 711X

Año XX - N° 27 - 2025

Universidad Nacional de San Luis

Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Jesús Valero García Universidad Ramón Llul. Barcelona, España.

Dr. Ignacio Cobeta Marcos. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, España.

Dr. Joan Ferrés Prats. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.

Dr. Juan Narbona. Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Dra Nidia Patricia Cedeño. Grupo de investigación en anomalías craneofaciales de Comfamiliar Risaralda, Colciencias, Colombia.

Dr. Carlos Curet. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Dr. Vicente Curcio. Universidad del Museo Social. Buenos Aires, Argentina.

Dra. Nancy Molina. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.

Dra. María del Carmen Campos. Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires, Argentina.

Dra. Patricia Vázquez Fernández. Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires, Argentina.

Dra. Nora Neustadt. Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires, Argentina.

Esp. Viviana Carmen Casaprima. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina.

Dra. María Luján Correa. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Mag Liliana Cortese Marhild. Universidad Nacional de Río Cuarto. Córdoba, Argentina.

Esp. Gabriel Converso. Universidad del Gran Rosario. Santa Fe, Argentina.

Dra. Dora Diana Luengo. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Lic. Liliana Vicenta Sacco. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina.

Lic. Alicia Susana Tobares. Universidad Nacional de Córdoba. Universidad Nacional de Villa Mercedes. Argentina.

Dra. Ramona Domeniconi. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Esp. Leticia Pogliano. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fé, Argentina.

Mag. Cristina Elisabeth Gutierrez. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

Esp. Natalia Pugliese. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Mag. Bibiana Edith Hidalgo. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Dra. María Eugenia Boyé. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Esp. Jackeline Noemí Miazzo. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Esp. María Elena Pereira Flores. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Esp. Silvia Adriana Vega. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

ÍNDICE

COMITÉ CIENTÍFICO.....	2
EDITORIAL	4
Patrones de succión en bebés de 0 a 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y con lactancia artificial, en Huinca Renancó, Córdoba	6
Caracterización clínica de la disfagia en pacientes adultos con hipertrofia tonsilar usando la Escala EATING-ASSESSMENT TOOL-10.....	24
Síntomas de discomfort del tracto vocal en estudiantes de instrumentos musicales de viento	32
Más Allá de los Años: Evaluando el índice de Satisfacción con la vida en Personas Mayores que Permanecen Activas.....	43
Riesgo de caídas en adultos mayores	59
Reflexiones acerca del bilingüismo en las personas sordas	68
Adquisición lexical temprana: Mapeo rápido y Mapeo lento	82
Procesos de Simplificación Fonológica en niños de cuatro años pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro	89
Experiencias de aprendizaje en el marco del Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.....	102
Proyecto de extensión. Ingreso escolar: evaluación del lenguaje en tiempos de infancia.....	112
Estudio sobre hábitos saludables: encuestas validadas	122
Frecuencia de diabetes y las características alimentarias en adultos que asisten a un comedor de barrio vulnerable de la Ciudad de San Luis	139
Psicoterapia en la era digital: ¿la Inteligencia Artificial como evaluadora experta de la respuesta terapéutica?.....	155
Abordaje del Acoso Escolar en Preadolescentes	166

EDITORIAL

Estimados lectores, nos complace presentar la séptima edición digital de “Metavoces”, año en el que nos despedimos de nuestra gestión editorial.

Con este número, llegamos al cierre de una etapa la cual nos ha enriquecido con aprendizajes, desafíos a superar y grandes satisfacciones, en lo personal e institucional. Culmina de esta forma nuestra gestión al frente de esta publicación, que ha sido más que una revista de difusión de conocimiento: logró ser un espacio de encuentro, reflexión y construcción colectiva disciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.

Durante este año, “Metavoces” también celebra su vigésimo aniversario. Esta publicación, fundada en 2005 en el seno de la Facultad de Ciencias Humanas, fue concebida como un homenaje al trigésimo aniversario de la Clínica Fonoaudiológica “Lic. Nélide Lidia Rivarola”. Desde entonces, la revista ha acompañado y dado voz a las experiencias, reflexiones y avances en el campo de la Fonoaudiología y disciplinas afines.

Actualmente, “Metavoces” se encuentra bajo la órbita del Departamento de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias de la Salud, consolidándose como un espacio fundamental para la difusión del conocimiento y el intercambio académico entre profesionales, docentes y estudiantes. A lo largo de sus dos décadas de trayectoria, la revista ha fortalecido su compromiso con la comunicación y la formación, reflejando la evolución y los desafíos de cada una de las disciplinas comprometidas en la divulgación del conocimiento.

Esta celebración nos invita a reconocer el valor de la publicación y a renovar el compromiso de sostener y enriquecer los espacios de socialización científica y reflexión profesional.

Este número cuenta con 14 artículos, los cuales constituyen aportes científicos de diferentes disciplinas y espacios del conocimiento que construyen saberes para contribuir a la SALUD y la COMUNICACIÓN HUMANA. Por tanto, para nosotras es una enorme satisfacción haber concretado una vez más una publicación, que ha dado voz a múltiples miradas, y generado una relación dialógica con nuestros lectores y autores que confían en “Metavoces” para publicar sus trabajos. De esta manera, la transmisión y difusión del conocimiento científico se hace posible.

Nada de esto se hubiera concretado sin el trabajo comprometido de quienes nos acompañaron en este camino: COMITÉ CIENTÍFICO y EDITORIAL, gestión DEPARTAMENTAL, como así también la gestión de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, cuya Decana: Esp. Ma. Cecilia Camargo y Vice-Decana: Dra. Ma. Luján Correa dieron forma y concretaron la firma de un ACTA ACUERDO con la Facultad de Ciencias Físico Matemáticas y Naturales, gestión Dra. Marcela Printista e Ing. Alfredo de Batista, para trabajar junto al Departamento de Informática con los docentes el Dr. Carlos H. Salgado y el Esp. Ing. Mario G. Peralta quienes han trabajado arduamente y hoy se materializan sus esfuerzos en la concreción del acuerdo entre ambas facultades.

Nos despedimos con la tranquilidad de haber aportado nuestro granito de arena con dedicación, profesionalismo y amor por la labor editorial. Asimismo, entregamos a la nueva gestión el trabajo realizado con la certeza que nuevas ideas y miradas frescas renovarán y

nutrirán estas páginas con entusiasmo y creatividad, y con la convicción que podrán superar desafíos, entre ellos la concreción de la pronta indexación.

Agradecemos profundamente haber sido parte de esta historia. Nos vamos, pero quedamos siempre cerca, como lectores, colaboradores, como parte de esta comunidad para seguir creciendo junto con “Metavoces”.

Gracias por acompañarnos.

Hasta siempre.

Esp. Sonia Cecilia Echegaray

Editora Asociada

Esp. María Alejandra de Vicente

Directora General

Patrones de succión en bebés de 0 a 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y con lactancia artificial, en Huinca Renancó, Córdoba

Sucking patterns in babies from 0 to 6 months of age, exclusively breastfed and artificially breastfed, in Huinca Renancó, Córdoba

Recibido para publicar el 6 de junio de 2025.

Aceptado para su publicación el 15 de junio de 2025.

Versión final 16 de junio de 2025.

Cómo citar este artículo: Nicola, Fiorella¹ y Comerci, Agustina². **Patrones de succión en bebés de 0 a 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y con lactancia artificial, en Huinca Renancó, Córdoba.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 6- 23

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue describir las variaciones que se encuentran en los patrones de succión en bebés nacidos a término, de 0 a 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y alimentados con lactancia artificial exclusiva.

El trabajo fue de carácter *observacional y prospectivo*. Asimismo, fue *transversal y descriptivo*. En cuanto a la *población* se trató de bebés nacidos a término, de 0 a 6 meses de edad alimentados con lactancia materna exclusiva o con lactancia artificial de la ciudad Huinca Renancó, Córdoba.

Para llevar a cabo esta investigación se realizó una evaluación que incluyó una entrevista a cuidadores donde se obtuvieron datos de identificación de cada bebé, antecedentes pre, peri, postnatales y de alimentación. Además, se tomó el protocolo "Pauta de Evaluación de Succión" mediante el cual se obtuvieron datos sobre los patrones de succión.

Teniendo en cuenta los resultados se puede afirmar que se encuentran variaciones en los patrones de succión en bebés de 0 a 6 meses, alimentados con LME y LAE en la ciudad de Huinca Renancó. Asimismo, la investigación dejó entrever que la lactancia materna exclusiva desde el pecho aporta aspectos favorecedores y de mayor eficacia al proceso alimenticio, relacionados con los patrones de succión esperables, mientras que, por el contrario, en la alimentación artificial la experiencia requiere de adaptaciones constantes de dichos patrones de succión dependiendo además de la influencia de otros condicionantes. Es por eso que, la alimentación en el pecho materno representa una experiencia más favorable y enriquecedora.

Palabras clave: patrones de succión - bebés - lactancia materna - lactancia artificial

Abstract

The objective of this study was to describe the variations found in sucking patterns in full-term infants, aged 0 to 6 months, who were exclusively breastfed and exclusively bottle-fed.

The study was observational and prospective. It was also cross-sectional and descriptive. The population consisted of full-term infants, aged 0 to 6 months, who were exclusively breastfed or bottle-fed, in the city of Huinca Renancó, Córdoba.

To conduct this research, an assessment was conducted, that included an interview with caregivers, where identification data were obtained for each infant, along with prenatal, peri-, postnatal, and feeding history. The "Sucking Assessment Guidelines" protocol was also used to obtain data on sucking patterns.

¹ Lic. en Fonoaudiología. fnicola.ch@gmail.com

² Lic. en Fonoaudiología. Esp. en Primeras Infancias. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. acomerci@email.unsl.edu.ar

Based on the results, it can be stated that variations are found in sucking patterns in infants aged 0 to 6 months who were exclusively breastfed and bottle-fed in the city of Huinca Renancó. Furthermore, the research suggested that exclusive breastfeeding provides beneficial and more effective aspects of the feeding process, related to expected sucking patterns. However, in contrast, formula feeding requires constant adjustments to these sucking patterns, also influenced by other factors. Therefore, breastfeeding represents a more favorable and enriching experience.

Keywords: sucking patterns - babies - breastfeeding - bottle feeding

Introducción

Según Queiróz (2002), la succión es una función estomatognática definida como proceso fisiológico complejo que se da de manera refleja e inicia su desarrollo desde el quinto mes de vida intrauterina hasta el cuarto mes de vida postnatal volviéndose un acto voluntario que estimula el desarrollo de diversos grupos musculares y regiones óseas facilitando el equilibrio entre las mismas.

De acuerdo con Koenig, Davies y Thach (1990, como se citó en Inostroza et al., 2013) este proceso requiere de la integración de habilidades sensorio-motoras que permitan asegurar la ingesta suficiente de alimento, de fácil asimilación y con el menor consumo de energía posible.

Existen diferentes formas de alimentar a los lactantes. Una de ellas es la lactancia materna exclusiva la cual, consiste en que el bebé únicamente reciba leche humana mediante la succión del pecho materno durante los primeros 6 meses de vida. Otro modo de llevar a cabo la alimentación del bebé, es la llamada lactancia artificial, en la que el neonato es alimentado con leche de fórmula, habitualmente por medio de una mamadera o biberón.

En cuanto a la fisiología de la succión según Riordan y Wambach (2010, como se citó en Inostroza et al., 2013) se advierte que el proceso de la succión nutritiva está integrado por tres fases que están íntimamente relacionadas entre sí, también conocidas como coordinación succión, deglución y respiración (Queiróz, 2002).

Los patrones de succión que pueden presentarse en los lactantes se clasifican en tres: Tipo I consiste en inspirar-deglutir-espirar, espirar-deglutir-inspirar; Tipo II inspirar-deglutir-inspirar y espirar-deglutir-espirar; Tipo III se da cuando se producen apneas por degluciones múltiples (dos o más degluciones). En la etapa neonatal la secuencia de las fases es 1:1 es decir, que debe existir una succión por cada deglución y respiración (Mizuno et al., 2002; Vice et al., 1995, como se citó en Rendón y Serrano).

Teniendo en cuenta lo expuesto, surge el siguiente interrogante:

¿Qué variaciones se presentan en los patrones de succión en lactantes de 0 a 6 meses de edad alimentados con lactancia materna exclusiva a diferencia de aquellos alimentados con lactancia artificial?

Objetivo

- Describir las variaciones que se encuentran en los patrones de succión en recién nacidos de término de 0 a 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y aquellos alimentados con lactancia artificial en la ciudad de Huinca Renancó, Córdoba.

Desarrollo

Succión

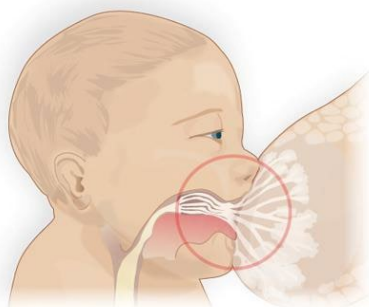
La succión en neonatos y lactantes da lugar a la fase oral de la deglución, y consiste en una serie de contracciones labiales y bucales con elevación de la lengua (Philippe et al., 1998 como se citó en Pérez, 2012). Al comienzo la succión se da de manera refleja. El reflejo de succión es regulado por el tronco encefálico y va desapareciendo gradualmente entre el tercer y el cuarto mes de vida postnatal volviéndose voluntario (Murry y Carrau, 2006, como se citó en Pérez, 2012). Los recién nacidos a término logran realizar la succión mientras respiran y degluten de forma rítmica entre las respiraciones (Annunziato, 2001, como se citó en Pérez, 2012).

Para que la succión pueda llevarse a cabo es necesario que el bebé pueda encontrar la fuente de alimento. Los bebés cuentan con el reflejo de búsqueda que se activa al acariciar alrededor de la boca y comisuras, desencadenando un movimiento de la cabeza hacia dicha fuente. Esto sucede ante el estímulo térmico-táctil de los labios con el pezón, lo que desencadena un mecanismo reflejo de presión labial producida por el orbicular de los labios. A continuación, se produce el acanalamiento lingual, y su posición es adelantada a causa del pecho materno.

La boca actúa como depósito mientras que las respiraciones se producen de manera regular. La mandíbula desciende y se adelanta, produciendo allí movimientos verticales, desarrollándose posteriormente los movimientos circulares. Los músculos milohioideos son los encargados de llevar a cabo esta acción y los elevadores son los responsables de la retracción hacia arriba. La lengua, inmediatamente, cambia de acanalada a transversal para que (junto con la contracción de los músculos orbiculares), desencadene una presión negativa y se produzca la extracción de leche a demanda (Moyano et al., 2001, como se citó en Pérez, 2012).

Figura 1

Posición del lactante.



En la imagen de Ruiz se puede observar cómo deben estar dispuestos los órganos fonoestomatognáticos del lactante para realizar adecuadamente la succión en el pecho (Ruiz, s.f.).

Deglución

Se define a la deglución como una actividad neuromuscular compleja e integrada. La misma está compuesta por una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas que se encargan de transportar el alimento desde la cavidad oral hacia el estómago. El movimiento de deglución comienza alrededor de la duodécima semana de vida intrauterina (Queiroz, 2002). Se compone por cuatro fases que serán descritas a continuación.

Fase preparatoria oral

Esta fase da inicio cuando se prueba el alimento, éste se mezcla con la saliva formando el bolo del tamaño apropiado para lograr el movimiento en la faringe y esófago. Esta fase es voluntaria, consciente, rítmica y coordinada. La lengua conserva el bolo contra el paladar duro. En esta fase, la musculatura labial debe estar intacta para formar, sellar y prevenir derrames anteriores (Herbst J., 1981, como se citó en Pérez, 2012). En caso de que el alimento sea líquido, la lengua cambiará activamente logrando oclusión contra la zona alveolar superior (Moyano H., 1998, como se citó en Pérez, 2012).

Fase oral propiamente dicha

En esta fase la lengua comienza a mover el bolo en otra dirección, se requiere que la lengua realice movimientos centrípetos y centrífugos además de la coordinación adecuada para propulsar el bolo hacia la faringe. En conjunto con la lengua, el cierre labial y los músculos de las mejillas delimitarán la cámara bucal que impedirá el pasaje prematuro del bolo hacia la faringe. La porción posterior de la lengua se pone en contacto con el paladar blando previniendo el escape prematuro. Esta fase generalmente tarda menos de un segundo en completarse.

Cuando la acción de la lengua termina y el bolo se ubica en la porción posterior de la misma, el velo del paladar se eleva, los labios y músculos bucales se contraen para elevar la presión y reducir el volumen de la cavidad oral.

Se produce “el gatillo” cuando el bolo contacta con el velo del paladar permitiendo que la porción posterior de la lengua se deprima, y las porciones anteriores y medias se eleven dando comienzo a la propulsión del bolo a la orofaringe. Al mismo tiempo, se eleva el hueso hioides gracias a la contracción de los músculos suprahioides y a la relajación de los infrahioides (Martin Harris, et al. 2004, como se citó en Pérez, 2012).

Fase faríngea

Esta fase da inicio cuando el bolo alcanza el arco anterior de las fauces. Dicha fase es involuntaria y refleja, y una vez iniciada no se puede detener, el tiempo de duración es corto, siendo menor a 0,5 segundos. La contracción de la musculatura faríngea produce la relajación simultánea del esfínter esofágico superior y, mientras esto ocurre, la respiración es inhibida.

Fase esofágica

La musculatura del esófago genera las ondas primarias encargadas de transportar el alimento al estómago (Derkay y Schechter. 1998, como se citó en Pérez, 2012). Esta fase se define como involuntaria e inconsciente (Carré, 1993, como se citó en Pérez, 2012). Y el punto final para el bolo está en la unión del esófago y el estómago, allí mismo se produce su apertura permitiendo que el alimento ingrese al estómago (Logemann, 1983, como se citó en Pérez, 2012).

Respiración

Según Queiroz (2002), la respiración se presenta después del nacimiento ejerciendo una función vital en la vida de todo ser humano. La misma se produce por vía nasal donde se cumplen funciones como la de calentar, humedecer y filtrar impurezas del aire.

Coordinación succión- respiración- deglución

La *succión* comienza en el momento que el lactante introduce a su boca el complejo areola-pezones para extraer leche.

Las estructuras anatómicas se disponen de la siguiente forma: rodeando el pecho materno se encuentran los labios del bebé que junto con las mejillas obturan el escape de la leche. Sobre la encía inferior y detrás del labio se encuentra la punta de la lengua mientras que el resto de ésta se encuentra en posición de reposo. La base del pezón se sitúa entre la encía superior y la lengua mientras que la punta del mismo alcanza el límite entre el paladar duro y el velo del paladar.

Durante el proceso de la succión la mandíbula se eleva gracias a la acción del músculo masetero que a su vez provoca la elevación de la punta de la lengua mientras que la parte

posterior se deprime y retrae generando movimientos ondulatorios. Dichos movimientos permiten la formación de un canal por el cual se dirige la leche en sentido antero-posterior generando una presión.

El reflejo de la *deglución* es desencadenado debido a los receptores que se encuentran en la parte posterior de la cavidad oral que se activan cuando el volumen de leche acumulado es adecuado. La porción posterior de la lengua se eleva y comprime contra la pared posterior de la faringe mientras el pezón sigue en contacto con el paladar realizando movimientos de descenso y retrusión permitiendo el paso de la leche.

El paladar blando se eleva para separar la vía aérea de la vía digestiva, la laringe se eleva y adelanta para cerrar la tráquea conduciendo la leche al esófago volviendo posteriormente a su posición inicial. Por último, la mandíbula del bebé desciende, lo que hace posible comenzar con un nuevo ciclo (Riordan y Wambach, 2010, como se citó en Inostroza et al., 2013).

La *respiración* se compone por dos fases, la primera fase es la inspiración, en esta fase el aire ingresa a los pulmones por medio de las vías aéreas superiores oxigenando la sangre, la segunda fase es la expiración en la que el dióxido de carbono es expulsado de los pulmones hacia las vías aéreas superiores siendo desechado del cuerpo.

Durante un ciclo de succión coordinada, la respiración se da de forma continua excepto en el momento que se desencadena la deglución. En ese instante se produce una apnea donde el flujo de aire es momentáneamente interrumpido para permitir el paso del bolo alimenticio hacia la faringe. Esta apnea puede durar aproximadamente 0,5 segundos y luego el flujo de aire es inmediatamente restaurado (Woolridge, 1986, como se citó en Inostroza et al., 2013).

Patrones de succión

La succión es una función orofacial en la que intervienen diferentes parámetros y el patrón de succión va a estar definido por dichos parámetros siendo los mismos: prensión, movimiento lingual, movimiento mandibular, acanalamiento lingual, número de succiones entre pausas, tiempo empleado en trenes de succión, longitud de la pausa, ritmo, fuerza, frecuencia de succiones por segundo, acumulación de alimento o saliva y pérdida de alimento o saliva (Inostroza et al., 2013).

Se considera que la succión puede variar teniendo en cuenta diferentes factores, uno de ellos es la fuente de alimentación (Lactancia Materna Exclusiva o Lactancia Artificial Exclusiva).

Suckling y sucking

Diversos autores concuerdan en definir *Suckling* y *Sucking* como fases de la succión que suceden durante el desarrollo del lactante.

Desde el nacimiento hasta el cuarto mes de vida del bebé se observa el desarrollo paulatino de *Suckling* o patrón por lamidas. Éste se caracteriza por movimientos linguales de retrusión y protrusión rítmicos, apertura y cierre pronunciados del maxilar inferior y cierre labial suave.

Según Watson (2012, como se citó en Inostroza, et al., 2013) dicho ciclo conlleva entre tres a cinco succiones, seguido de una pausa de la misma duración en la cual el neonato respira. Conjuntamente, se genera una presión positiva en la cavidad oral logrando introducir el líquido dentro de la boca.

Cabe destacar que la retrusión lingual es más pronunciada que la protrusión y la lengua no se extiende más allá del borde labial (Arvedson y Brodsky, 2002; Fernández, 2011, como se citó en Inostroza, et al., 2013).

Por otro lado, el *Sucking* comienza a desarrollarse alrededor de los 4 meses (Ramírez y Sampallo, 2017) y está caracterizado por movimientos linguales más precisos de los

músculos intrínsecos de la lengua que se dirigen hacia arriba y hacia abajo acompañado de un deslizamiento vertical del maxilar inferior.

Esta etapa de succión madura consta de entre 10 a 30 succiones con intervalos cortos entre cada serie. Existe una coordinación entre succión-deglución y respiración con una relación de 1:1:1.

Una vez que el bebé succiona, la lengua realiza movimientos peristálticos que trasladan el bolo de leche al esófago, produciendo la deglución y el ciclo vuelve a empezar (Watson, 2012, como se citó en Inostroza, et al., 2013).

En la fase Sucking, a diferencia de Suckling, se puede apreciar una disociación del movimiento de la lengua y la mandíbula por lo que es considerado el patrón de succión más maduro. En esta fase se produce la presión positiva antes mencionada, pero se observa además una presión negativa que se logra como consecuencia de los movimientos anteriormente nombrados sumado al eficiente sellado labial y al acanalamiento de la lengua (Arvedson y Brodsky, 2002, como se citó en Inostroza et al., 2013).

Entre las semejanzas que se pueden encontrar en ambos patrones, se observa que tanto en Sucking como en Suckling, los bordes de la lengua realizan movimientos que permiten crear un centro de gravedad para que, de esta manera, se pueda formar el bolo alimenticio. Asimismo, en ambos patrones de succión se muestra un sube y baja de lengua y mandíbula, por lo cual es posible que se cree una presión necesaria para extraer el líquido del pezón materno y/o mamadera e introducir dicho líquido en la cavidad oral (Arvedson y Brodsky, 2002, como se citó en Inostroza et al., 2013).

Succión nutritiva y no nutritiva

Es posible clasificar la succión de acuerdo con la ingesta o no de alimento en succión nutritiva y succión no nutritiva. Ambos patrones de succión no son excluyentes, sino que se pueden alternar en una misma toma a medida que haya o no flujo de alimento (Costas et al., 2006; Da Costa et al., 2008 como se citó en Inostroza et al., 2013).

Se denomina *succión nutritiva o nutricia* al proceso fisiológico que le permite al lactante obtener el alimento. Es un proceso aeróbico que se logra con la realización de movimientos linguales y mandibulares, sumado a la coordinación de sus tres fases: succión, respiración y deglución (Gryboski, 1969; Moral, 2010, como se citó en Rendón y Serrano, 2011).

Se pueden observar succiones continuas, con una frecuencia de una succión por segundo, dando tiempo a la correcta coordinación con la respiración y deglución (Andrade y Cols; 1998; La Orden, et al., 2012 como se citó en Inostroza et al., 2013).

Por otra parte, la succión no nutritiva es definida como un comportamiento complejo que se lleva a cabo mediante la coordinación de diversos músculos que propician la generación de patrones motores orales (Figuroa, 2013, como se citó en Inostroza et al., 2013). Mediante este tipo de succión no se obtienen nutrientes y se puede ejecutar al succionar un dedo, chupete o pecho materno (sin flujo de alimento). La estimulación motora oral que posibilita la succión no nutritiva es favorable para el desarrollo y el mantenimiento del reflejo de succión (Harding et al., 2006, como se citó en Guido et al., 2012).

Dentro de las funciones de la *succión no nutritiva* se destacan el dar placer y calma al bebé ya que el llanto promueve una desorganización psicológica que se reduce al succionar. También es beneficioso durante procedimientos dolorosos ya que ayuda a disminuir la frecuencia cardíaca y respiratoria contribuyendo, además, en la autorregulación del bebé optimizando los periodos de alimentación y descanso (La Orden y Cols. 2012; Fernández, 2011; Jones & King, 2005 como se citó en Inostroza et al., 2013).

La succión no nutritiva propicia una buena musculatura oral que facilita la asociación entre la succión y la saciedad, ayuda en el proceso de digestión promoviendo la movilidad

gástrica, aumentando la liberación de enzimas involucradas y también genera una disminución del umbral entre el sueño y la vigilia. Por último, lleva una mayor oxigenación durante y después de la alimentación logrando facilitar la transición para la alimentación por vía oral (Andrade y Cols, 1998; Figueroa, 2013; González, 2006 como se citó en Inostroza et al., 2013).

Respecto al tiempo de duración, el mismo es menor que en la *succión nutritiva*, organizándose en series de succiones cortas con frecuencia de dos succiones por segundo separadas por pausas breves (La Orden y Cols. 2012; Fernández, 2011; Jones & King, 2005 como se citó en Inostroza et al., 2013).

Características de la lactancia materna y la lactancia artificial

Lactancia Materna

Existen distintas formas de alimentar a los neonatos, una de ellas es la lactancia materna. Este tipo de alimentación se da cuando el bebé es alimentado mediante el pecho materno con leche humana. La Lactancia Materna Exclusiva (LME) se denomina al tipo de alimentación que consiste en que el lactante sólo reciba leche materna sin ingesta de otros alimentos líquidos, sólidos o semisólidos a excepción de soluciones rehidratantes, medicamentos, minerales o vitaminas. La lactancia materna exclusiva es recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) para preservar la salud de los infantes hasta los 6 meses de vida.

Durante el amamantamiento se produce la aprehensión del pezón y la salida de la leche, el bebé abre la boca para recibir el pezón, luego protruye la mandíbula y la eleva activando los músculos elevadores. Los labios adoptan una forma de C en la unión cóncava del pezón, se adosan a él creando un vacío (Pilonieta G. y Torres E., 2003 como se citó en Pérez, 2012).

Cuando el alimento proviene del pecho materno el bebé toma el pezón y parte de la areola para que salga la leche. Para lograrlo comprime las ampollas lactíferas a través de un movimiento de retrusión y de esa manera trae la leche hacia el paladar duro y la parte posterior de la lengua (Palmer, 1998, como se citó en Pérez, 2012). Produciendo entre 2000 a 3500 movimientos de la mandíbula. En cambio, la cantidad de movimientos mandibulares se reduce significativamente, de 1500 a 2000, cuando la lactancia se produce de manera artificial (Queiroz, 2002).

Una vez que el selle permanece intacto, se adelanta el maxilar inferior frente al superior y contrae el músculo orbicular de los labios sobre la areola. Estableciendo de esta manera el modo respiratorio nasal.

Los músculos pterigoideos, maseteros, temporales, digástrico, genihiioideo y milohioideos van a estabilizar la mandíbula durante los movimientos de descenso, protrusión, elevación y retrusión producidos en el acto de amamantamiento (Merino M, 2003, como se citó en Pérez, 2012).

Al principio los músculos mandibulares se disponen horizontalmente facilitando el movimiento anteroposterior necesario para permitir la succión nutritiva. Con el desarrollo, el ángulo se moldea logrando la verticalización de los músculos preparándose para la masticación (Pilonieta G. y Torres E., 2003 como se citó en Pérez, 2012).

Todos los movimientos se logran sin que la lengua salga de la parte anterior de la boca ayudando a la adquisición de tono muscular y colaborando con la correcta postura de la misma. Gracias a esto se logra la correcta deglución y la preparación de las estructuras.

Durante el amamantamiento los centros propioceptivos de los labios, lengua, mejillas, músculos y articulación temporomandibular van a recibir estímulos nerviosos que

van a contribuir al desarrollo de una configuración adecuada de los arcos dentarios y demás estructuras óseas, musculares y articulares, favoreciendo que crezcan en armonía (Merino M.

2003, como se citó en Pérez, 2012).

Lactancia artificial

Se denomina *lactancia artificial* al tipo de alimentación en la que los neonatos son alimentados con leche de fórmula (o, en algunos casos, con leche materna). La administración de la misma consiste en el uso de una mamadera o biberón.

Los mecanismos deglutorios con este tipo de alimentación son diferentes a los del amamantamiento.

Cuando el bebé succiona la tetina se activan los músculos buccinadores y orbiculares de los labios, adquiriendo la lengua una posición baja en la punta y elevada en el dorso, mantiene la mandíbula en posición distal e impide la realización de los movimientos de avance y retroceso mandibulares pudiendo verse afectado como consecuencia, el correcto desarrollo cráneo-facial.

La lengua funciona como una válvula de control sobre la leche que impide los atragantamientos. De esta forma, la mamadera se vaciará en pocos minutos y el lactante posiblemente se manifieste sin hambre, pero la succión como función neurológica estará insatisfecha. Este impulso neuronal de succión hará que el niño acepte el chupete o quiera chuparse el dedo (Benitez et al.; 2009 como se citó en Pérez, 2012).

En niños alimentados con Lactancia Artificial se puede encontrar un reflejo nauseoso causado por el contacto con la úvula y el paladar blando, los reflejos de succión y deglución pueden ser inadecuados y la apertura bucal exacerbada. También puede llegar a observarse una disminución del trabajo muscular y de la estimulación para la maduración y desarrollo craneofacial, pues como se mencionó previamente es notable la diferencia entre la cantidad de movimientos mandibulares que implican ambas formas de alimentación.

También disminuye la excitación neural necesaria para el desarrollo de la articulación temporomandibular y se produce pereza masticatoria. A su vez, el uso de mamadera estimula la aparición de hábitos nocivos y la maloclusión de piezas dentarias.

Todos estos impulsos que tienen como objetivo satisfacer la succión pueden favorecer la aparición de hábitos nocivos que posteriormente puedan resultar en deformaciones de las estructuras y alteraciones de las funciones estomatognáticas (masticación, deglución, fonación y respiración) (Piloneta G. 2003 como se citó en Pérez, 2012).

A continuación, se describen las diferencias entre ambos tipos de alimentación.

Existen tres diferencias básicas entre el pezón materno y la tetina. Las mismas están marcadas por el tamaño, el flujo del alimento y el área que rodea la tetina. Las tetinas de las mamaderas han evolucionado intentando asemejarse al pecho materno, pero aun así los bebés no hacen el mismo esfuerzo que cuando se amamantan del pecho materno. Por ello, el crecimiento es menor, los maxilares quedan más pequeños y los dientes no caben en las arcadas (Piloneta G, 2003 como se citó en Pérez, 2012).

A continuación, se expone un cuadro comparativo que evidencia las diferencias más relevantes entre ambos tipos de alimentación:

Tabla 1

Diferencias funcionales entre la deglución por alimentación natural y artificial

<i>Factores generadores</i>	<i>Lactancia materna</i>	<i>Lactancia artificial</i>
-----------------------------	--------------------------	-----------------------------

Alimento fluye	A demanda	Gravedad
Posición lingual	Anterior adelantada	Anterior retraída
Lengua durante la alimentación	Acanalamiento longitudinal y cambia a transversal	Posición transversal
Estimulación del mamelón gingival	Buena	Regular
Movimientos propulsivos de los maxilares	Generan una buena activación muscular	No generan buena activación muscular
Actividad neuromuscular	Buena	Regular
Función	Fisiológica	Alterada
Forma	No se altera	Puede alterarse en relación con el tiempo de la alimentación artificial
Produce aprendizaje	Reflejos deglutorios normales	Reflejos deglutorios anormales
Produce	Deglución normal	Deglución atípica

Esta tabla muestra las diferencias funcionales que se encuentran en la deglución en bebés alimentados con lactancia materna exclusiva y bebés alimentados con lactancia artificial (Etiología de las maloclusiones. 2002 como se citó en Pérez, 2012).

Material y métodos

Tipo de trabajo

El trabajo de investigación fue de carácter *observacional* y *prospectivo* ya que los datos fueron obtenidos al iniciar la investigación mediante la observación. Asimismo, fue *transversal* y *descriptivo* ya que los datos obtenidos fueron descriptos para facilitar la comprensión del tema abordado.

En cuanto a la *población* se trató de bebés nacidos a término, de 0 a 6 meses de edad alimentados con lactancia materna exclusiva o con lactancia artificial. La *muestra* que se tomó para llevar a cabo esta investigación fue de tipo aleatoria y se seleccionaron 15 (quince) bebés, 9 (nueve) alimentados con *lactancia materna exclusiva* y 6 (seis) alimentados con *lactancia artificial*, de la localidad de Huinca Renancó, Córdoba.

Instrumento de recolección de datos

A fin de recolectar los datos de la muestra, se realizó una adaptación del instrumento de recolección de datos realizado por Elisabeth Inostroza Santibáñez; Irma Leal Levin; Silvana Neira Saavedra; Gabriela Pérez Rodríguez; Karen Villarroel Iasalvatore de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La evaluación denominada *Pauta de Evaluación de las Funciones Orofaciales en lactantes*

fue realizada en el año 2013 y se compone de:

- Información de la ficha clínica. Este apartado tiene como finalidad recolectar datos de identificación del neonato y su familia.
- Entrevista a los padres. Este cuestionario está dirigido a los cuidadores del lactante y con él se pretende obtener información sobre antecedentes personales, prenatales, perinatales y postnatales.
- Evaluación propiamente dicha. Este apartado tiene como finalidad recabar información de las funciones orofaciales incluyendo reflejos, succión y alimentación.

El instrumento de recolección de datos previamente descrito fue modificado y adaptado a las necesidades de la presente investigación.

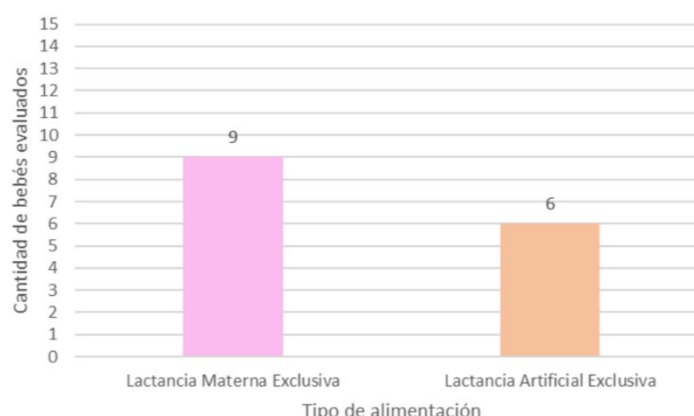
Análisis e interpretación de los resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre la investigación.

Para comenzar, se cuantificó la cantidad de bebés evaluados alimentados con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y alimentados con Lactancia Artificial Exclusiva (LAE). En todos ellos se observó un APGAR en el rango de valores de 7 a 10.

Figura 2

Tipo de alimentación de los lactantes evaluados



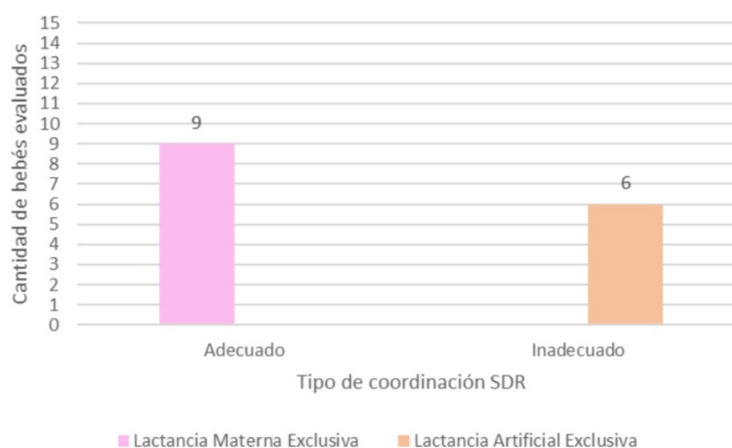
Nota. Este gráfico representa el 100% de la muestra observada, siendo el total de 15 lactantes; 9 (es decir, el 60%) alimentados con Lactancia Materna Exclusiva, y 6 (el 40%) alimentados con Lactancia Artificial Exclusiva. Se observa que el número de lactantes que se alimentan del pecho materno es mayor que el número de lactantes alimentados con mamadera (los colores con los que se han representado cada tipo de lactancia se mantienen igual en el análisis de los posteriores gráficos, para su mejor lectura).

A partir de determinadas características observadas y en función de la edad de los bebés se logró realizar una clasificación de las fases de succión en la que se encontraban los lactantes al momento de la evaluación. En el caso de los bebés alimentados con Lactancia Materna Exclusiva el 55% está en la fase de Suckling mientras que el 45% en la fase de Sucking. Por otro lado, en los lactantes alimentados con LAE el 50% está en la fase de Suckling y el otro 50% en la fase de Sucking.

A continuación, se analizaron diferentes factores que intervienen en el proceso de alimentación de los lactantes. Uno de ellos fue la triada coordinación Succión/Deglución/Respiración pudiendo ser la misma Adecuada o Inadecuada.

Figura 3

Coordinación succión/deglución/respiración (SDR)

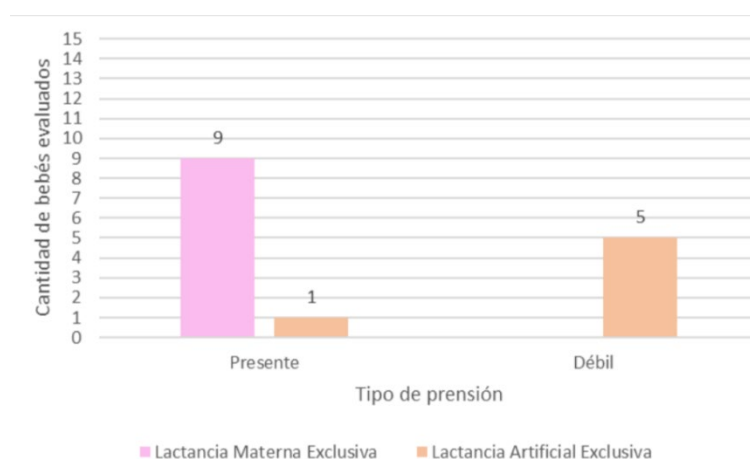


Nota. En este gráfico se puede observar que el 100% de los lactantes alimentados con LME conservan la coordinación adecuada, mientras que el 100% de los bebés alimentados con LAE mostraron una coordinación inadecuada.

Asimismo, se consideró la prensión como parámetro a valorar, y la evaluación de éste arrojó los siguientes resultados:

Figura 4

Prensión



Nota. En este gráfico se puede observar que todos los bebés alimentados con LME conservan la prensión presente, mientras que el 83% de los bebés alimentados con LAE evidencian una prensión débil. Solo en un caso particular de este grupo, se conservó la prensión.

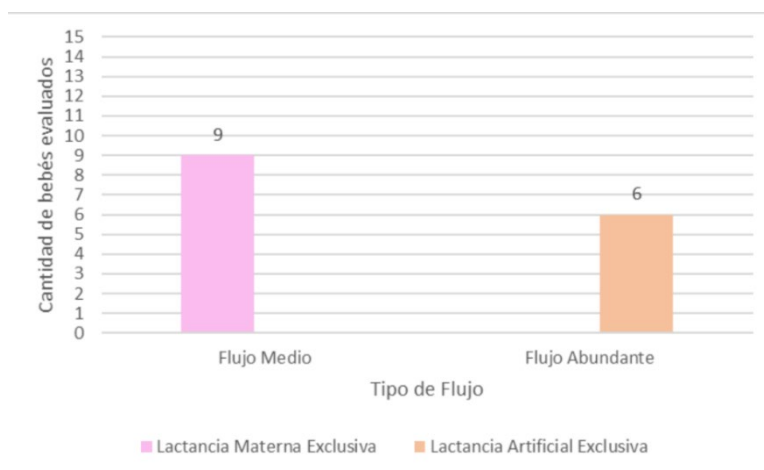
En este sentido, y observando la notable diferencia entre los grupos en este parámetro y en el de coordinación SDR, se podría inferir que el cambio en el modo de alimentación

(complejo areola-pezón VS tetina) podría estar generando diferencias significativas en la coordinación y en la prensión que realizan los lactantes para captar el alimento.

Respecto a la cantidad de flujo de leche, y comprendiendo los diferentes modos de alimentación, los resultados fueron:

Figura 5

Flujo de leche



Nota. El gráfico evidencia que el 100% de los bebés que se alimentan con el pecho, presentaron un flujo medio mientras que en el 100% de los bebés alimentados con LAE se observó un flujo de leche abundante.

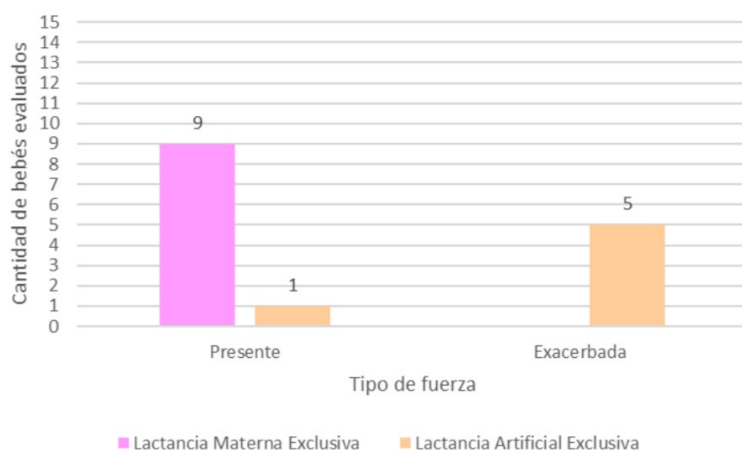
En este sentido, la mayor parte de las mamás que alimentaban a sus bebés con LME informaron que a la hora de alimentarse los lactantes no presentaban ahogos, reflujo ni vómitos mientras que la mayor parte de las que alimentaban a sus bebés con LAE referían que sí los presentan. Estos datos, podrían correlacionarse con la cantidad de flujo de leche que recibe el bebé al momento de ser alimentado con un modo, y con el otro. Al ser abundante en los casos de los lactantes que toman mamadera, es lógico el aumento de presencia de ahogos, reflujo o vómitos, sobre todo considerando que la cantidad de leche que llega a la boca del lactante en estos casos, no depende de su succión ni del proceso fisiológico de la mamá, sino más bien del orificio (más grande o más pequeño) de la tetina y de la posición en que se ofrezca la mamadera.

Cabe destacar que al momento de la evaluación no se observaron ahogos en ninguno de los lactantes.

Continuando con el análisis de los datos, se observaron durante las evaluaciones parámetros como la fuerza, el ritmo, y los movimientos mandibulares y linguales en ambos grupos, como así también la observación de pérdida de leche. A saber:

Figura 6

Fuerza



Nota. En este gráfico se puede contemplar el tipo de fuerza que ejercen los lactantes a la hora de alimentarse. En el caso de los bebés alimentados con LME el total (es decir, 9) aplican una fuerza presente (media) mientras que 5 de 6 de los bebés alimentados con LAE generan una fuerza exacerbada.

Respecto al ritmo en el caso de los bebés alimentados con LME se observa que el 100% adopta un ritmo presente mientras que en los bebés alimentados con LAE el 66% (es decir, 4 de ellos) presenta un ritmo débil e inconstante.

Respecto a los movimientos linguales y mandibulares se observa movimiento lingual en los lactantes evaluados mostrando que el 100% del total de la muestra conserva los movimientos linguales presentes a la hora de alimentarse. Es decir que todos los lactantes evaluados realizaron movimientos linguales y han podido transportar la leche logrando con éxito la alimentación. Sin embargo, se evidenció diferencia de los grupos en los movimientos mandibulares. A continuación, se visualiza este parámetro:

Figura 7

Movimiento mandibular



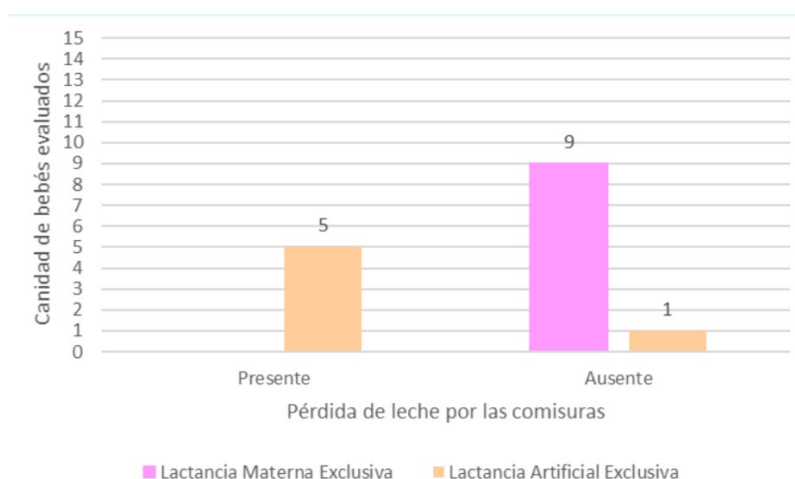
Nota. En este gráfico se puede observar que el 100% de los lactantes alimentados con LME presenta un movimiento mandibular presente y adecuado. Mientras que en el caso de los bebés alimentados con LAE, 5 de 6 casos (es decir el 83%) presentan movimientos mandibulares exacerbados.

Nuevamente, esta notable diferencia entre los grupos se podría relacionar también con el flujo de leche abundante que es suministrado para su alimentación. En aquellos bebés que utilizan mamadera para alimentarse se observa un movimiento de apertura más amplio y más sostenido en el tiempo a diferencia de los bebés alimentados con LME.

Continuando con el análisis se visualiza la pérdida de leche por las comisuras.

Figura 8

Pérdida de leche



Nota. Se evidencia que el 83% de los bebés alimentados con LAE presentan pérdida de leche por las comisuras mientras que en el 100% de los bebés alimentados con pecho materno, no se observa esta característica. Nuevamente, este aspecto observado puede tener relación con la fuerza débil en la prensión, y el abundante flujo que caracteriza las tomas con mamadera; no así la de los bebés alimentados con LME.

Por otra parte, y considerando que la vía por la que nace el bebé puede influir en el inicio posterior de la alimentación y el tipo de alimento ofrecido, resultó pertinente conocer el tipo de parto por el que nacieron los bebés de la muestra y su vínculo con el tipo de alimentación logrado.

En cuanto a cantidad de partos se observa un número menor de partos vaginales (3, es decir el 20%) en relación a los partos por cesárea que fueron 12 (80%). Asimismo, el 100% de los bebés nacidos por partos vaginales lograron la alimentación con LME mientras que el

50% de los bebés nacidos por cesárea, logró la LME y el otro 50%, se alimentó con LAE.

Asimismo, de los 12 casos nacidos por cesárea, en 3 de ellos, sus mamás deseaban tener a sus bebés parto vaginal, pero la presencia de preeclampsia llevó a sus médicos a programar una cesárea. No obstante, en los 3 casos, se lograron cumplir las 38 semanas de gestación.

En cuanto a los datos obtenidos sobre longitud de la pausa, número de succiones entre pausas, tiempo empleado en trenes de succiones y frecuencia de succiones por segundo, se observó una notable variación en todos los bebés de la muestra. Dichas variaciones no se pueden relacionar a la edad de los lactantes a pesar de que se esperaba encontrar que los bebés más grandes realizaran más succiones entre pausas que los bebés más pequeños.

Esta variación constante se podría relacionar con diferentes factores que pudieron estar influyendo al momento de la observación, como los periodos de hambre y saciedad, como también las distracciones de los lactantes en el momento de la observación (al evaluar

se evidenció que los bebés más grandes se distraían fácilmente con mi presencia a diferencia de los bebés más pequeños que lograban enfocarse en la tarea de alimentación sin prestar demasiada atención al entorno).

Durante el análisis de los datos se observaron algunas otras diferencias entre los tipos de alimentación que resultaron pertinentes para la investigación. En los bebés alimentados con LAE las pausas en la alimentación las establece la mamá, quien le quita la mamadera de la boca, en ocasiones, limpia al bebé y cuando ella decide que el bebé debe seguir alimentándose vuelve a introducir el biberón en su boca. En los bebés alimentados con LME, la conducta alimenticia responde mucho más al ritmo que propone el lactante, pues la pausa la hace el propio bebé autodeterminando el momento y la longitud de la pausa.

Las personas que alimentan a los bebés con LAE (en los 6 casos observados, fue la madre quien cumplió ese rol) deben estar atentas a las señales de hambre y saciedad que los bebés manifiestan ya que son ellas quienes ejercen el control sobre la alimentación. En este sentido, se observó en este grupo (LAE) que algunas madres no lograban decodificar las señales de hambre o saciedad de sus bebés. Estos bebés manifestaban incomodidad y molestia durante la toma efectuando reiterados movimientos de cuello, cabeza y en ocasiones también de brazos y piernas en momentos puntuales de la alimentación. Por otro lado, los bebés alimentados con LME presentaban una conducta más tranquila y calma, y sus movimientos eran más suaves y relajados.

Conclusiones

El objetivo general de esta investigación fue *describir las variaciones que se encuentran en los patrones de succión en recién nacidos de término de 0 a 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva y aquellos alimentados con lactancia artificial en la ciudad de Huinca Renancó, Córdoba.*

Para su ejecución, se realizó la adaptación del protocolo *Pauta de Evaluación de las Funciones Orofaciales en lactantes*, logrando la recolección de datos a través de una entrevista con la que se obtuvo información sobre identificación del paciente, antecedentes pre-peri-postnatales y alimentación. Posterior a dicha entrevista se tomó el mencionado protocolo *Pauta de evaluación de la succión* lo que permitió conocer los datos relevantes de succión en ambos grupos para la presente investigación.

En un principio al iniciar la investigación y considerando que las tasas de LME descienden permanentemente en Argentina y que se han hecho investigaciones similares en las que ha sido dificultoso conseguir casos de LME, se pensó que podría ser difícil encontrar bebés alimentados exclusivamente con leche materna. Sin embargo, a la hora de buscar la muestra poblacional, se observó en la población seleccionada (Huinca Renancó, Córdoba) mayor cantidad de bebés con LME, que con LAE, siendo incluso dificultoso encontrar estos últimos. Este fenómeno que sucede en Huinca Renancó, podría deberse quizás, a que en las instituciones de atención al nacimiento en las que han nacido los bebés de la muestra, posiblemente se le da mucha importancia a la alimentación con pecho materno y se priorice en la atención del binomio, el acompañamiento para que la madre logre iniciar y establecer la LM.

Considerando las fases de la succión por la que atravesaban los bebés al momento de la evaluación es importante destacar que, si bien se observaron diferencias entre Suckling y Sucking, éstas no representaron un factor determinante en la investigación, pues se hizo hincapié en otros aspectos independientes de aquellos madurativos.

Los factores que se evaluaron mediante el protocolo fueron los siguientes: prensión, movimiento lingual, movimiento mandibular, acanalamiento lingual, ritmo, fuerza, acumulación de leche, pérdida de leche, longitud de la pausa, número de succiones entre

pausas, tiempo empleado en trenes de succión, frecuencia de succiones por segundo y coordinación SDR. Prácticamente en todos ellos, se observaron considerables diferencias entre los lactantes de pecho materno y los alimentados con mamadera.

En cuanto a los datos arrojados sobre la prensión se observaron notables variaciones ya que todos (es decir, el 100%) de los bebés alimentados con LME conservaban una prensión presente, mientras que, por otro lado, el 83% de los bebés alimentados con LAE tenían una prensión débil. La diferencia en este parámetro se puede relacionar con las múltiples diferencias al momento de alimentarse, entre la tetina y el complejo areola-pezones materno.

Según los datos arrojados sobre *coordinación SDR, fuerza y ritmo*, también se puede decir que se observa una notable variación en la que el 100% los bebés alimentados con LME logran una adecuada coordinación SDR, fuerza y ritmo presente y constante mientras que, el

100% de los bebés alimentados con LAE presentaron una coordinación SDR inadecuada, acompañada de un gran número de bebés (el 83%) que presentaba una fuerza exacerbada y ritmo débil e inconstante.

En cuanto a los datos arrojados sobre *movimientos linguales y mandibulares* se observa que el 100% de los bebés de la muestra, es decir (ambos grupos), tienen sus *movimientos linguales* presentes, de esta manera se advierte que la totalidad de los bebés de la muestra logran desencadenar la actividad refleja y alimentarse pese al modo ofrecido. Sin embargo, hay diferencias evidentes en los *movimientos mandibulares*, pues los lactantes alimentados con biberón realizan movimientos exacerbados con la mandíbula, posiblemente como un modo de contener la abundante cantidad de leche que llega a su boca en poco tiempo. Este aspecto se relaciona con la *pérdida de leche*, otro de los parámetros considerados, y en el que, nuevamente, se observa una variación marcada. En el 100% de los casos de bebés alimentados con LME permanece ausente la pérdida de leche, mientras que, en los bebés alimentados con LAE el 83% mostró presencia de dicha pérdida.

Otros datos a tener en cuenta fueron: *longitud de la pausa, número de succiones entre pausas, tiempo empleado en trenes de succiones y frecuencia de succiones por segundo*. En estos casos se esperaba encontrar que los bebés más grandes (quizás algunos atravesando la fase de succión Sucking), logran tener un mayor *número de succiones entre pausas* y un mayor *tiempo empleado en trenes de succión*, que los bebés más pequeños. Sin embargo, las grandes variaciones presentes en todos los casos sugieren pensar que existen factores internos y contextuales que pudieron interferir en el proceso de evaluación que dieron lugar a resultados muy variables.

No obstante, en cuanto a la *longitud de la pausa*, se puede decir que en los casos de bebés alimentados con LME ésta varía según la necesidad y deseo del propio bebé, en cambio, en el caso de los bebés alimentados con LAE los lactantes no tienen la posibilidad de realizar la pausa cuando lo desean, ni la cantidad de tiempo que necesitan, más bien, deben adaptarse a las decisiones que toma la persona que lo alimenta, siendo ésta quien se encarga de regular las pausas de los bebés (pudiendo ser más o menos receptiva a las necesidades del bebé).

Cabe remarcar que, si bien el protocolo a utilizar no contemplaba el *flujo lácteo*, al llevar a cabo las observaciones, se notó que este parámetro podía ser un factor determinante (incluso esencial) de las diferencias entre ambos grupos, pues el flujo repercute de forma directa en la cantidad de leche ofrecida, como así también en el tiempo de alimentación y en el control de las señales de hambre y saciedad (que en un caso es más bien guiado por el bebé y en el otro, por el adulto que alimenta). En este sentido, en este último caso, las personas que alimentan a los bebés con mamadera deben ser quienes están atentas a las señales de hambre o saciedad de los bebés. En esta investigación se evidenció que varias de las madres que alimentaban a sus hijos/as con biberón no lograban decodificar esa información.

Tanto la Coordinación SDR, fuerza, ritmo, movimiento mandibular, y pérdida de leche fueron factores relacionados con la cantidad de flujo de leche que recibió cada bebé a la hora ser alimentado. Al recibir un flujo de leche medio cada bebé logró realizar con tranquilidad los movimientos necesarios para ejecutar la succión y lograr la alimentación. En cambio, cuando el flujo de leche fue abundante, como ocurrió en el 100% de los casos evaluados alimentados con LAE, el caudal de leche que entró en la boca de los bebés fue más difícil de manejar y el lactante apeló a realizar movimientos exacerbados.

Finalizando las conclusiones y considerando lo antes mencionado, se puede afirmar que se encuentran variaciones en los patrones de succión en bebés de 0 a 6 meses, alimentados con LME y LAE en la ciudad de Huinca Renancó, Córdoba. Asimismo, la investigación dejó entrever que la lactancia materna exclusiva desde el pecho aporta aspectos favorecedores y de mayor eficacia al proceso alimenticio, relacionados con los patrones de succión esperables, mientras que por el contrario, en la alimentación artificial la experiencia requiere de adaptaciones constantes de dichos patrones de succión dependiendo además de la influencia de otros condicionantes como el tipo de tetina, del flujo de leche y la posición en la que se ofrece la mamadera; es por eso que la alimentación en el pecho materno representa una experiencia más favorable y enriquecedora en múltiples aspectos, e incluso también desde el punto de vista vivencial de los lactantes (experiencia de placer/displacer).

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Guido Campuzano, M. A., Ibarra Reyes, M. P., Mateos Ortiz, C. y Mendoza Vásquez, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatología y reproducción humana*, 26 (3), 198-207.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a6.pdf>
- Chiavaro Norma, (2011). Funciones y disfunciones estomatognáticas, Concepto, metodología y técnica neuromuscular-funcional en el diagnóstico interdisciplinario, Librería Akadia Editorial.
- Inostroza Santibañez, E., Leal Levin, I., Neira Saavedra, S., Pérez Rodríguez, S. y Villarroel Iasalvatore, K. (2013). Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en lactantes prematuros y de término recién nacidos [Universidad de Chile].
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116726/INOSTROZA%2c%20LEAL%2c%20NEIRA%2c%20P%2c%20R%2c%20VILLARROEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Merino Morras, E. (mayo 2003). Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Revisión de la literatura. *Revista Scielo*, (41), 154-158.
- OMS, UNICEF (2015). *Lactancia materna*. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Pérez García, M.A. (2012). Manual de disfagia pediátrico.
- Ramírez Gonzáles, K. E. y Sampallo Pedroza, R. M. (2017). Fonoaudiología y lactancia humana. *Speech-language pathology and breastfeeding*, 65(2), 297-304.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-297.pdf>
- Rendón Macías, M. E. y Serrano Meneses, G. J. (2011). Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. *Physiology of nutritive sucking in newborns and infants*, 68 (4), 319-325.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000400011#:~:text=El%20proceso%20de%20la%20succ%C3%B3n%20n

[utricia%20inicia%20con%20la%20compresi%C3%B3n,la%20mand%C3%ADbula%20en%20sentido%20anterosuperior.](#)

Rojas Cardeño, J. y Llorente Galván, M., 2014, 1^{er} Curso Latinoamericano de Cuidados Neonatales, Lactancia materna.

Ruiz, C. (s.f.). [Documento de lactancia, cómo colocar al bebé correctamente en el pecho materno). <https://www.natalben.com/lactancia-como-colocar-bien-al-bebe>

Queiroz Marchesan, I. (2002). Fundamentos de Fonoaudiología. Editorial Médica panamericana.

Zambrana Toledo, N., Puyuelo Sanclemente, M., (2019). Terapia miofuncional orofacial, Actualización y nuevos campos de actuación, Editorial EOS.

Caracterización clínica de la disfagia en pacientes adultos con hipertrofia tonsilar usando la Escala EATING-ASSESSMENT TOOL-10

Clinical characterization of dysphagia in adult patients with tonsillar hypertrophy using the EATING-ASSESSMENT TOOL-10 Scale

Recibido para publicar el 16 de junio de 2025.
Aceptado para su publicación el 3 de julio de 2025.
Versión final 4 de julio de 2025.

Cómo citar este artículo: Pugliese, Natalia³; Cerri, Camila⁴; Debas, María Inés⁵ y Yanco, Ricardo Aldo⁶. **Caracterización clínica de la disfagia en pacientes adultos con hipertrofia tonsilar usando la Escala EATING-ASSESSMENT TOOL-10.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 24- 31

Resumen

Introducción: La hipertrofia de tonsilas palatinas se menciona en la literatura como una de las causas de disfagias orofaríngeas estructurales. Poco se conoce sobre cómo los pacientes perciben las dificultades deglutorias y el impacto de ellas en su alimentación.

Objetivos: Describir las características y severidad de síntomas de disfagia que presenta una muestra de población adulta con hipertrofia de amígdalas palatinas estudiadas con la Escala Eating-Assessment Tool-10.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Incluyó historias clínicas de pacientes con hipertrofia amigdalina, sin otras co-morbilidades, que consultaron en el Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital Rivadavia de la Ciudad de Buenos Aires entre enero de 2014 y abril de 2015. Para el análisis estadístico se utilizó el software vccSTAT beta 3.0. El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación.

Resultados: Se obtuvieron 35 historias clínicas. Los síntomas más frecuentes fueron: “odinofagia” 97% (IC= 84,54-99,93), “dificultad en la deglución de sólidos” 88% (IC= 67,61-96,80), “dificultad en deglución de pastillas” y “estrés ante la deglución” 80% (IC= 60,45-92,40). Para determinar la severidad de cada síntoma evaluado se sacó un promedio sobre la puntuación otorgada por la totalidad de los individuos en el ítem correspondiente. Los síntomas más severos fueron “limitación en la capacidad para comer fuera de su casa”, “odinofagia” y “pérdida de peso”, seguido por “estrés ante la deglución” y “dificultad en la deglución de sólidos”.

Conclusiones: La Escala EAT-10 es una herramienta útil no sólo para el screening de disfagia sino también para la valoración de diferentes síntomas que pueden presentar los pacientes con hipertrofia tonsilar.

Palabras clave: disfagia, hipertrofia tonsilar, EAT-10, adultos.

Abstract

³ Pugliese, Natalia Número ORCID: 0000-0003-0906-2489 Lic, en Fonoaudiología, Esp. en Fonoestomatología. Encargada del área de Fonoestomatología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia de la Ciudad Aut. de Buenos Aires, Rep. Argentina. Docente Titular UMSA. Docente adscripta UBA. fonopugliese@gmail.com

⁴ Lic. en Fonoaudiología. Ex Jefa de Residentes de Fonoaudiología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia. camilacerrig@gmail.com

⁵ Médica Esp. en Otorrinolaringología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia. Docente UBA. mariainesdebasorl@gmail.com

⁶ Médico Esp. en Otorrinolaringología. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia. Docente UBA. dr.yanco@gmail.com

Introduction: Palatine tonsil hypertrophy is mentioned in literature as one of the causes of structural oropharyngeal dysphagia. Little is known about how patients perceive the swallowing difficulties and their impact on their feeding.

Objectives: Describe the characteristics and severity of dysphagia symptoms presented by a sample of adult population with tonsil hypertrophy studied with the Eating-Assessment Tool-10 Scale.

Material and methods: It is descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. It included medical records of patients with tonsillar hypertrophy, without other comorbidities, who consulted at the Otorhinolaryngology and Speech Therapy Service of the Rivadavia Hospital in the City of Buenos Aires between January 2014 and April 2015. The vccSTAT beta 3.0 software was used for statistical analysis. The protocol was approved by the Research Ethics Committee.

Results: 35 medical records were obtained. The most frequent symptoms were: “odynophagia” 97% (CI= 84.54-99.93), “difficulty in swallowing solids” 88% (CI= 67.61-96.80), “difficulty in swallowing pills” and “swallowing stress” 80% (CI= 60.45-92.40). To determine the severity of each symptom evaluated, an average was taken of the score given by all the individuals in the corresponding item. The most severe symptoms were “limitation in the ability to eat outside the home”, “odynophagia” and “weight loss”, followed by “swallowing stress” and “difficulty in swallowing solids”.

Conclusions: The EAT-10 Scale is a useful tool not only for the screening of dysphagia but also for the assessment of different symptoms that patients with tonsillar hypertrophy may present.

Keywords: dysphagia, tonsillar hypertrophy, EAT-10, adults.

Introducción

La deglución depende de una perfecta coordinación neuro-senso-motora fina del tracto aerodigestivo que realiza una secuencia compleja de varias acciones motoras, unas voluntarias y otras involuntarias y reflejas, dirigidas por el centro de la deglución en el tronco del encéfalo, áreas corticales y subcorticales (Logemann, 1998; Merino et al., 2007; González et al., 2009; Clavé Civit et al., 2013;).

La disfagia orofaríngea es un síntoma que expresa una dificultad el transporte del bolo o las secreciones endógenas en las etapas preparatoria, oral y faríngea de la deglución poniendo en riesgo su seguridad y eficacia (Murciego et al., 2019). Estas dificultades pueden ser el resultado de alteraciones anatómicas y/o sensoriomotoras de las estructuras implicadas (Logemann, 1998). De este modo, las disfgias pueden clasificarse en dos grandes grupos: estructurales y neuromusculares o motoras (Merino et al., 2007; Clavé Civit et al., 2013).

Dentro de las etiologías de las disfgias estructurales orofaríngeas se destacan las neoplasias de cabeza y cuello, los cuerpos extraños, los procesos inflamatorios e infecciosos, las alteraciones de la glándula tiroides, los grandes osteofitos de la columna cervical, entre otras (Merino et al., 2007).

Las tonsilas palatinas -también conocidas como amígdalas palatinas (AP)- son órganos linfoepiteliales que ocupan las fosas amigdalinas, delimitadas por los pilares anteriores y posteriores del velo de paladar. Cuando estas se hipertrofian reducen el espacio del istmo de las fauces dificultando el correcto pasaje del bolo hacia la faringe. Tanto las hipertrofias de AP como las amigdalitis agudas o recurrentes se correlacionan con disfagia, odinofagia y otros síntomas relacionados con la deglución (Hernández Paz et al., 2006; Guari Mankekar, 2015).

Las indicaciones para la amigdalectomía varían entre la población pediátrica y adulta. En la población adulta, se realiza principalmente por infecciones amigdales crónicas o recurrentes, neoplasias malignas establecidas o sospechadas, y disfagia relacionada con la hipertrofia de las amígdalas (Alvo et al., 2016; Wong Chung et al., 2018; Randall, 2020).

La Escala Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10) versión en español, es un instrumento analógico verbal, unidimensional, autoadministrado y de puntuación directa para la evaluación de la autopercepción por parte del individuo de síntomas específicos de disfagia. Presenta óptima consistencia interna y reproducibilidad. Se probó su validez y fiabilidad en una amplia cohorte de pacientes con trastornos de la deglución debido a diversas causas, tanto para el establecimiento inicial de la gravedad del síntoma como para la valoración del tratamiento de la disfagia. El cuestionario se encuentra conformado por 10 preguntas diseñadas por un grupo multidisciplinar de expertos en el que intervinieron gastroenterólogos, otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas (Belafsky et al., 2008).

En un estudio realizado por Ersoz Unlu et al. (2020) se describe la utilidad clínica de la Escala EAT-10 para estimar el posible riesgo de aspiración en pacientes con disfagia, al realizar una comparación con un método objetivo de evaluación de la deglución como la FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing).

Aunque en la clínica diaria es recurrente observar disfagia por hipertrofia de AP, en la literatura se mencionan casos aislados de pacientes adultos con clínica de disfagia de larga data asociada a crecimiento tonsilar como los citados por Muñoz-Lombo et al. (2021) y Cogolludo Pérez et al. (2002). Así mismo, se hace referencia a la disfagia como un síntoma secundario post-operatorio, debido a una lesión del nervio glossofaríngeo y/o afectación de la actividad muscular involucrada durante el proceso deglutorio post intervención quirúrgica (Vaiman et al., 2007; Hong et al., 2020).

Aún es insuficiente la información referida a la fisiopatología deglutoria específica en esta patología. Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue caracterizar los síntomas indicativos de disfagia orofaríngea en pacientes adultos con hipertrofia de AP y determinar su severidad.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, entre diciembre 2022 – 2023, en el área de Fonoestomatología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia de la Cdad. Aut. de Buenos Aires. Se incluyeron historias clínicas (HC) de pacientes de 18 años o más con diagnóstico de hipertrofia de AP grado II o mayor según la Escala Brodsky (Brodsky, 1989), que concurrieron al Servicio, entre enero de 2014 y abril de 2015. Se excluyeron de la muestra aquellas historias clínicas de pacientes que presentaban disfagias neurogénicas, malformaciones craneofaciales, tumores de cabeza y cuello, y datos administrativos incorrectos o ausencia de estos que impedían pesquisarlas.

Las variables para analizar fueron “síntomas indicativos de disfagia” y “severidad de los síntomas indicativos”.

Se consideraron *síntomas de disfagia orofaríngea* a aquellas manifestaciones de alteraciones deglutorias, que se producían en las etapas preparatoria, oral y/o faríngea (Burgos et al., 2013), y se determinaron a través de la administración de la herramienta Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10). Se realizó la codificación de los ítems que evalúa dicha escala con el objetivo transformar los términos coloquiales que se emplean en el cuestionario en términos académicos semejantes a los utilizados en la literatura científica (Tabla 1). La variable se midió en una escala ordinal determinando la presencia o ausencia de los síntomas indicativos de disfagia según lo establecido por la escala. Se consideró “síntoma presente” cuando el paciente respondió con una puntuación de por lo menos 1 al ítem evaluado; y se consideró “síntoma ausente” cuando el paciente respondió con una puntuación de 0 al ítem evaluado.

Se definió la *severidad del síntoma* con la puntuación referida por el paciente para cada ítem evaluado por la Escala EAT-10. El paciente debía responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos (0-4 puntos), en la que cero (0) indicó la ausencia del

problema y cuatro (4) indicó que se trata de un problema serio (Pérez et al., 2002; Hong et al., 2020). La variable se midió en una escala ordinal numérica según lo establecido por la escala EAT-10.

Tabla 1. Codificación de los ítems de la Escala.

1.	“Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso” → se consideró dicho ítem como la sub-variable “ Pérdida de peso ”;
2.	“Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Limitación en la capacidad para comer fuera de su casa ”;
3.	“Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Dificultad en la deglución de líquidos ”;
4.	“Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Dificultad en la deglución de sólidos ”;
5.	“Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Dificultad en la deglución de pastillas ”;
6.	“Tragar es doloroso” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Odinofagia ”;
7.	“El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Displacer en la alimentación ”;
8.	“Cuando trago, la comida se pega en mi garganta” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Sensación de estasis faríngea ”;
9.	“Toso cuando como” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Tos asociada a la deglución ”;
10.	“Tragar es estresante” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “ Estrés durante la deglución ”.

Los datos extraídos de las historias clínicas se registraron en una planilla y se volcaron en una base de datos informática (Microsoft Office Excel 2016). Se implementaron métodos de encriptación (o codificación) de los sujetos con el fin de resguardar la identidad de los participantes de la investigación. Para responder al objetivo descripto, se realizó el cálculo de porcentaje de aparición y grado de severidad con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para el análisis estadístico se utilizó el software vccSTAT beta 3.0.

El estudio no tuvo ningún costo y se llevó a cabo sin financiamiento o gestión externa, sin generar gastos adicionales al hospital. El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital D. F. Santojanni por subrogación, con fecha 11/8/2023 y número de registro 9952.

Resultados

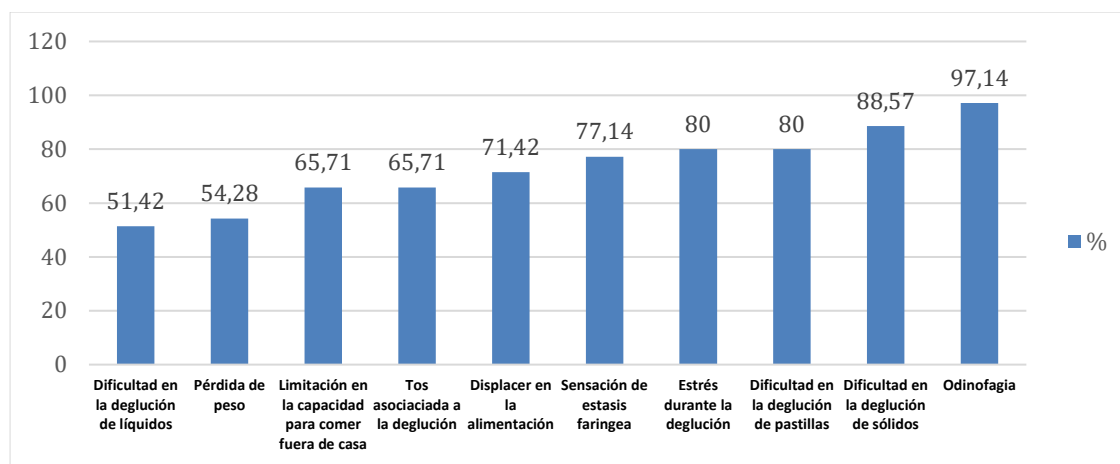
Se obtuvieron 35 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estaba conformada por 22 mujeres y 13 hombres con un promedio de edad de 26 años (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo y promedio de edad

	Mujeres	Hombres
Sexo biológico	62.85% (IC= 44,95-78,00)	37.15% (IC= 21,99-55,05)
Edad promedio	26.77	25.61

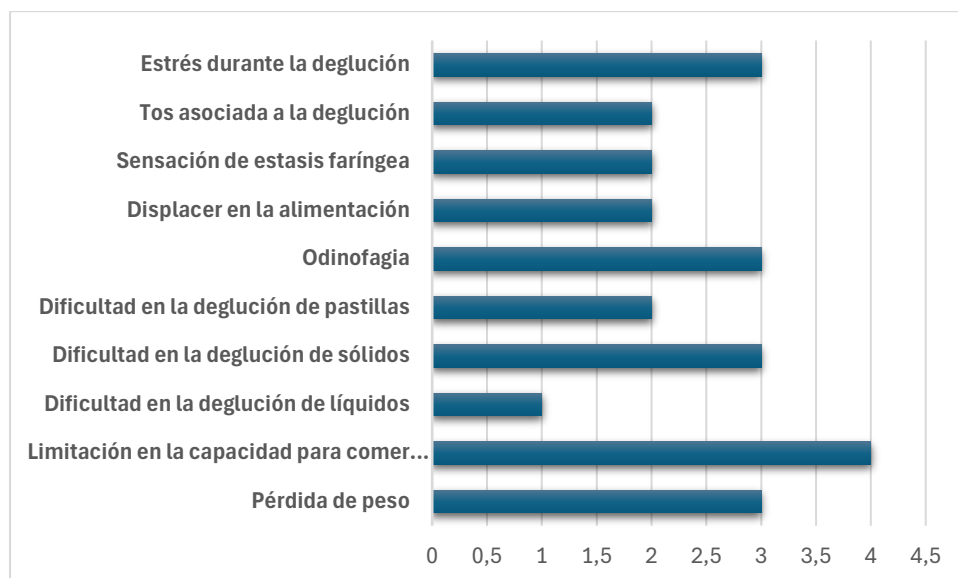
Todos los individuos presentaron al menos un síntoma indicativo de disfagia orofaríngea. Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron, en primer lugar, “odinofagia” con un 97,14% (IC= 84,54-99,93), en segundo lugar “dificultad en la deglución de sólidos” con un 88,57% (IC= 67,61-96,80) y en tercer lugar en igual proporción “dificultad en deglución de pastillas” y “estrés ante la deglución” con un 80% (IC= 60,45-92,40). (Gráfico 1)

Gráfico 1. *Prevalencia de los síntomas indicativos de disfagia.*



Para determinar la severidad de cada síntoma evaluado se sacó un promedio sobre la puntuación otorgada por la totalidad de los individuos en el ítem correspondiente. Los síntomas más severos fueron en primer lugar “limitación en la capacidad para comer fuera de su casa”, en segundo lugar “odinofagia” y en tercer lugar “pérdida de peso”, seguido por “estrés ante la deglución” y “dificultad en la deglución de sólidos” en igual proporción. (Gráfico 2)

Gráfico 2. *Severidad de los síntomas indicativos de disfagia.*



Discusión

La disfagia es un síntoma que se asocia frecuentemente a la hipertrofia de AP y amigdalitis (Hernández et al., 2006; Guari Mankekar, 2015; Lourijsen et al., 2016). En la clínica de atención de pacientes con disfagia es importante considerar no solamente los

hallazgos fisiopatológicos que nos pueden informar los estudios objetivos como la videodeglución o fees, sino también la sintomatología que expresa el paciente y que cobra detalles particulares en cada caso. Conocer sobre la autopercepción del paciente sobre su problemática, en este caso la disfagia, nos permite establecer la magnitud que cobra en su vida y los efectos de la terapéutica si se vuelve a indagar sobre aquellos síntomas luego del tratamiento realizado.

De manera coincidente con otros estudios publicados (Lourijsen et al., 2016; Galindo et al., 2018; Abu Bakar et al., 2018), en la muestra estudiada se puede identificar que, dentro de la población madura, son los adultos jóvenes quienes más consultan por síntomas relacionados a hipertrofia de AP (o amigdalitis), con una preponderancia de mujeres en una relación aproximada de 2 a 1 respecto a los hombres según el sexo biológico.

No se han hallado estudios similares sobre la caracterización clínica autopercebida de disfagia estructural por hipertrofia amigdalina que posibilite la comparación de los resultados.

Se obtuvo puntuación muy alta, indicando mayor severidad, en el ítem que indaga sobre la limitación para comer fuera de su hogar, lo cual pone el foco en cuestiones que van más allá de lo fisiopatológico y alteran la rutina y calidad de vida de los individuos que padecen hipertrofia amigdalina. Por el contrario, la carga sintomática más baja se encontró para el ítem que se refiere a la deglución de líquidos como algo fácil para estos pacientes. El dolor y estrés asociado al trago, la dificultad en la ingesta de alimentos sólidos y la pérdida de peso también fueron síntomas de consideración en relación con su prevalencia y severidad informados por los pacientes.

El 88% de la muestra estuvo constituida por HC de pacientes con hipertrofia de AP grado III (al menos unilateral) al momento del examen físico, y el resto de grado II bilateral. Esto podría determinar que es al menos a partir de este grado de hipertrofia cuando los pacientes presentan los síntomas descriptos en el estudio.

Es necesario continuar recolectando casos para verificar el proceso en su totalidad y estudiar los cambios en los síntomas posteriores a la terapéutica indicada.

Conclusiones

El estudio describe cómo autoperciben los pacientes con hipertrofia amigdalina y amigdalitis su disfagia. Este conocimiento posibilita una valoración clínica más detallada del impacto de la disfagia estructural en la calidad de vida de los individuos que sufren esta problemática. La Escala EAT-10 es una herramienta adecuada para obtener esta información por su alto nivel de confiabilidad y especificidad en el diagnóstico de disfagia estructurales.

En investigaciones futuras sería recomendable analizar -usando la misma escala- las variaciones sintomáticas posteriores al tratamiento médico para verificar el proceso en su totalidad.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Abu Bakar, M., McKimm, J., Haque, S. Z., Majumder, M. A. A., & Haque, M. (2018). Chronic tonsillitis and biofilms: A brief overview of treatment modalities. *Journal of Inflammation Research*, 11, 329–337. <https://doi.org/10.2147/JIR.S162486>
- Alvo, A., C., M. S., M., C. S., & Gianini, R. V. (2016). Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(1), 99–110. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162016000100015>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The*

- Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 117(12), 919–924.
<https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Brodsky, L. (1989). Modern assessment of tonsils and adenoids. *Pediatric Clinics of North America*, 36(6), 1551–1569. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)36806-7](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)36806-7)
- Burgos, R., Sarto, B., Seguro, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K., & Pérez-Portabella, C. (2013). Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2048–2054.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>
- Clavé Civit, P., & García Peris, P. (2013). *Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Editorial Glosa, S.L.
- Galindo Torres, B. P., De Miguel García, F., & Whyte Orozco, J. (2018). Tonsillectomy in adults: Analysis of indications and complications. *Auris Nasus Larynx*, 45(3), 517–521.
<https://doi.org/10.1016/j.anl.2017.08.012>
- González V., R., & Bevilacqua, J. A. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20(3), 252–262. <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2009.76581>
- Guari Mankekar. (2015). *Swallowing – Physiology, Disorders, Diagnosis and Therapy*. Springer.
- Hernández Paz, S. H., & García Guzmán, C. M. (2006). Consideraciones sobre amigdalectomía y adenoidectomía. *Anales de Otorrinolaringología de México*, 51(4), 183–191.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2006/aom064i.pdf>
- Hong, S. A., LaGorio, L., & Husain, I. (2020). Post-tonsillectomy dysphagia secondary to glossopharyngeal nerve injury. *BMJ Case Reports*, 13(1), e232657.
<https://doi.org/10.1136/bcr-2019-232657>
- Logemann, J. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2.^a ed.). PRO-ED.
- Lourijssen, E. S., Wong Chung, J. E., Koopman, J. P., & Blom, H. M. (2016). Post-operative morbidity and 1-year outcomes in CO2-laser tonsillotomy versus dissection tonsillectomy. *Acta Oto-Laryngologica*, 136(10), 983–990.
<https://doi.org/10.1080/00016489.2016.1183040>
- Merino, G. G., Candela, C. G., & López, I. F. (2007). *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos*. Editorial Glosa, S.L.
- Muñoz-Lombo, J. P., Aguas-Agredo, J. D., & Espinosa Ortiz, D. (2021). Amigdalitis prolongada con pobre respuesta al manejo: Raro caso de tuberculosis extrapulmonar. *Acta Otorrinolaringológica y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 49(2), 142–146.
<https://doi.org/10.37076/acorl.v49i2.526>
- Murciego, P., Giménez, P., & Santamarta, N. (2019). Fundamentos de la disfagia en el adulto. En J. Paniagua, F. Susanibar, P. Giménez, P. Murciego, & R. García (Coords.), *Disfagia: De la evidencia científica a la práctica clínica* (1.^a ed., Vol. 1, pp. 143–171). Editorial GiuntiEOS.
- Pérez, F. C., Del Guayo, G. M., Tabar, A. O., & Broto, J. P. (2002). A propósito de un caso: Gran tonsilolito en amígdala palatina. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 53(3), 207–210. [https://doi.org/10.1016/s0001-6519\(02\)78302-7](https://doi.org/10.1016/s0001-6519(02)78302-7)
- Randall, D. A. (2020). Current indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(6), 1025–1030.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200038>
- Ünlü, E. C. E., & Öçal, F. C. A. (2020). Can Eating Assessment Tool (EAT-10) anticipate objective findings of dysphagia patients? *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 28(2), 146–151. <https://doi.org/10.24179/kbbbbc.2020-75224>

- Vaiman, M., Krakovski, D., & Gavriel, H. (2007). Swallowing before and after tonsillectomy as evaluated by surface electromyography. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 137(1), 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.02.013>
- Wong Chung, J. E. R. E., van Benthem, P. P. G., & Blom, H. M. (2018). Tonsillotomy versus tonsillectomy in adults suffering from tonsil-related afflictions: A systematic review. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(5), 492–501. <https://doi.org/10.1080/00016489.2017.1412500>

Síntomas de disconfort del tracto vocal en estudiantes de instrumentos musicales de viento

Vocal tract discomfort symptoms in wind instrument students

Recibido para publicar el 14 de junio de 2025.
Aceptado para su publicación el 4 de agosto de 2025.
Versión final 8 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo: Moreno, Ma. Victoria; Santi, Ma. Alejandra; Romano, Andrea K.; Cantore, Ma. Soledad; Rulloni, Germán; Santi, Andrea C. y Montenegro, Silvana. **Síntomas de disconfort del tracto vocal en estudiantes de instrumentos musicales de viento.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 32- 43

Resumen

La participación de las cuerdas vocales y del aparato vocal en la interpretación de instrumentos de viento representa un aspecto esencial para entender la fisiología de la voz en músicos. El propósito del trabajo fue evaluar la frecuencia, intensidad y cantidad de síntomas del disconfort del tracto vocal presentes en estudiantes del profesorado de música que ejecutan instrumentos de viento. Para cuantificarlos se utilizó la Escala de disconfort del tracto vocal (EDTV). A través de un cuestionario se indagaron datos sociodemográficos tales como edad, sexo, identidad de género, tipo de instrumento y cantidad de horas de ejecución del mismo.

Se evaluaron 34 estudiantes de instrumentos musicales de viento del Instituto Superior del Profesorado de Música N° 5932: "Carlos Guastavino", de Rosario (Santa Fe) en el año 2023. La edad promedio de la población fue de 26 años, con mayor predominio del sexo masculino. Se concluyó que el síntoma más frecuente y con mayor intensidad fue sequedad. La mayoría presentó hasta 3 síntomas. No se observaron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, tipo de instrumento ejecutado y tiempo de ejecución del mismo.

Se reconoce la importancia de la aplicación de la Escala de Disconfort del Tracto Vocal en esta población de elite vocal, para implementar estrategias de promoción y prevención de salud vocal.

Palabras clave: calidad vocal – EDTV – instrumentistas de viento

Abstract

The involvement of vocal cords and the vocal apparatus in wind instrument playing represents an essential aspect for understanding vocal physiology in musicians. The purpose of this study was to evaluate the frequency, intensity, and number of vocal tract discomfort symptoms present in music teacher training students who play wind instruments. The Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) was used to quantify these symptoms. A questionnaire was used to collect sociodemographic data such as age, sex, gender identity, instrument type and number of hours of playing.

Thirty-four wind instrument students from the Instituto Superior del Profesorado de Música N° 5932: "Carlos Guastavino," Rosario (Santa Fe), were evaluated in 2023. The average age of the population was 26 years, with a greater predominance of males. It was concluded that the most frequent and intense symptom was dryness. Most students presented up to three symptoms. No significant differences were observed regarding age, sex, type of instrument played or playing time.

The importance of using the Vocal Tract Discomfort Scale in this vocal elite population is recognized for implementing vocal health promotion and prevention strategies.

Key words: Vocal quality –VTDS – wind instrumentalists

Introducción

La participación de las cuerdas vocales y del tracto vocal en la ejecución de instrumentos de viento constituye un aspecto fundamental en la comprensión de la fisiología vocal en músicos. Durante la interpretación, las cuerdas vocales y el tracto vocal desempeñan un papel activo en la regulación de la presión subglótica y en la modulación del flujo de aire; especialmente en instrumentos de viento que requieren un control preciso de la respiración y la presión intraoral.

Por un largo tiempo, se consideró que las cuerdas vocales no participaban activamente en la producción de sonido de los instrumentos de viento, siendo los músculos respiratorios y oromandibulares los únicos responsables de regular la salida del aire hacia el instrumento (Ghirardi et al, 2020). Sin embargo, diversos autores (King et al, 1988; Mukai, 1989; Ocker et al, 1990; Miethe, 1991; Weikert et al, 1999; Fritz et al, 2005; Eckley, 2006; Silvério et al, 2010; Costa et al, 2012; Ortega, 2014), concluyeron acerca del trabajo cordal en el control de la corriente del soplo. Mukai (1989 a través del estudio de los movimientos laríngeos por medio de exámenes rinofibroscópicos) concluye que los tonos musicales se producen con una glotis parcialmente cerrada, con las cuerdas vocales en una posición paramediana.

Las alteraciones pueden manifestarse en forma de disfonía, fatiga vocal, sensación de tensión o incomodidad en la zona laríngea, e incluso en cambios en la calidad vocal. La sobrecarga de las cuerdas vocales, sumada a la tensión mantenida durante largos períodos de interpretación, puede predisponer a lesiones como nódulos, pólipos o edema, afectando la función vocal y, por ende, la capacidad de interpretación del músico.

Previo a la instalación de una alteración en la fonación, sujetos con mal uso y/o abuso vocal pueden experimentar molestias en el tracto vocal. Dichas molestias son experiencias subjetivas difíciles de evaluar. A tal fin, Mathieson et al (2009) desarrollaron un instrumento de autovaloración, la escala Vocal Tract Discomfort (VTD), que fuera validada para la población argentina, versión denominada Escala del Discomfort del Tracto Vocal (EDTV) (Santi et al., 2018). La misma, fue aplicada en diversos grupos con riesgo vocal como: docentes (Ávila & Lucci, 2018), telemarketers (Martínez, 2018), adultos mayores (Camposaragna, 2019), actores (Mansilla, 2022) y estudiantes de profesorado (Savioli, 2022), entre otros.

Los instrumentistas de viento son profesionales de la música que necesitan hacer un uso coordinado de estructuras corporales para la ejecución de instrumentos de viento. Cobeta et al (2013) destacan que, durante la producción musical, el aire exhalado ejerce presión sobre el tracto vocal, además de contraer y relajar la faringe. A su vez, para la realización de las distintas notas musicales se requiere de un uso intensivo de los músculos del cuello, de la función pulmonar y del soporte diafragmático.

Por otro lado, los estudiantes de profesorado de música constituyen un grupo de riesgo vocal debido a la alta demanda estética y funcional de su voz, tanto en habla como en canto. Desde los primeros años de la carrera, realizan prácticas docentes, canto individual y colectivo, y ejecutan instrumentos de viento, lo que implica un uso intensivo de las estructuras laríngeas y del tracto vocal, similares a las de profesionales de la voz. Aunque en su mayoría ya ejercen como docentes particulares, en general carecen de formación específica en el correcto uso vocal, a pesar de recibir entrenamiento en asignaturas y talleres de técnica vocal. La literatura, reconoce que alteraciones vocales en esta población podrían afectar su desarrollo laboral, dado que su actividad profesional requiere un manejo adecuado de las estructuras laríngeas y del aire, situándolos en un nivel de riesgo alto.

Los primeros registros de investigaciones realizadas en instrumentistas de viento son los de King et al. (1988), quienes estudiaron sus características vocales. Corroboraron, a través de nasolaringoscopia, la actividad cordal en el mantenimiento del soplo aéreo durante la producción de sonido. Además, concluyeron que la actividad laríngea y faríngea varía según

el tipo de instrumento, el estilo musical y diferencias individuales entre los intérpretes. Aquellos estilos en donde se utiliza el movimiento de los pliegues vocales podrían afectar la voz y el rendimiento instrumental.

A su vez, Mukai (1989) evaluó a instrumentistas de viento principiantes, intermedios y avanzados, demostrando mediante fibroscopía nasal, la dinámica de las cuerdas vocales durante la ejecución de distintos instrumentos de viento de metal. Como resultado se comprobó que los principiantes ejecutaban sus instrumentos con apertura total de sus cuerdas vocales, mientras que los intermedios y los avanzados presentaban una imagen laríngea con una posición casi central de los pliegues cordales, similar al momento de la fonación.

Diversos estudios han evaluado la función laríngea y vocal en instrumentistas de viento. Ocker et al. (1990) realizaron una evaluación clínica y laringoscópica en 63 sujetos, aunque no especificaron detalles sobre la muestra ni los resultados. Miethe (1991) examinó a instrumentistas mediante laringoestroboscopia durante la ejecución, encontrando que las alteraciones laríngeas afectan tanto a la voz cantada como a la interpretación instrumental, sin diferencias significativas entre las funciones. Weikert et al (1999) observaron movimientos laríngeos descendentes durante la ejecución de saxofón en dos sujetos, evidenciando la participación activa de la laringe en el control del flujo de aire. Fritz et al (2005) identificaron que los clarinetistas utilizan principalmente dos posiciones del tracto vocal, variando con la experiencia, y que la posición glótica cambia según el nivel de habilidad. Eckley (2006) evaluó los movimientos laríngeos y del tracto vocal en instrumentistas profesionales, encontrando que la laringe controla el flujo de aire, sugiriendo incluir a estos en grupos de profesionales de la voz debido a la frecuencia de disfonías post-ejecución. Silvério et al. (2010) evaluaron la calidad vocal, la respiración y la región cervico-escapular en instrumentistas de viento y percusionistas pertenecientes a la banda de la armada; reportando rugosidad en la calidad vocal, sin diferencias en quejas vocales entre grupos. Costa et al (2012) detectaron divertículos laríngeos en instrumentistas de viento, relacionadas con sobrepresión y resistencia al paso del aire. Finalmente, Falchetti (2014) en una revisión sistemática acerca del funcionamiento del aparato vocal en instrumentistas de viento, concluyó que las cuerdas vocales se aducen para controlar el flujo de aire, aunque no hay cierre glótico completo, y que las quejas vocales pueden estar relacionadas con hábitos y condiciones inadecuadas. En conjunto, estos estudios evidencian la participación activa de la laringe en la ejecución instrumental y la posible presencia de alteraciones vocales relacionadas con la actividad de los instrumentistas de viento.

En cuanto a los síntomas de discomfort del tracto vocal, Cappellaro et al (2018), reportaron que los instrumentistas de viento suelen experimentar síntomas como irritación, sequedad y dolor cervical, aunque en baja intensidad y frecuencia, influenciados por su experiencia profesional. Stanek et al (2017) encontraron que el 83% de los músicos universitarios de viento reportaron dolor, siendo uno de los síntomas más prevalentes. Silva et al (2019) realizaron una revisión sistemática en la que identificaron que los síntomas vocales y laríngeos, como disfonía, sequedad, irritación y tensión, están asociados a factores individuales (alteraciones previas y hábitos vocales) y laborales (uso intenso del instrumento y técnica de ejecución). Ghirardi et al (2020) destacaron la importancia de la coordinación entre la laringe y el flujo de aire en la producción sonora, señalando que la posición de los pliegues vocales varía según la técnica y el tono deseado.

Finalmente, Machowicz et al (2021) señalaron que los síntomas de discomfort vocal son de baja frecuencia e intensidad, y que la experiencia profesional influye en la técnica utilizada, siendo los músicos menos experimentados más propensos a emplear técnicas inadecuadas.

La investigación en población argentina sobre la relación entre la ejecución de instrumentos de viento y la salud vocal es escasa, destacándose el estudio de Ortega (2014), quien evaluó a músicos de la Universidad de Cuyo mediante endoscopia rígida, análisis fonatorio, acústico y electroglotográfico. Los resultados mostraron que los oboístas presentan

esfuerzos vocales e inestabilidad en las cuerdas vocales, mientras que los saxofonistas evidencian una mejoría vocal por el descenso laríngeo durante la ejecución, y los trompetistas muestran una recomposición vocal relacionada con la columna de aire y descenso laríngeo.

En el presente trabajo, se analizaron los síntomas de disconfort del tracto vocal en una población aún no estudiada: estudiantes del Profesorado de Música (con formación específica en instrumentos de viento). Se pretende crear evidencia acerca de los síntomas del disconfort del tracto vocal en estudiantes con formación específica en instrumentos de viento, incorporando los aerófonos andinos (instrumentos autóctonos del área andina (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.)).

Objetivo

Evaluar los síntomas de disconfort del tracto vocal en estudiantes de profesorado que ejecutan instrumentos musicales de viento.

Metodología

Se aplicó un diseño observacional, descriptivo y transversal. Durante el año 2023 se concurrió al Instituto Superior del Profesorado de Música N° 5932: "Carlos Guastavino" de la ciudad de Rosario, se convocó a los estudiantes de instrumentos de viento a realizar la evaluación fonoaudiológica. Todos los participantes firmaron el correspondiente consentimiento informado.

La evaluación fonoaudiológica consistió en un cuestionario, donde además de la autovaloración de la EDTV, se indagaron variables sociodemográficas tales como edad, sexo, identidad de género, instrumento que ejecutan, cantidad de horas de ejecución del instrumento.

A continuación, se listan las variables registradas y su categorización:

Variables sociodemográficas:

- Edad (Menor de 20 años; Entre 20 y 30 años; Mayor de 30 años).
- Sexo biológico (Femenino-Masculino)
- Identidad de género (coincide con sexo biológico- no coincide con sexo biológico)
- Tipo de Instrumento de viento ejecutado (Aerófonos andinos, Clarinete, Flauta dulce, Flauta travesa, Saxo, Trompeta)
- Horas semanales de ejecución del instrumento (5 horas o menos semanales, Más de 5 horas semanales)

EDTV

- Frecuencia de los Síntomas de Disconfort del Tracto Vocal. _

Nunca: si la suma de la frecuencia de los 8 síntomas arroja un valor de 0.

A veces: si la suma arroja un valor comprendido entre 1 y 16.

Frecuentemente: la suma arroja un valor comprendido entre 17 y 32.

Siempre: la suma arroja un valor comprendido entre 33 y 48.

- Intensidad de los Síntomas de Disconfort del Tracto Vocal

Nula: suma de la intensidad de los 8 síntomas arroja un valor de 0.

Leve: si la suma arroja un valor comprendido entre 1 y 16.

Moderada: si la suma arroja un valor comprendido entre 17 y 32.

Severa: si la suma arroja un valor comprendido entre 33 y 48.

- Cantidad de síntomas de Disconfort del Tracto Vocal (3 síntomas o menos; Más de 3 síntomas).
- Frecuencia Total: suma de las frecuencias de todos los síntomas.
- Intensidad Total: suma de las intensidades de todos los síntomas.

Análisis estadístico

Se utilizó el software SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) para el procesamiento de los datos. Se realizó análisis descriptivo de la información recabada. Para la comparación entre grupos en el caso de variables categóricas se aplicó el test chi cuadrado o el test de la mediana según correspondiera y para las variables cuantitativas la prueba t de Student o ANOVA según correspondencia.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 34 estudiantes. Las variables sociodemográficas se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

VARIABLE		N (%)
Edad	< 20 años	8 (24)
	20. a 30 años	15 (44)
	≥ 30 años	11 (32)
Sexo biológico	Femenino	15 (44)
	Masculino	19 (56)
Identidad de género	Coincide	33 (97)
	No coincide	1 (3)
Tipo de instrumento	Aerófonos andinos	17 (50)
	Clarinete	2 (6)
	Flauta dulce	3 (9)
	Flauta traversa	5 (14)
	Saxo	5 (15)
	Trompeta	2 (6)
Horas semanales de ejecución del instrumento	≤ 5 horas	19 (56)
	> 5 horas	15 (44)

La edad osciló entre 18 y 52 años, siendo el promedio±desvío 26,7±8,6 años. Con respecto a la variable identidad de género, la misma no fue incluida en los análisis estadísticos, debido a que la frecuencia de una de sus categorías (*no coincide*) presentó una frecuencia extremadamente baja (n=1), que impide realizar comparaciones válidas o estimaciones confiables.

Es notable el alto porcentaje de ejecutantes de Aerófonos andinos con un 50% de estudiantes, en contraste de trompeta y clarinete que son utilizados por un 12%.

La cantidad de horas semanales de ejecución del instrumento varió entre 1 y 20 horas, siendo 2 horas la opción más seleccionada (17,65%).

En la Tabla 2, se presentan los valores de frecuencia e intensidad de los ocho síntomas considerados en la EDTV. El síntoma con mayores valores tanto en frecuencia e intensidad fue Sequedad. Todos los síntomas recibieron una puntuación mínima de 0 en Frecuencia y en Intensidad. El puntaje máximo indicado fue de 5 puntos.

Tabla 2: Escala del discomfort del tracto vocal

Síntoma	Frecuencia	Intensidad
	Promedio (min-máx)	Promedio (min-máx)
Ardor	0,85 (0-4)	0,91 (0-5)
Opresión	0,65 (0-5)	0,65 (0-4)
Sequedad	1,76 (0-5)	1,74 (0-5)
Dolor	0,38 (0-2)	0,47 (0-3)
Picazón	0,85 (0-4)	0,88 (0-4)
Inflamación	0,26 (0-2)	0,26 (0-3)
Irritación	0,94 (0-5)	0,85 (0-3)
Nudo en la garganta	0,65 (0-3)	0,76 (0-4)

En referencia a la cantidad de síntomas de la EDTV, se manifiesta una amplia variación, un estudiante reporta no presentar ninguno de los síntomas considerados en la escala y otro estudiante señala manifestar los ocho síntomas. Siendo el promedio de $2,8 \pm 1,9$ síntomas.

Al analizar los síntomas en las dos categorías explicitadas, el 76% de los estudiantes se ubicó en la categoría 3 síntomas o menos. Dicha variable, no se relacionó con la edad ($p=0.599$), sexo ($p=0.702$), ni con la cantidad de horas de ejecución del instrumento ($p=0.471$), tampoco lo hizo con el tipo de instrumento ejecutado (0.299).

Los valores de frecuencia total no se relacionaron con la edad y sexo ($p=0.687$, $p=0.432$), ni con la cantidad de horas de ejecución del instrumento ($p=0.357$), tampoco lo hizo con el tipo de instrumento ejecutado (0.710).

Los valores de intensidad total no se relacionaron con la edad y sexo ($p=0.978$, $p=0.660$), ni con la cantidad de horas de ejecución del instrumento ($p=0.888$), tampoco lo hizo con el tipo de instrumento ejecutado (0.981).

Resultó de interés realizar una comparación entre los resultados obtenidos en esta investigación y los datos de la población utilizada para la validación de la VTD al español argentino. En dicho estudio, se analizaron tres grupos: un grupo control conformado por sujetos sin patología vocal, y dos grupos con disfonías músculo-tensionales, clasificados como DMT 1 y DMT 2, respectivamente, en los cuales se incluyó la presencia o ausencia de alteraciones en la mucosa laríngea (Santi et al., 2018).

La Frecuencia, intensidad y cantidad de síntomas fue significativamente diferente entre grupos ($p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$). A continuación, en las Figura 1, Figura 2 y Figura 3, se observan los valores de Frecuencia, Intensidad y Cantidad de Síntomas de los distintos grupos.

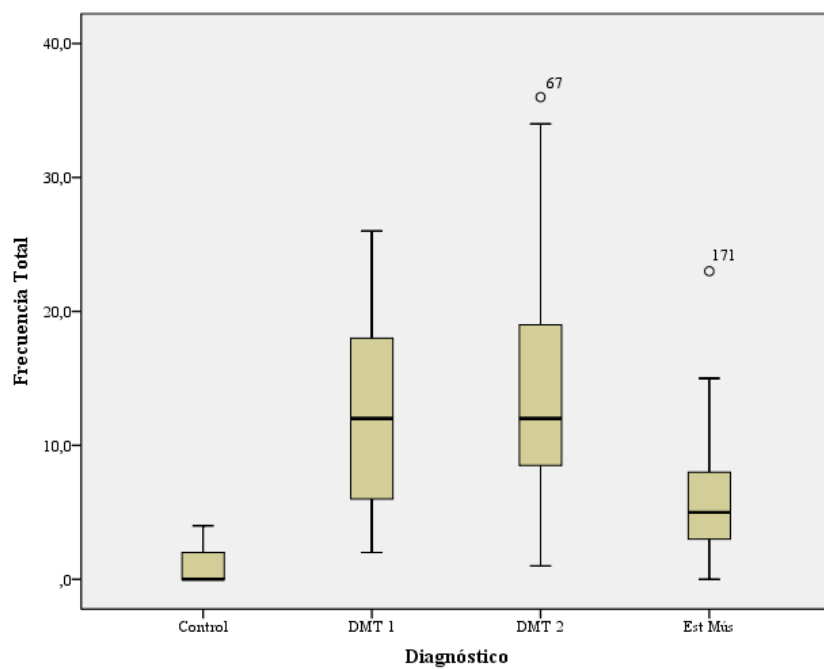


Figura 1. Box plot de la frecuencia de la EDTV de acuerdo al grupo

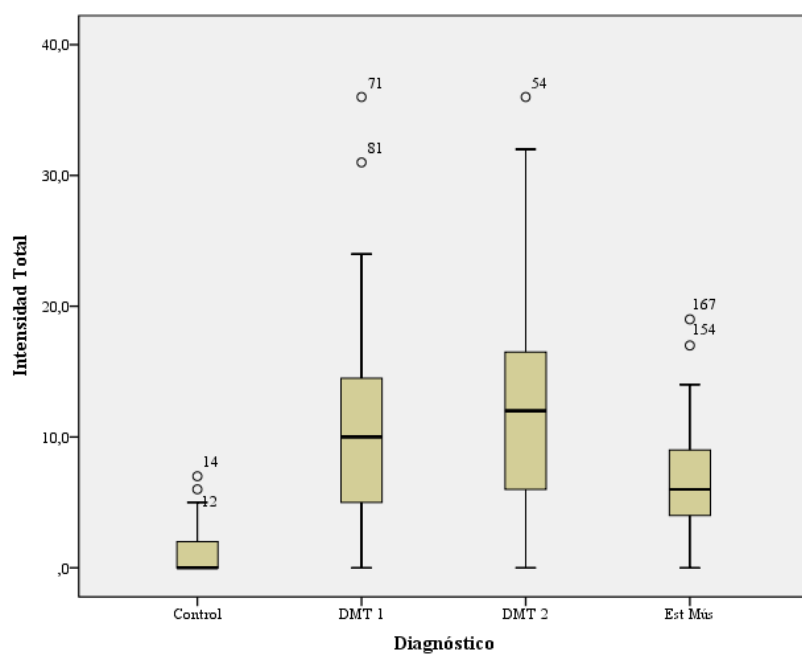


Figura 2. Box plot de la intensidad de la EDTV de acuerdo al grupo

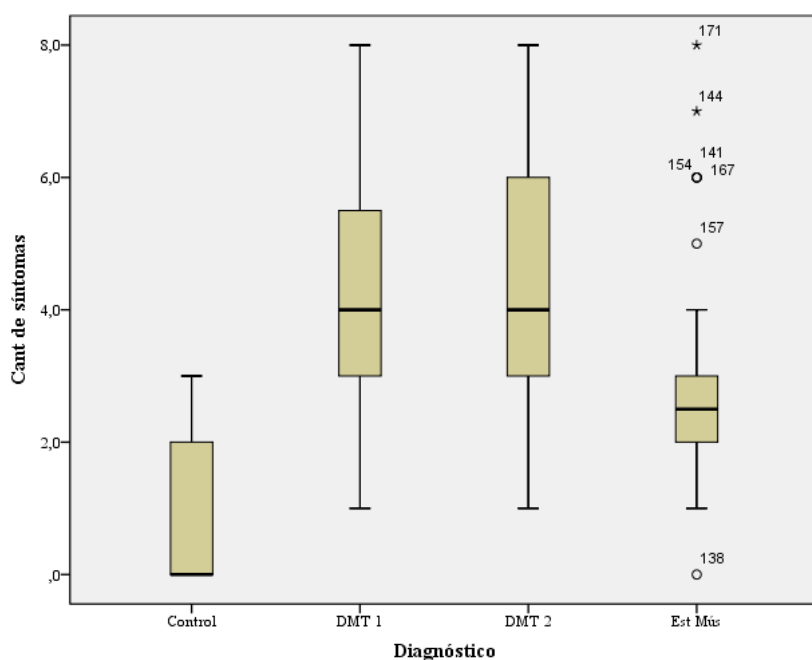


Figura 3. Box plot de la cantidad de síntomas de acuerdo al grupo

Para las tres variables consideradas, los estudiantes del profesorado de música presentan valores intermedios entre las personas sanas y los individuos con patologías vocales de la misma investigación.

Discusión

Desde su adaptación y validación, la EDTV ha sido aplicada a diversas poblaciones, permitiendo identificar a aquellas en riesgo de sufrir alteraciones vocales y promover la conciencia sobre el malestar asociado a la calidad vocal en los individuos que completan el autorreporte. En esta ocasión, al aplicarla a estudiantes de música especializados en instrumentos de viento, se pudo recopilar información relevante acerca de los síntomas presentes en esta población de élite vocal.

Aunque en el estudio se incluyeron ejecutantes de diferentes instrumentos de viento, no fue posible caracterizar a cada grupo de manera específica, debido a la escasa representatividad de la mayoría de los instrumentos en la muestra. La mitad de los participantes eran instrumentistas de Aerófonos Andinos, un instrumento de viento del grupo de las maderas, autóctono de toda la región de la Cordillera de los Andes. Aunque existen numerosas investigaciones sobre instrumentos de viento y su influencia en la voz y el tracto vocal, ninguna ha incluido específicamente a los aerófonos andinos. En estos instrumentos, los síntomas más reportados fueron sequedad y picazón, siendo la sequedad el síntoma con mayor puntuación en intensidad, seguida de nudo en la garganta.

Al analizar los datos, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos instrumentos, por lo que se procedió a un análisis general de la muestra. La cantidad promedio de síntomas en los participantes fue mayor que en el grupo control del estudio de validación de la EDTV (Santi, 2018), que no presentaba alteraciones vocales. En particular, los instrumentistas de Aerófonos Andinos reportaron un promedio de 2,65 síntomas por persona. Los resultados de Cappellaro (2018) también evidenciaron síntomas de discomfort en el tracto vocal en instrumentistas de viento, aunque con baja frecuencia e intensidad, lo cual, según las autoras, dependería de la experiencia profesional de cada músico.

Una limitación importante del estudio fue no haber recabado datos en relación a otras actividades vocales (ejercicio de la docencia, horas de canto, etc). Asimismo, tampoco se

indagó sobre la antigüedad en la ejecución del instrumento, por lo que no se pudo determinar si los participantes estaban comenzando su práctica o si ya eran músicos experimentados que buscaban formalizar su formación a través del profesorado. La cantidad de horas de práctica puede estar relacionada con el manejo técnico y la salud vocal, como se ha observado en investigaciones previas (Mukai, 1989; Fritz, 2005). Estas diferencias en la experiencia también se reflejan en estudios que analizan aspectos fisiológicos, como la nasofibroscopia, y que muestran que los músicos menos avanzados tienden a presentar mayor aparición de síntomas de discomfort vocal. Además, Machowicz (2021) destacó que los músicos con menor experiencia suelen emplear técnicas inadecuadas, lo que puede contribuir a estos síntomas.

En nuestro análisis, solo un estudiante no reportó ningún síntoma, mientras que el resto experimentó al menos uno, generalmente con una frecuencia ocasional (“a veces”) y con una intensidad leve. Solo dos participantes reportaron síntomas de intensidad moderada, y ninguno refirió síntomas frecuentes o de gravedad severa. Los síntomas más comunes e intensos fueron sequedad, picazón, irritación, ardor y dolor, los cuales podrían estar relacionados con cambios inflamatorios o daños en los tejidos de la mucosa laríngea e hipofaríngea, según los autores de la EDTV. Por otro lado, molestias como nudo en la garganta, opresión e inflamación podrían estar vinculadas a molestias músculo-esqueléticas.

Los síntomas más frecuentes e intensos reportados, como sequedad, picazón, irritación, ardor y dolor, podrían estar relacionados con cambios inflamatorios o daños en los tejidos de la mucosa laríngea e hipofaríngea, según los autores de la EDTV. En cambio, molestias como nudo en la garganta, opresión e inflamación podrían estar vinculadas a molestias músculo-esqueléticas. El mal uso vocal, que puede ser resultado de esfuerzos nocivos, también podría contribuir a la aparición de estos daños (Santi et al., 2020).

Silva et al. (2019), mediante una revisión sistemática, señalaron la relación entre la presencia de síntomas de discomfort en el tracto vocal y factores tanto individuales como organizacionales. En los estudiantes del profesorado, el síntoma de discomfort más frecuente e intenso fue la sequedad, coincidiendo con los hallazgos de Cappellaro (2018), quien concluyó que los síntomas predominantes en instrumentistas de viento son sequedad, irritación y dolor. Por su parte, Stanek (2017), en instrumentistas de viento estadounidenses, identificó la prevalencia del dolor como el síntoma más destacado en esta población. La sequedad también fue un síntoma recurrente en los resultados de la EDTV en diferentes estudios, como los de Ávila (2018) en docentes, Martínez (2018) en telemarketers, Meier (2022) en docentes universitarios, Mansilla (2022) en actores y Savioli (2022) en estudiantes de profesorado.

Asimismo, los síntomas de dolor e irritación se presentaron con frecuencia. Entre los factores individuales que podrían favorecer su aparición, se mencionan el menor tiempo de práctica, el uso intenso del instrumento y posibles problemas vocales preexistentes.

Los autores de estos estudios coinciden en la importancia de seguir investigando la relación entre la ejecución de instrumentos de viento y las dificultades vocales, especialmente si no se emplea una técnica adecuada. Esto subraya la necesidad de promover una correcta técnica vocal y de instrumentación para prevenir posibles daños y mejorar la salud vocal de los músicos y profesionales relacionados.

Conclusión

La población estudiada mostró síntomas vocales de baja frecuencia e intensidad, a pesar de lo cual los resultados se acercan a los valores obtenidos en grupos con disfonías. En base a estos hechos, es fundamental implementar programas de prevención vocal para estudiantes y profesionales instrumentistas de viento, ya que su laringe y tracto vocal participan activamente en la producción del sonido y en su desempeño laboral. La evaluación y el monitoreo fonoaudiológico desde el ingreso a la carrera son esenciales para detectar posibles riesgos y

brindar herramientas preventivas. Esto resalta la importancia de cuidar la salud vocal en esta población para evitar complicaciones futuras.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

- Ávila, A. N. & Lucci, M. A. (2018). *Estudio prospectivo: síntomas del discomfort del tracto vocal en docentes de nivel primario de la ciudad de Pérez en el año lectivo 2017*. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Cappellaro, J., & Beber, B. C. (2018). Vocal Tract Discomfort and Voice-Related Quality of Life in Wind Instrumentalists. *Journal of voice : official journal of the Voice Foundation*, 32(3), 314–318. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.05.011>
- Camposaragna, O. & Leguizamón, I. (2019) *Autoevaluación de los síntomas de discomfort del tracto vocal en adultos mayores*. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Cobeta, I., Núñez, F., & Fernández, S. (2013). *Patología de la voz*. Marge Médica Books. <https://seorl.net/PDF/ponencias%20oficiales/2013%20Patolog%C3%ADa%20de%20la%20voz.pdf>
- Costa, M. M., & Alvite, F. L. (2012). Lateral laryngopharyngeal diverticula: a videofluoroscopic study of laryngopharyngeal wall in wind instrumentalists. *Arquivos de gastroenterologia*, 49(2), 99–106. <https://doi.org/10.1590/s0004-28032012000200002>
- Eckley, C. A. (2006). Glottic configuration in wind instrument players. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 72(1), 45–47. [https://doi.org/10.1016/s1808-8694\(15\)30033-1](https://doi.org/10.1016/s1808-8694(15)30033-1)
- Falchetti, A. C. (2014). Comportamento vocal em músicos de sopro. Uma revisão de literatura. [Trabajo de fin de Grado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Fonoaudiologia]. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/169682>
- Fritz, C., & Wolfe, J. (2005). How do clarinet players adjust the resonances of their vocal tracts for different playing effects? *The Journal of the Acoustical Society of America*, 118(5), 3306–3315. <https://doi.org/10.1121/1.2041287>
- Ghirardi, A. C. de A. M., Goulart, I. M. C. de A., & Ribeiro, S. (2020). Voz e trato vocal de instrumentistas de sopro: Revisão integrativa da literatura. *Distúrbios Da Comunicação*, 32(1), 64–72. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i1p64-72>
- King, A. I., Ashby, J. & Nelson, C. (1988). Laryngeal Function in Wind Instruments: The Woodwinds. *Journal of voice : official journal of the Voice Foundation*, 1(4), 365 – 367. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(89\)80123-7](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(89)80123-7)
- Machowicz, P. A., Maksymowicz, M., Ręka, G., & Pieciewicz-Szczęśna, H. (2021). Potential link between playing wind instruments and vocal tract disorders. A literature review. *Journal of Education, Health and Sport*, 11(12), 293–298. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.12.022>
- Mansilla, A. G. (2022). *Efectos mediatos del calentamiento vocal sobre las cualidades de la voz y los síntomas de discomfort del tracto vocal en actores de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos en el año 2021*. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas. <http://hdl.handle.net/2133/25002>
- Martínez, C. (2018). *Estudio descriptivo: escala de discomfort del tracto vocal y cualidades de la voz en telemarketers del call center de la facultad de ciencias médicas de la*

- Universidad Nacional de Rosario. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Mathieson, L., Hirani, S., Epstein, R., Baken, R., Wood G & Rubin J. (2007). Laryngeal Manual Therapy: A Preliminary Study to Examine its Treatment Effects in the Management of Muscle Tension Dysphonia. *Journal of voice : official journal of the Voice Foundation*. 23. 353-66. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.10.002>.
- Meier, E. G. (2022). *Síntomas de discomfort del tracto vocal y factores de riesgo de la voz a partir de la enseñanza online sincrónica producto de la pandemia por COVID-19 en docentes universitarios de Entre Ríos en el año 2021*. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Miethe, E. (1991). Videoendoskopische Befunde beim Spielen verschiedener Blasinstrumente [Video-endoscopic findings in playing various wind instruments]. *HNO*, 39(11), 445–447.
- Mukai, S. (1989). Laryngeal movements during Wind Instruments play. *Nihon Jibiinkoka Gakkai kaiho*, 92(2), 260–270. <https://doi.org/10.3950/jibiinkoka.92.260>
- Ocker, C., Pascher, W., Röhrs, M., & Katny, W. (1990). Voice disorders among players of wind instruments? *Folia phoniatrica*, 42(1), 24–30. <https://doi.org/10.1159/000266016>
- Ortega, A. G. (2014). La laringe y la ejecución de instrumentos de viento: Rutinas de calentamiento y enfriamiento laríngeo. *Huellas*, (8), 51–60. <https://bdigital.uncu.edu.ar/5897>
- Santi, M. A., Romano, A. K. y Montenegro, S. (2018). Adaptación de la Vocal Tract discomfort Scale al español argentino. *Revista Facultad de Ciencias Médicas UNR*, 27, 34-39.
- Santi, M. A., Romano, A., Dajer, M. E., Montenegro, S., & Mathieson, L. (2020). Vocal Tract Discomfort Scale: Validation of the Argentine Version. *Journal of voice: official journal of the Voice Foundation*, 34(1), 158.e1–158.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.08.004>
- Santi, M., Romano, A. & Montenegro, S. (2021). Aplicación de la Escala de discomfort del tracto vocal en detección, diagnóstico y terapéutica de la voz. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario*. 1. 149-153. 10.35305/fcm.v1i.31.
- Savioli, B. (2022). *Estudio descriptivo sobre los síntomas de discomfort del tracto vocal y hábitos auditivos en estudiantes de profesorado*. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas. <http://hdl.handle.net/2133/25663>
- Silva, C. R. (2019). *Desconforto do trato vocal relacionado à atividade laboral de músicos sopro instrumentistas*. [Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27493>
- Silvério, K. C., Pereira, E. C., Menoncin, L. M., Sorondo Dias, C. A., Gonçalves dos Santos Junior C. L. & Prieto, P. (2010). Vocal and cervicospinal evaluation in military Wind instrumentalists. *Revista Social Brasileira de Fonoaudiologia*. 15(4), 497-504. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400005>
- Stanek, J. L., Komes, K. D., & Murdock, F. A., Jr (2017). A Cross-Sectional Study of Pain Among U.S. College Music Students and Faculty. *Medical problems of performing artists*, 32(1), 20–26. <https://doi.org/10.21091/mppa.2017.1005>
- Weikert, M., & Schlömicher-Thier, J. (1999). Laryngeal movements in saxophone playing: video-endoscopic investigations with saxophone players. A pilot study. *Journal of voice: official journal of the Voice Foundation*, 13(2), 265–273. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80031-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80031-9)

Más Allá de los Años: Evaluando el índice de Satisfacción con la vida en Personas Mayores que Permanecen Activas
Beyond the Years: Assessing Life Satisfaction Index in Older People Who Remain Active

Recibido para publicar el 25 de abril de 2025.
Aceptado para su publicación el 12 de mayo de 2025.
Versión final 19 de mayo de 2025.

Cómo citar este artículo: Cancino-Ulloa, Ana⁷; Montanares Risco, Genny⁸ y Carla Contreras-Saavedra⁹. **Más Allá de los Años: Evaluando el índice de Satisfacción con la vida en Personas Mayores que Permanecen Activas.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 43- 58

Resumen

El presente artículo analiza el índice de satisfacción con la vida (LSI-A) en personas mayores que permanecen activas, a través de su participación en programas para adultos mayores de una universidad chilena. Se busca determinar si el nivel de satisfacción se relaciona con el número de enfermedades diagnosticadas de estas personas mayores. Para abordar este objetivo, en primer lugar, se busca evaluar detalladamente el nivel de satisfacción con la vida en este grupo para comprender su bienestar general. Seguidamente, se describen las enfermedades y condiciones de salud prevalentes entre los participantes, lo cual es esencial para identificar posibles correlaciones con sus niveles de satisfacción vital.

Finalmente, se establece la relación entre la satisfacción con la vida y las condiciones de salud identificadas. Este enfoque holístico nos permitirá no solo comprender las dinámicas específicas de este grupo, sino también contribuir al diseño de estrategias más efectivas para mejorar su calidad de vida considerando como se relacionan vida activa, satisfacción con la vida y funcionalidad en el abordaje de la tercera edad.

Palabras clave: Índice de satisfacción con la vida - personas mayores, envejecimiento activo - funcionalidad.

Abstract

This article analyzes Life Satisfaction Index (LSI-A) in elderly people who remain active through their participation in programs for older adults at a Chilean university. The aim is to determine whether the level of satisfaction is related to the number of diagnosed diseases of these elderly people. To address this objective, firstly, we seek to thoroughly evaluate the level of life satisfaction in this group to understand their general well-being. Secondly, the prevalent diseases and health conditions among the participants are described, which is essential to identify possible correlations with their levels of life satisfaction.

Finally, the relationship between satisfaction with life and the identified health conditions is established. This holistic approach will allow us not only to understand the specific dynamics of this group but also to contribute to the design of more effective strategies to improve their quality of life and functionality in approaching senior citizenship.

Keywords: Life satisfaction index - elderly people - active aging, functionality.

⁷ Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián
<https://orcid.org/0000-0001-8145-4423>

⁸ Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián

⁹ Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián

Introducción

En Chile, el porcentaje de personas mayores por sobre los 60 años, respecto a la población total, ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas. Este aumento subraya la importancia de establecer entornos que favorezcan el bienestar y fomenten hábitos de vida saludables para este segmento de la población (Censo, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el envejecimiento activo como un proceso de optimización de las oportunidades que presentan los individuos, en cuanto a su salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que se envejece (Petretto et al., 2002). Por lo tanto, el envejecimiento activo podría dar origen a un conjunto de factores positivos en la vida de una persona mayor, como, por ejemplo, la participación en el mercado laboral, desarrollo de actividades de su diario vivir, manejo de la medicación, hacer trámites sin depender de ayuda y mantener actividades básicas de autocuidado (Ramos y Miranda, 2016). Así, la funcionalidad será favorable en los aspectos físicos y cognitivos, los cuales ayudan a mantener relaciones interpersonales, siendo estas una red de apoyo, en donde se tendrá la oportunidad de intercambiar ideas y sentimientos, en un entorno de respeto y comprensión mutua (Triadó, 2018).

La importancia de investigar sobre la satisfacción con la vida radica en que esta es la forma en que las personas mayores visualizan sus emociones y estados anímicos con la percepción del diario vivir (Ortiz y Castro, 2009). Dando cuenta de aspectos cognitivos y afectivos, que permiten realizar un balance global del nivel de vida y como herramienta para el abordaje en diferentes programas de intervención, generando mayor comprensión del entorno durante el proceso de envejecimiento (Blanco y Díaz, 2005). Por ello, la importancia de la implementación de programas en los cuales las intervenciones se concentren en la mejora de recursos personales y sociales; dando promoción a factores que potencian la salud mental de las personas mayores y que conlleva a una óptima satisfacción con la vida (Gálvez et al., 2020).

La evidencia ha demostrado que la participación activa de las personas mayores en programas específicamente diseñados para su grupo de edad conduce a mejoras significativas en su estado de ánimo, reduciendo los niveles de depresión, y en su bienestar subjetivo. Estos hallazgos resaltan la existencia de variables psicológicas susceptibles de ser positivamente modificadas en el grupo de personas mayores, facilitándoles así una adaptación satisfactoria y exitosa al proceso de envejecimiento (Pereira et al., 2018). Las personas mayores que se mantienen activas en talleres semanales han mostrado tener buenos índices de satisfacción con la vida, que describen tendencias hacia el entusiasmo con la vida, buen autoconcepto, y buena capacidad en la toma de responsabilidad en su vida (Cancino-Ulloa et al., 2023).

Pero la satisfacción con la propia vida que presentan las personas mayores se ve afectada por la capacidad funcional, como resultado entre la interacción del individuo con capacidad mental y física innata, y las características del entorno. Lo que permite considerar el factor de funcionalidad como el principal indicador de estado de salud de las personas mayores (Echeverría et al., 2022). Esta incluye la capacidad de realizar actividades diarias esenciales para la vida y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (Segovia y Torres, 2011). Lo que les permite mantener la independencia, autonomía y calidad de vida (Etxeberria, 2017).

Una alteración en la funcionalidad puede ser indicador de la presencia de una enfermedad o patología y, por lo tanto, determinar la capacidad de independencia que se tiene (Varela et al., 2013). Por lo que, la participación en programas para personas mayores genera un efecto de funcionalidad positivo, el cual causa pensamientos efectivos, facilita el apoyo y la interacción social. Haciendo que los individuos se sientan muy satisfechos con la vida, disminuyendo síntomas depresivos y con un mejor rendimiento cognitivo (Ferrada y Zabala, 2014). El objetivo del presente estudio es describir la satisfacción con la vida de las personas mayores y, además, busca determinar si el nivel de satisfacción se relaciona con el número de enfermedades diagnosticadas (es decir con su funcionalidad orgánica) de las personas mayores que permanecen activas.

Metodología

Muestra

La muestra ($n = 54$) está conformada por personas mayores de entre 63 y 85 años. El análisis de potencia estadística para análisis relacionales calculado con gpower indica que se requiere el tamaño de muestra de 34 con un poder del 95% para detectar la correlación observada, asumiendo un tamaño de efecto de 0.5 y un nivel de significancia de 0.05.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Personas de 60 a 90 años, independientes, capaces de contestar el cuestionario por sí mismas.
2. Deben residir en la provincia de Valdivia.
3. Que participen en programas de una universidad chilena al sur del país.

Dentro de los criterios de exclusión se considera que:

1. Sean menores de 60 años.
2. Personas dependientes.
3. Personas incapaces de comprender las instrucciones de los instrumentos de evaluación.
4. Personas que no otorguen consentimiento informado.
5. Personas con deterioro cognitivo diagnosticado en cualquiera de sus estadios.
6. Personas con trastornos neurológicos moderados o severos.

Instrumento

Para la evaluación de la satisfacción con la vida de las personas mayores que participan en programas realizados exclusivamente para ellos, en una universidad chilena, se utilizará el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A), el cual se desarrolló en 1961 por Neugarten, Havighurst y Tobin. Para ello, los autores desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue definir una medida operacional válida y confiable del bienestar psicológico en las personas mayores. Este instrumento se tradujo desde el inglés al español y fue validado en Chile (Zegers et al., 2009). Actualmente, es un instrumento de medición fácil de administrar y con una alta confiabilidad.

El cuestionario de Índice de Satisfacción Vital se compone de veinte preguntas de la vida general de las personas mayores, para las cuales las respuestas posibles pueden ser (a) de acuerdo, (b) en desacuerdo y (c) no sé. Otorgando 1 punto a aquellas afirmaciones que sean positivas en relación a la satisfacción con la vida y 0 punto a aquellas en que la respuesta es

negativa o el sujeto responde “no sé”. Así el resultado se obtiene del análisis de las respuestas del sujeto (véase Tabla 1).

Tabla 1

Cuestionario Índice de Satisfacción Vital (LSI-A).

Pregunta	1 punto	0 punto
1. A medida que pasan los años, las cosas parecen mejor de lo que yo pensé que serían.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
2. He tenido más oportunidades en la vida que la mayoría de las personas que conozco.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
3. Esta es la etapa más monótona de mi vida.	En desacuerdo	De acuerdo No sé
4. Soy tan feliz como cuando era más joven.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.	En desacuerdo	De acuerdo No sé
6. Estos son los mejores años de mi vida.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas o monótonas.	En desacuerdo	De acuerdo No sé
8. Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y placenteras.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
9. Las cosas que hago son tan interesantes para mí como lo eran antes.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
10. Me siento viejo y un tanto cansado.	En desacuerdo	De acuerdo No sé
11. Siento mis años, pero no es algo que me moleste.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
12. Al mirar mi vida hacia atrás, me siento bastante satisfecho.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
13. No cambiaría mi vida hacia atrás aunque pudiera.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
14. Comparado con otras personas de mi edad, he tomado muchas decisiones tontas en mi vida.	En desacuerdo	De acuerdo No sé

15. Comparado con otras personas de mi edad, tengo una buena apariencia.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
16. He hecho planes para hacer cosas dentro de este mes o este año.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
17. Cuando pienso en mi vida pasada, me doy cuenta que no conseguí la mayor parte de las cosas importantes que quise.	En desacuerdo	De acuerdo No sé
18. Comparado con otras personas, me siento abatido demasiado frecuentemente.	En desacuerdo	De acuerdo No sé
19. He conseguido gran parte de lo que esperé de mi vida.	De acuerdo	En desacuerdo No sé
20. A pesar de lo que la gente dice, la mayoría de las personas están poniéndose peores, no mejores.	En desacuerdo	De acuerdo No sé

Por otro lado, las preguntas se agrupan en 5 factores que corresponden a componentes de bienestar (véase Tabla 2).

Tabla 2

Factores que corresponden a componentes de bienestar.

Factor	Características	Nº de pregunta relacionada	Puntaje asignado en respuesta
1	Congruencia entre los objetivos deseados y los alcanzados	1, 2, 4, 6, 12, 13 y 19.	“de acuerdo”
2	Entusiasmo	3, 7, 10 y 18.	“en desacuerdo”
3	Tono emocional	5, 14, 17 y 20.	“en desacuerdo”
4	Autoconcepto	9, 11 y 15.	“de acuerdo”
5	Resolución y fortaleza	8 y 16.	“de acuerdo”

Además, se les consultó mediante una pauta de anamnesis por enfermedades diagnosticadas a través de autorreporte.

Procedimiento

Después de gestionar la autorización del comité de ética, se reclutó a los participantes en actividades orientadas a personas mayores en una universidad de Valdivia. Así, a aquellos que firmaron el consentimiento informado se les entregó el cuestionario LSI-A para completar a través de autorreporte.

La participación fue siempre totalmente voluntaria, y se hizo hincapié en el manejo anónimo y privado de los datos recogidos. A todos los participantes se les dejaron copias de su consentimiento informado e información de contacto de los investigadores en caso de que surgieran preguntas o dudas tras la recogida de datos.

Una vez recogidos los datos, se transfirieron a un archivo para el análisis estadístico, los cuales se encuentran en resguardo del investigador responsable.

Diseño y Análisis de Datos

El enfoque del análisis de datos es cuantitativo. Primero, se realizó un análisis descriptivo de la muestra y de la variable dependiente del estudio, el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) reportado por los participantes. Segundo, se realizó un análisis de varianza ANOVA para analizar la variable sexo (femenino vs. masculino) y por separado la variable edad (agrupadas en 63 a 68 años vs. 69 a 72 años vs. 73 a 76 años vs. 77 a 85 años) con el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) como variable dependiente.

Tercero, se realizó el análisis de los 5 Factores del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) por medias totales y porcentajes de logro que se calcularon respecto del puntaje ideal de cada factor. Este porcentaje refleja el logro para cada factor.

Por último, se realizó un análisis relacional entre el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) con el número de diagnósticos de las personas mayores participantes de programas de una universidad chilena al sur del país. Para esto se utilizó análisis de correlación de Pearson. Para realizar el análisis de los datos se utilizó SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 27.

Resultados

Se realizó un análisis descriptivo del índice de Satisfacción con la Vida (LSI) de personas mayores que participaron en los programas. Se utilizó el 100% de las evaluaciones recopiladas, ya que no fue necesario hacer exclusiones de la base de datos (véase Tabla 3).

Tabla 3

Descriptivos de resultados de Índice de Satisfacción con la Vida (LSI-A) logrados por los participantes (n=54).

Descriptives	TOTAL
N	54
Missing	0
Mean	14.3
Std. error mean	0.461
Median	14.5
Sum	772
Standard deviation	3.38
Variance	11.5
Range	14
Minimum	6
Maximum	20
Skewness	-0.599
Std. error skewness	0.325
Kurtosis	0.0931
Std. error kurtosis	0.639
Shapiro-Wilk W	0.948
Shapiro-Wilk p	0.020

Fuente: Elaboración propia.

La media del Índice de Satisfacción con la Vida (LSI-A) para el puntaje total de toda la muestra fue 14.30 D.E 3.38. Los resultados indican una distribución de las puntuaciones con una leve asimetría hacia la izquierda (sesgo = -0.599), aunque no se observa una curtosis significativa (0.0931), lo que sugiere una distribución relativamente plana en comparación con una distribución normal. El análisis de normalidad Shapiro-Wilk fue significativo ($W = 0.948$, $p = .020$), indicando que las puntuaciones no siguen una distribución normal.

La distribución de las respuestas mostró que las personas mayores eligieron de forma más frecuente la opción “de acuerdo” el factor 1, el factor 4 y el factor 5. Estos factores son los que tienen sus oraciones planteadas en positivo (véase Tabla 4).

Tabla 4

Distribución de respuestas a cada ítem y factor por frecuencia y porcentaje para respuestas planteadas en positivo.

Factor	ítem	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1 Congruencia entre los objetivos deseados y los alcanzados	1	en desacuerdo	15	27.8
		de acuerdo	39	72.2

	2	en desacuerdo	12	22.2
		de acuerdo	42	77.8
	4	en desacuerdo	25	46.3
		de acuerdo	29	53.7
	6	en desacuerdo	20	37.0
		de acuerdo	34	63.0
	12	en desacuerdo	7	13.0
		de acuerdo	47	87.0
	13	en desacuerdo	17	31.5
		de acuerdo	37	68.5
	19	en desacuerdo	5	9.3
		de acuerdo	49	90.7
4 Autoconcepto	9	en desacuerdo	12	22.2
		de acuerdo	42	77.8
	11	en desacuerdo	12	22.2
		de acuerdo	42	77.8
	15	en desacuerdo	6	11.1
		de acuerdo	48	88.9
5 Resolución y fortaleza	8	en desacuerdo	5	9.3
		de acuerdo	49	90.7
	16	en desacuerdo	8	14.8
		de acuerdo	46	85.2

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de los ítems planteados en negativo, como la evaluación del entusiasmo de la persona mayor en factor 2 la tendencia cambió hacia la respuesta “en desacuerdo”. En el caso de la evaluación del tono emocional del factor 3 se vio variabilidad en la distribución de las respuestas (véase Tabla 5).

Tabla 5

Distribución de respuestas a cada ítem y factor por frecuencia y porcentaje para respuestas planteadas en negativo.

Factor	ítem	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
2 Entusiasmo	3	de acuerdo	13	24.1
		en desacuerdo	41	75.9
	7	de acuerdo	14	25.9
		en desacuerdo	40	74.1
	10	de acuerdo	16	29.6
		en desacuerdo	38	70.4
	18	de acuerdo	13	24.1
		en desacuerdo	41	75.9
3 Tono emocional	5	de acuerdo	31	57.4
		en desacuerdo	23	42.6
	14	de acuerdo	24	44.4
		en desacuerdo	30	55.6
	17	de acuerdo	21	38.9

	en desacuerdo	33	61.1
20	de acuerdo	32	58.2
	en desacuerdo	22	40.0

Fuente: Elaboración propia.

La edad de los participantes fluctúa entre los 63 y 85 años, pero para llevar a cabo los análisis se agruparon equilibrados de acuerdo a la cantidad de participantes (véase tabla 6). Los grupos fueron: edades de 63 a 68 años vs. 69 a 72 años vs. 73 a 76 años vs. 77 a 85 años. El efecto de la variable edad no fue significativo ($F = .643$, $p = .591$). Las personas mayores con edad entre 69 a 72 años mostraron el índice más alto (15.4, SD2.31), mientras que los dos grupos con más edad mostraron el índice más bajo de 13.8.

Tabla 6

Distribución de participantes del estudio para cada grupo de edad por frecuencia y porcentaje.

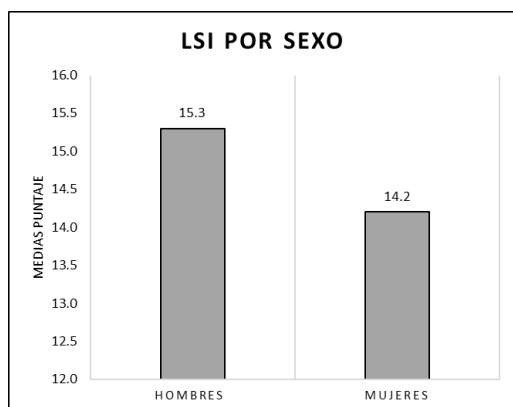
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	63 a 67 años	14	25,9
	69 a 72 años	12	22,2
	73 a 76 años	14	25,9
	77 a 85 años	13	24,1
	Total	53	98,1
Perdidos		1	1,9
Total		54	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Respecto del efecto de la variable sexo, este no mostró tener un efecto significativo sobre el índice de satisfacción con la vida ($F = .629$, $p = .431$). Los hombres mostraron un índice más alto que las mujeres ($M = 15.3$, $SD 4.76$ vs. $M = 14.2$, $SD 3.22$), pero esto fue solo una tendencia (véase Figura 1).

Figura 1

Índice de Satisfacción con la Vida por sexo.



Fuente: Elaboración propia.

Los cinco factores de la Satisfacción con la Vida mostraron porcentajes de logro diferentes. Estos se calcularon respecto del puntaje ideal de cada factor. Es decir que reflejan el porcentaje de puntaje real que se logró para cada factor. El factor con mayor logro de puntaje fue el Factor 5 con 88% del puntaje total para ese factor, seguido por el factor 4 con 81% del puntaje total. El Factor 1 y 2 mostraron un 73% y 74% de logro del puntaje total para esos factores. El Factor 3 fue el que tuvo el porcentaje más bajo con 50% del puntaje para este factor (véase Tabla 8).

Tabla 8

Porcentaje de logro del factor respecto del puntaje ideal.

Factor	Características	N° de pregunta relacionada	media del puntaje total por factor	Porcentaje de logro del factor respecto del puntaje ideal
1	Congruencia entre los objetivos deseados y los alcanzados	1, 2, 4, 6, 12, 13 y 19.	5.1 (puntaje ideal 7)	73%
2	Entusiasmo	3, 7, 10 y 18.	2.9 (puntaje ideal 4)	74%
3	Tono emocional	5, 14, 17 y 20.	2.0 (puntaje ideal 4)	50%
4	Autoconcepto	9, 11 y 15.	2.4 (puntaje ideal 3)	81%

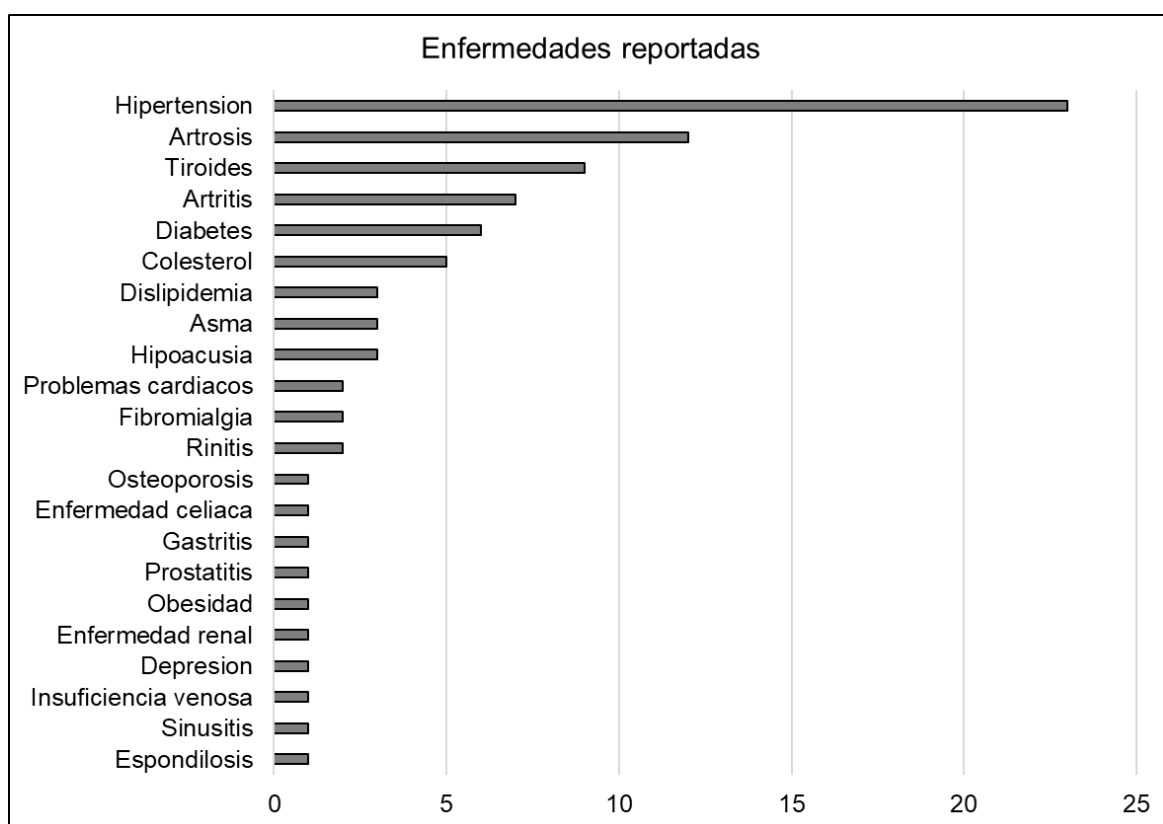
5	Resolución y fortaleza	8 y 16.	1.8 (puntaje ideal 2)	88%
---	------------------------	---------	--------------------------	-----

Fuente: Elaboración propia.

Las enfermedades y condiciones de salud prevalentes reportadas por las personas mayores (véase Tabla 9) fueron Hipertensión (23), Artrosis (12), Enfermedades a la tiroides (9), Artritis (7), Diabetes (6), Dislipidemia (8), Hipoacusia (3), Asma (3), Fibromialgia (2), Problemas cardíacos (2), Rinitis (2), Espondilosis (1), Sinusitis (1), Insuficiencia venosa (1), Depresión (1), Enfermedad renal (1), obesidad (1), Prostatitis (1), Enfermedad celíaca (1), Osteoporosis (1) y Gastritis (1).

Tabla 9

Enfermedades y condiciones de salud prevalentes reportadas por los participantes.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, se realizó un análisis relacional entre el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) con el número de diagnósticos de las personas mayores participantes de programas de una universidad chilena al sur del país. La correlación de Pearson indicó una relación negativa significativa entre la cantidad de diagnósticos de las personas mayores y su índice de satisfacción con la vida ($r = 0.317^*$, $p = .020$).

Discusión

El presente estudio analizó el Índice de Satisfacción con la vida (LSI-A) de 54 personas mayores de entre 63 y 85 años. En primer lugar, se observó una media de satisfacción con la

vida de 14.3. Esto indica que, en promedio, los participantes tienen una satisfacción moderada con su vida. La mediana es 14.5, lo que sugiere que la mitad de los participantes tienen una puntuación de satisfacción con la vida igual o superior a este valor. La desviación estándar es 3.38, lo que muestra una variabilidad moderada en las puntuaciones de satisfacción con la vida entre los participantes. Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de los participantes tienen una satisfacción con la vida moderada, hay una variabilidad considerable en las puntuaciones, y la distribución no es completamente normal.

En el factor 1 “Congruencia entre objetivos deseados y alcanzados” los participantes se sienten relativamente satisfechos. Esto se refleja en la pregunta 19 “He conseguido gran parte de lo que esperé de mi vida” donde un 90,7% de los participantes está de acuerdo y un 9,3% en desacuerdo. La pregunta 4 de este mismo factor “Soy tan feliz como cuando era más joven” muestra una ligera mayoría de acuerdo (53,7% de acuerdo y 46,3% en desacuerdo). Según Vivas et al. (2007) es fundamental darle sentido a la vida pasada buscando que las nuevas relaciones y actividades den significado a la existencia. Las personas mayores son capaces de valerse por sí mismos con el apoyo de amigos (Pérez et al., 2009). Los adultos mayores socialmente activos sienten que su vida tiene más sentido, están más satisfechos con su vida y sienten que tienen un propósito en la vida (Gallardo-Peralta et al., 2016).

El factor 2 “Entusiasmo” indica un nivel moderado de entusiasmo, sin diferencias significativas. Este factor se relaciona al nivel en que el individuo participa y se interesa por otras personas o actividades (Zegers Prado et al., 2009). Este factor está condicionado por la representación social que existe de la vejez “a partir de un contexto en el que la identidad se enmarca dentro de la dinámica de la exclusión y desprestigio social” (Rossi, 2008, p.1). El nivel de entusiasmo aumenta cuando los adultos mayores realizan actividades donde se ponen en práctica las competencias sociales experimentando emociones positivas complejas como el amor y la amistad (Bizquerra Alzina, 2003). Eso se evidencia en la pregunta 3 “Esta es la etapa más monótona de mi vida” y 18 “Comparado con otras personas, me siento abatido demasiado frecuentemente” donde los resultados fueron 24,1 % de acuerdo y 75,9% en desacuerdo.

El factor 3 “Tono emocional” muestra un nivel bajo de satisfacción. Zegers et al. (2009) define a este factor como la presencia de actitudes optimistas, humor y tono afectivo positivo hacia los demás. Los adultos mayores se encuentran en una etapa de ciclo vital que se asocia a actitudes desfavorables (Parales y Ruiz, 2002). Esto se evidencia en la pregunta 20 “A pesar de lo que la gente dice, la mayoría de las personas están poniéndose peores, no mejores” con un leve porcentaje más alto entre los que están de acuerdo (58, 2%) y en desacuerdo (40%). Por el contrario, la pregunta 3 de este factor “Esta es la etapa más monótona de mi vida” es una de las que arroja menos participantes de acuerdo (24,1 %).

El factor 4 “Autoconcepto” sugiere una satisfacción relativamente alta. En la pregunta 15 “Comparado con otras personas de mi edad, tengo una buena apariencia”, el 88,9% de los participantes resultó estar de acuerdo con esta afirmación. Este factor alude a la imagen positiva que la persona tiene de su yo físico, psíquico y social (Zegers et al., 2009). En los adultos mayores este auto concepto se ve afectado cuando reflexionan u observan cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan en esta etapa, sumado a una sensación de aislamiento y a una percepción negativa de cómo la sociedad los ve (Perugache et al., 2016). Este alto nivel de satisfacción del factor “Autoconcepto” se puede asociar a la participación de los

participantes en programas de adultos mayores ya que este tipo de actividades promueven un envejecimiento activo (Ramos y Miranda, 2016).

El factor 5 “Resolución y fortaleza”, que implica el conjunto de recuerdos gratos sobre historias personales e incluso los recuerdos que, connotados como negativos dejan aprendizajes importantes, así como la finalización de ciclos (Trujillo García, 2004), obtiene un porcentaje de 90,7% en la pregunta 8 “Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y placenteras”. Para Gallardo-Peralta et al. (2016) las personas mayores que participan en actividades sociales se sienten más capaces de afrontar su envejecimiento, así como de buscar soluciones a los problemas y de pensar en nuevas formas para resolverlos.

Con respecto a la variable edad, los resultados muestran que las personas mayores con edad entre 69 a 72 años tienen el índice más alto (15.4, SD2.31), mientras que los dos grupos con más edad (desde 73 hasta 85 años) mostraron el índice más bajo de 13.8. La observación de que el índice de satisfacción no haya disminuido significativamente para el grupo de personas mayores con edad más avanzada es relevante para las políticas públicas, ya que reafirma la necesidad de fomentar el envejecimiento activo para todos los grupos de personas mayores. No solo para los adultos mayores más jóvenes, sino que para toda la tercera y cuarta edad.

La variable sexo no tiene un efecto significativo sobre el índice de satisfacción con la vida. En estudios previos, si bien se han descritos diferencias entre hombres y mujeres, estos no han sido consistentes o potentes. En general, el índice de satisfacción con la vida estará determinada no por cuestiones de sexo, sino que más bien, por aspectos culturales, posibilidad del sujeto, contexto, etc. En una mirada internacional, las mujeres suelen tener mayores niveles de satisfacción vital que los hombres en todos los grupos de ingresos, educación y empleo. Pero, la dirección de las diferencias por sexo en la satisfacción vital es inconsistente entre los grupos de edad y regionales (Joshnloo y Jovanovic, 2020).

En cuanto a la enfermedad más reportada por los participantes, la hipertensión es la enfermedad crónica más nombrada. La correlación de Pearson indica una relación negativa significativa entre la cantidad de diagnósticos de las personas mayores y su índice de satisfacción con la vida, es decir, a mayor cantidad de diagnósticos menor índice de satisfacción con la vida. Esto se condice con lo que postula Echeverría et al. (2022) en relación con que la satisfacción con la propia vida que presentan las personas mayores se ve afectada por su capacidad funcional física. Interesantemente, ya existen grupos de investigación que examinan la relación entre los niveles de satisfacción con la vida y el riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular por hipertensión. El estudio de Guimond et al., (2021) encontró una leve asociación de un 12% atenuada por el distrés psicológico. Inversamente, Liu et al., comprobó en un estudio transversal representativo de China, que la satisfacción vital se vio reducida por la multimorbilidad de las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, mientras la satisfacción con la vida es un factor protector, esta también se puede ver afectada por afectaciones mayores a la funcionalidad de las personas.

Estudios previos han demostrado que la satisfacción con la vida es multifactorial (Khodabakhsh; 2023). Por ejemplo, se ve afectada por la educación, el trabajo, ayudas sociales y las actividades diarias. El estudio de Papi et al., (2021) confirmó que las dimensiones como salud ($p = 0,001$) y estado cognitivo ($p = 0,007$) tienen un mayor papel en la predicción de la

satisfacción vital de los adultos mayores. Por lo tanto, para aumentar el nivel de satisfacción vital de los adultos mayores, se sugiere promover el estado de salud y el estado cognitivo.

El estudio de Kim et al., (2021) comprobó que los participantes con la mayor (frente a la menor) satisfacción vital tuvieron mejores resultados en algunos indicadores de salud como dolor crónico y limitación de movimiento durante el periodo de seguimiento de 4 años. Sin embargo, este estudio no logró asociar la satisfacción vital problemas de salud crónicos como los que estableció el presente estudio (es decir, diabetes, hipertensión, ictus, cáncer, cardiopatías, enfermedades pulmonares, artritis, sobrepeso/obesidad o deterioro cognitivo), otros comportamientos de salud (es decir, consumo excesivo de alcohol o tabaco).

Los estudios como los de Papi et al., (2021), Kim et al., (2021), y el presente estudio evidencian la existencia de la triada que relaciona estrechamente la satisfacción con la vida, el envejecimiento saludable y la funcionalidad de las personas mayores. Considerando que el bienestar de la persona mayor debe ser un equilibrio físico, psicológico y social. Una persona mayor con un alto índice de satisfacción con la vida probablemente tendrá un modelo de vida activo, y con ello, un envejecimiento activo, que estará estrechamente relacionado a una funcionalidad orgánica mejor. Asimismo, la relación será también bidireccional, pues una persona mayor con buena salud será más activa y podrá involucrarse en más actividades, favoreciendo su índice de satisfacción con la vida. Si la política pública favorece la actividad de la persona mayor, la triada completa se favorecerá, y el equilibrio completo será protegido.

Conclusión

La media de satisfacción de 14.3 entre los participantes sugiere que, en general, éstos se sienten moderadamente satisfechos con sus vidas, lo cual es un resultado positivo. Un alto porcentaje de los participantes (90,7%) se siente satisfecho con lo que ha logrado en la vida, especialmente en el factor de "Congruencia entre objetivos deseados y alcanzados". Esto resalta la importancia de tener metas y relaciones significativas, que pueden contribuir a un sentido de propósito. Por otro lado, el nivel de entusiasmo moderado y el bajo tono emocional son aspectos que merecen atención. Es evidente que la percepción social de la vejez pueda influir en cómo se sienten los adultos mayores. Fomentar actividades que les permitan conectarse socialmente y experimentar emociones positivas podría ser clave para mejorar su bienestar emocional. El autoconcepto también parece ser un punto fuerte, lo que indica que muchos se ven a sí mismos de manera positiva, a pesar de los cambios que enfrentan. Esto evidencia la importancia de promover un envejecimiento activo y saludable.

Finalmente, la relación entre la salud física y la satisfacción con la vida es un hallazgo crucial. A medida que se enfrentan a más diagnósticos de salud, su satisfacción tiende a disminuir. Esto subraya la necesidad de un enfoque integral que no solo aborde la salud física, sino también el bienestar emocional y social de los adultos mayores. Las políticas públicas deberían considerar esta relación, en cuanto a que las personas mayores con enfermedades crónicas requieren potenciar su participación en actividades y mantenerse activas. Así, todo se conjuga en una delicada relación de la triada salud, mantenerse activo y la satisfacción con la vida.

En resumen, este estudio ofrece una visión útil sobre cómo diferentes factores afectan la satisfacción con la vida durante la vejez.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Echeverría, A., Astorga, C., Fernández, C., Salgado, M., & Villalobos Dintrans, P. (2022). *Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health]*, 46, e34.
- Etxeberria, X. (20 de noviembre de 2017). *Las personas mayores: la independencia en la interdependencia*. Comisión Económica para América Latina. Consultado el 28 de mayo de 2023, de <https://www.cepal.org/es/enfoques/miradas-perspectivas>
- Ferrada Mundaca, L., & Zavala Gutiérrez, M. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través Del voluntariado. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 20(1), 123–130. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532014000100011>
- Gallardo-Peralta, Lorena, Conde-Llanes, Dina, & Córdova-Jorquera, Isabel. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108.
- Gálvez Olivares, M., Aravena Monsalvez, C., Aranda Pincheira, H., Ávalos Fredes, C., & López-Alegría, F. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(4), 384–399. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272020000400384>
- Guimond, A. J., Kubzansky, L. D., Boehm, J. K., Kivimaki, M., & Trudel-Fitzgerald, C. (2021). Does life satisfaction reduce risk of incident hypertension and stroke? Evidence from the Whitehall II cohort. *Journal of psychosomatic research*, 144, 110414.
- Khodabakhsh, S. (2022). Factors affecting life satisfaction of older adults in Asia: A systematic review. *Journal of Happiness Studies*, 23(3), 1289-1304.
- Kim, E. S., Delaney, S. W., Tay, L., Chen, Y., Diener, E. D., & Vanderweele, T. J. (2021). Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. *The Milbank Quarterly*, 99(1), 209-239.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). *Censos de Población y Vivienda*. Consultado el 15 de junio de 2023, de <https://regiones.ine.cl/los-rios/estadisticas-regionales/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda>
- Joshanloo, M., & Jovanović, V. (2020). The relationship between gender and life satisfaction: Analysis across demographic groups and global regions. *Archives of women's mental health*, 23(3), 331-338.
- Liu, G., Xue, Y., Liu, Y., Wang, S., & Geng, Q. (2020). Multimorbidity in cardiovascular disease and association with life satisfaction: a Chinese national cross-sectional study. *BMJ open*, 10(12), e042950.
- Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico DE Los adultos mayores, Su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución DE enfermería. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 15(1).
- Papi, S., & Cheraghi, M. (2021). Multiple factors associated with life satisfaction in older adults. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 20(2), 65-71.

- Parales, C. J., & Ruiz, E. D. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista latinoamericana de Psicología*, 1(1), 107-121.
- Pereira, L. G., Fernández, E. B., Cruz, M. G., & Santiesteban, J. R. G. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (33), 14-19.
- Pérez, B. P., Trillo, M. T., Aguilera, F. M., & Castro, M. B. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(2), 53-61.
- Perugache Rodríguez, A. D. P., Caicedo, A. L., Barón, K. A., & Tenganan Álvarez, D. S. (2016). Educación emocional y satisfacción con la vida percibida en un grupo de adultos mayores. *Revista colombiana de ciencias sociales*, 7(2), 312. <https://doi.org/10.21501/22161201.1781>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Ramos Monteagudo, A. M., Yordi García, M., & Miranda Ramos, M. D. L. Á. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Segovia Díaz de León, M. G., & Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2011000400003>
- Triadó Tur, Carme. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje / Active ageing, generativity and learning. *Aula abierta*, 47(1), 63. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.63-66>
- Varela-Moreiras, G., Alguacil Merino, L. F., Alonso Aperte, E., Aranceta Bartrina, J., Avila Torres, J. M., Aznar Laín, S., Belmonte Cortés, S., Cabrerizo García, L., Dal Re Saavedra, M. Á., Delgado Rubio, A., Garaulet Aza, M., García Luna, P. P., Gil Hernández, A., González-Gross, M., López Díaz-Ufano, M. L., Marcos Sánchez, A., Martínez de Victoria Muñoz, E., Martínez Vizcaíno, V., Moreno Aznar, L., ... Zamora Navarro, S. (2013). CONSENSUS DOCUMENT AND CONCLUSIONS - Obesity and sedentarism in the 21st century: what can be done and what must be done? *Nutrición Hospitalaria: Órgano Oficial de La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 28 Supl 5, 1-12.
- Vivas, M., Gallego, D. y Gonzales, B. (2007). *Educación las emociones*. Mérida: CA. Zegers Prado, B., Rojas-Barahona, C., & Förster Marín, C. (2009). Validez y Confiabilidad del índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una Muestra de Adultos y Adultos Mayores en Chile. *Terapia Psicológica*, 27(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000100002>

Riesgo de caídas en adultos mayores

Fall risk in older adults

Recibido para publicar el 19 de junio de 2025.
Aceptado para su publicación el 15 de julio de 2025.
Versión final 17 de julio de 2025.

Cómo citar este artículo: Vicente, Santiago¹⁰; Calzetti, Cecilia F.¹¹ y Simone Zalazar, Victoria A.¹². **Riesgo de caídas en adultos mayores.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 59- 67

Resumen

El riesgo de caídas en adultos mayores representa un problema de salud pública con consecuencias significativas. Este estudio determinó el riesgo de caídas en personas mayores de 70 años en la ciudad de San Luis. Se realizó un estudio observacional, transversal y de enfoque mixto con 20 participantes (M =76,4 años; DE = 4,2), de los cuales 60% fueron mujeres y 40% hombres. Se empleó el test “Timed Up and Go” (TUG), una encuesta sociodemográfica y de antecedentes de salud.

Los resultados indicaron que el 60% tenía un riesgo bajo de caídas y el 40% un riesgo moderado, sin casos de alto riesgo. Se observó una correlación positiva moderada entre edad y riesgo de caídas, aunque no estadísticamente significativa. El 80% de la muestra presentó al menos una enfermedad crónica, el 25% sufrió caídas en los últimos 12 meses y los medicamentos más frecuentes en este grupo fueron los hipotensores y diuréticos. La polifarmacia fue baja, representando solo el 10% de la muestra.

Los hallazgos destacan la necesidad de estrategias preventivas para reducir el riesgo de caídas en esta población, con un enfoque interdisciplinario que incluya la evaluación y el entrenamiento del equilibrio.

Palabras clave: Riesgo – Caídas – Envejecimiento

Abstract

The risk of falls in older adults is a public health problem with significant consequences. This study assessed fall risk in individuals over 70 years old in San Luis. An observational, cross-sectional study with a mixed-methods approach was conducted with 20 participants (M =76.4 years; SD = 4.2), 60% were women and 40% men. The “Timed Up and Go” (TUG) test, along with a sociodemographic and health history survey, was used.

Results indicated that 60% had a low fall risk, while 40% had a moderate risk, with no highrisk cases. A moderate positive correlation between age and fall risk was observed, though no statistically significant. Additionally, 80% of the sample had at least one chronic disease, 25% had experienced falls in the last 12 months and the most commonly used medications in this group were antihypertensives and diuretics. Polypharmacy was low, affecting only 10% of the sample.

These findings highlight the need for preventive strategies to reduce fall risk in this population, with an interdisciplinary approach that includes balance assessment and training.

Key words: risk- falls- aging

¹⁰ Lic. en Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. santiagovicente500@gmail.com

¹¹ Esp. en Investigación en Ciencias Sociales y Humanas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. Orcid 0009-0008-0272-0382 cecalzetti@email.unsl.edu.ar

¹² Lic. en Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. vasimone@email.unsl.edu.ar

Introducción

A fin de introducir al estudio del riesgo de caídas en adultos mayores es necesario comprender que la marcha normal depende de una compleja interacción cognitiva, muscular, sensorial y esquelética (Kaplan et al., 2009); puede verse afectada por diversos factores, entre ellos el envejecimiento y su impacto en mayor o menor medida en todos los sistemas que permiten la marcha, es decir, el sistema visual, el sistema vestibular y el sistema propioceptivo.

La disfunción vestibular a causa del envejecimiento se conoce como presbivértigo, lo que le supone al paciente una sensación de continua inestabilidad, con dificultad para mantener el equilibrio en situaciones sensoriales difíciles (Valls et al., 2006).

Esto ocasiona un aumento en el riesgo de caídas, hecho demasiado frecuente en los adultos mayores, ya que “aproximadamente el 30% de ellos, sean independientes y/o autoválidos sufren una caída una vez al año. Este porcentaje asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y a un 50% en los mayores de 80 años” (Spampinato, s.f., p.1).

Debido a su elevada morbilidad, tanto por el traumatismo como por las secuelas psicosociales que produce, las lesiones asociadas con las caídas adquieren un alto protagonismo. (Lavedán Santamaría et al., 2014). Sin embargo, muchos de los factores que inciden en la ocurrencia de las mismas parecen ser prevenibles, aunque este grado de prevención varía en función del factor que incide.

Actualmente, se estima que para el año 2050 la cantidad de adultos mayores aumentará significativamente respecto a la actualidad, y es aquí donde cobra importancia detectar cuál es el riesgo de caídas en este grupo poblacional, para poder llevar a cabo de manera exitosa tareas dirigidas a la prevención de estos sucesos que afectarán notablemente su calidad de vida.

Por tal motivo, y luego de una revisión de la literatura nacional e internacional publicada en torno a esta problemática, surgió como inquietud conocer cuál es la prevalencia del riesgo de caídas en personas mayores de 70 años en la ciudad de San Luis. Para ello se plantearon como objetivos específicos determinar el riesgo de caída en las personas participantes del estudio, indagar sobre aspectos sociodemográficos, e indagar sobre antecedentes personales en torno al riesgo de caídas.

Marco teórico

En los adultos mayores un suceso frecuente son las caídas, entendidas como un evento caracterizado por pérdida de estabilidad postural, donde ocurre un desplazamiento no intencional de centro de gravedad hacia un nivel inferior, sin que haya mediado pérdida de la consciencia o del tono postural (Wild et al., 1981).

Estos hechos se encuentran relacionados principalmente a la inestabilidad corporal y a la alteración de la marcha, debido a los cambios físicos y cognitivos propios del envejecimiento, donde el grado de severidad varía en función de la presencia o no de enfermedades crónicas y la influencia de factores socioambientales (Kaplan et al., 2009).

De este modo, los cambios en los sistemas corporales que intervienen en el equilibrio, aquella función que nos permite el mantenimiento de la posición de pie en reposo (control postural estático) y su conservación durante las actividades de la vida diaria (control postural dinámico), son una consecuencia inevitable del envejecimiento (Lacour, 2016), definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) como:

El resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia a la muerte (párr.4).

En las personas mayores se comienzan a observar Cambios en la composición corporal, en el sistema locomotor, cardiovascular, nervioso, visual, vestibular y propioceptivo (Parra

Landinez et al., 2012). En consecuencia, la sensibilidad, el poder discriminativo de los receptores sensoriales y la integración central de las variadas modalidades (propioceptiva, visual y vestibular) se ven afectadas en mayor o menor medida. De igual forma, el deterioro de las funciones cognitivas que se observan en esta población modifica las capacidades de anticipación y de atención necesarias para el desarrollo adecuado de las tareas posturales y locomotoras simples de la vida diaria (Lacour, 2016).

A continuación, se describe de manera más detallada los cambios que experimentan como consecuencia del envejecimiento el sistema visual, vestibular, propioceptivo y las funciones cognitivas que guardan relación con el equilibrio

- Sistema visual: la pérdida de agudeza visual y sensibilidad al contraste afecta la capacidad para detectar obstáculos y cambios en el terreno, principalmente en situaciones de baja luminosidad, asociándose con mayor riesgo de caídas (Lacour, 2016).
- Sistema vestibular: disminuyen el número de células ciliadas vestibulares, hay cambios en la morfología y cantidad de otolitos; y una reducción del número de fibras nerviosas aferentes y vestibulares primarias en el Ganglio de Scarpa (Anson & Jeka, 2015).
- Sistema propioceptivo: disminuyen la cantidad de receptores, principalmente los husos musculares en el músculo sóleo (fuente sensorial importante para la regulación postural) y los mecanorreceptores en la planta del pie (factor importante en el mantenimiento de la posición de pie). Además, la disminución en la cantidad de fibras nerviosas mielinizadas y no mielinizadas provoca una reducción en la velocidad de conducción nerviosa (Lacour, 2016).
- Factores cognitivos: funciones como la atención dividida, la planificación motora, la capacidad de anticipación y la velocidad de procesamiento, se ven afectadas, dificultando la capacidad de reaccionar ante cambios inesperados en el entorno, caminar mientras se realizan otras tareas y realizar adaptaciones en la marcha según las condiciones del terreno (Lacour, 2016).

Es así como, el envejecimiento tiene un impacto en los sistemas y funciones que participan y posibilitan entre otras acciones la marcha, que da lugar a una marcha con características distintivas que pueden causar inestabilidad corporal e incrementar por lo tanto la probabilidad de caídas.

Si bien se conoce que no todos los adultos mayores modifican la mecánica de la marcha; el miedo a caer y los cambios físicos y cognitivos inherentes al envejecimiento hacen que esto sea frecuente en esta población (Kaplan et al., 2009).

La marcha senil se caracteriza por un cambio en la postura del cuerpo donde el mismo adopta una discreta proyección anterior de la cabeza, flexión del tronco, caderas y rodillas. Sumado a ello, existe un menor balancero de extremidades superiores, una disminución del largo del paso, un leve incremento en el ancho del paso, entre otras (Cerdeira, 2014).

Los factores intrínsecos ya mencionados (cambios físicos, sensoriales y cognitivos), sumados a los factores extrínsecos tales como el consumo de ciertos fármacos (medicación psicotrópica, antiarrítmica, digoxina, diuréticos, benzodiazepinas, antipsicóticos y polimedicación) (da Silva Gama & Gómez Conesa, 2008) y características ambientales como tipo de terreno, obstáculos, luminosidad, entre otros, provocan un aumento del riesgo de caídas (Spampinato, s.f.). Asimismo, los antecedentes de caídas, la depresión, la diabetes, las enfermedades cardíacas, la hipertensión arterial y afecciones de tiroides también pueden considerarse como factores de riesgo.

Además, en este grupo etario, todos los factores mencionados, generalmente, ejercen un efecto sumatorio, afectando el equilibrio y la marcha, lo que aumenta el riesgo de caídas. Las caídas traen aparejadas consecuencias que se pueden clasificar según Spampinato (s.f.) en:

- Consecuencias físicas: directamente relacionadas con la caída, haciendo referencias a traumatismos que surgen como consecuencia del impacto del cuerpo o diferentes segmentos del mismo contra el suelo u objetos presentes; y consecuencias indirectas o también llamadas tardías donde como consecuencia de esa caída, el adulto mayor es internado en un centro hospitalario, se encuentra inmóvil durante un período de tiempo considerable, surgen lesiones en la piel, etc.
- Consecuencias psicológicas: el miedo a caer, que determina pérdida progresiva de la movilidad, lo que lleva a una pérdida de autonomía, mayor dependencia, ansiedad y depresión.
- Consecuencias socioeconómicas: aumentan los costos de fármacos, hospitalización, material ortopédico, rehabilitación; y se suman costos de acondicionamiento del hogar, cuidadores e incluso la institucionalización del adulto mayor.

Es importante considerar que cada año según la OMS se producen alrededor de 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica, atenuar el riesgo de caídas debería ser un objetivo primordial para la salud pública ya que el impacto de la detección temprana y prevención eficaz podría reducir sus graves consecuencias en la calidad de vida de las personas y sus familias (Monzón, 2022).

Materiales y métodos

Se realizó una investigación de tipo observacional y prospectiva-transversal. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional, dirigido por el investigador, quedando la muestra definitiva constituida por 20 personas mayores de 70 años, de ambos sexos, de la ciudad de San Luis. Se tomaron como criterios de exclusión personas con diagnóstico de alteraciones del equilibrio, y personas con diagnósticos de alteraciones cognitivas.

Los instrumentos empleados para la recolección de los datos consistieron en una encuesta semiestructurada elaborada ad hoc y, el test “Timed Up and Go” que mide, en segundos, el tiempo que tarda un individuo en levantarse de un sillón/silla estándar, caminar una distancia de 3 metros, girar, caminar de regreso a la silla y sentarse nuevamente. Durante la evaluación el sujeto emplea su calzado regular y usa su ayuda habitual para caminar. Se seleccionó este test debido a su confiabilidad y fácil implementación.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 22 para la organización de los datos, gráficos, ejecución de operaciones estadísticas y evidenciar los resultados del trabajo de investigación.

Resultados

Se analizaron diversas variables relacionadas con el riesgo de caídas en 20 adultos mayores de 70 años de la ciudad de San Luis, donde se incluyeron aspectos sociodemográficos, antecedentes de salud y funcionalidad, así como factores específicos relacionados con el equilibrio y la marcha.

En un primer momento se realizó una encuesta estructurada a las personas que consintieron participar de la investigación y luego se procedió a la explicación pertinente para que los sujetos pudieran llevar a cabo de manera adecuada el test Timed Up and Go (TUG)

Entre las variables sociodemográficas, se incluyó la distribución por edad y género, elementos determinantes para identificar patrones de riesgo en diferentes subgrupos. También se consideraron antecedentes de salud, tales como la existencia de enfermedades crónicas (cardiovasculares, endócrinas, osteoarticulares y sensoriales) y el consumo de medicamentos, todos ellos factores intrínsecos que influyen en el riesgo de caída.

En cuanto a las dimensiones funcionales, se evaluaron parámetros de marcha y movilidad mediante la prueba Timed Up and Go (TUG), utilizada para clasificar a los participantes según el riesgo de caídas (bajo, moderado o elevado). Finalmente, se analizaron

los antecedentes de caídas en los últimos 12 meses, diferenciando entre caídas ocasionales y repetidas.

Los resultados obtenidos permiten establecer un panorama integral de la situación del riesgo de caídas en los adultos mayores estudiados, contribuyendo a la identificación de factores prevenibles y a la generación de estrategias de intervención dirigidas a esta población en particular.

La muestra estudiada, estuvo conformada por 20 adultos mayores a 70 años residentes en la ciudad de San Luis, con una media de edad de 74,5 años con una desviación estándar de 3,76 años. El grupo etario de 70 a 74 años fue el de mayor representación, abarcando el 60% del total de la muestra, el 30% se encontraron entre 75-84 años, y el 10% entre 85-90 años.

En términos de género predominó el sexo femenino, que representó el 75% de los casos. En relación a la presencia de enfermedades, el análisis de los antecedentes de salud muestra que el 80% de los participantes presentó al menos una enfermedad crónica, siendo las cardiovasculares las más prevalentes con un 55%, seguida de las endocrinas con un 35% y osteoarticulares con un 20% (tabla 1). Los resultados obtenidos reflejan que en el 40% de los casos se presentan 2 o más enfermedades, poniendo en evidencia la alta carga de comorbilidades en esta población, factor importante a considerar en la evaluación del riesgo de caídas.

Presencia de enfermedades en la muestra analizada

Tabla 1

Distribución y porcentajes de enfermedades en la muestra analizada

Enfermedades	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Sin enfermedad	4	13,8%	20,0%
Cardiovasculares	11	37,9%	55,0%
Endócrinas	7	24,1%	35,0%
Osteoarticulares	4	13,8%	20,0%
Sensoriales	3	10,3%	15,0%
Total	29	100,0%	145,0%

Porcentaje de casos: obtenido mediante respuestas múltiples

Tabla 2

Distribución y porcentajes de medicamentos consumidos por la muestra analizada

Medicación	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Ninguno	2	6,7%	10,5%
Tranquilizantes	5	16,7%	26,3%
Hipoglicemiantes	2	6,7%	10,5%
Hipotensores	12	40,0%	63,2%
Diuréticos	6	20,0%	31,6%
Otros	3	10,0%	15,8%
Total	30	100,0%	157,9%

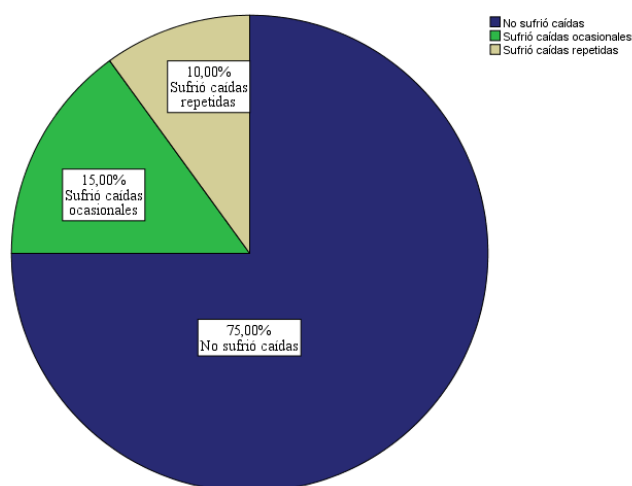
Porcentaje de casos: obtenido mediante respuestas múltiples

El consumo de medicamentos, cuyos resultados pueden observarse en la Tabla 2, fue elevado, alcanzando al 85% de la muestra. Los medicamentos más utilizados corresponden a los hipotensores (63,2%), seguidos de diuréticos (31,6%) y tranquilizantes (26,3%). Estos resultados coinciden con la frecuencia de aparición de enfermedades mencionadas anteriormente. Sobre la polifarmacia, se encontró que sólo el 10% de la muestra estudiada consume 5 fármacos o más al día, dato importante debido a su impacto potencial en el equilibrio y la movilidad.

En relación con la frecuencia de caídas en los últimos 12 meses, el 25% de los adultos mayores reportó haber sufrido al menos una (gráfico 1).

El test Timed Up and Go (TUG), cuyos resultados pueden visualizarse en el gráfico 2, reveló que el 60% de los participantes presentó un riesgo bajo de caídas, mientras que el 40% presentó un riesgo moderado. Esto sugiere que, aunque la mayoría presenta una capacidad funcional aceptable, existe una proporción considerable de la muestra que requiere medidas preventivas para evitar deterioros y futuras caídas.

Gráfico 1



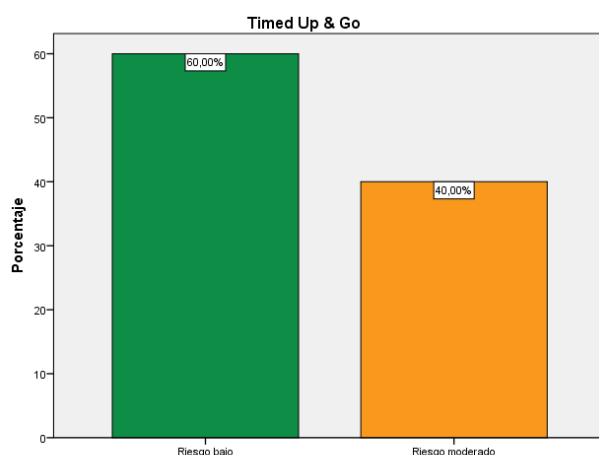
Porcentaje de caídas en los últimos 12 meses en la población estudiada.

*Caídas repetidas: 2 o más caídas en los últimos 12 meses.

*Caídas ocasionales: 1 caída en los últimos 12 meses.

La frecuencia de aparición de caídas en esta población en los últimos 12 meses fue del 25%.

Gráfico 2



Riesgo de caídas en la población estudiada según "Timed Up & Go"

Las variables que se identificaron como más relevantes para establecer correlaciones fueron:

Edad y riesgo de caídas: Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ), empleando las variables categorizadas de edad en rangos etarios y TUG en categorías de riesgo bajo, moderado y elevado, obteniendo el valor de 0,427, lo que indica una correlación positiva moderada entre la edad y el riesgo de caídas. Esto sugiere que, a mayor edad, los tiempos de TUG tienden a aumentar, lo que implica un mayor riesgo de caídas. El valor de significación bilateral es de 0.060, situándose ligeramente por encima del umbral convencional de 0.05, lo que indica que la correlación no es estadísticamente significativa al nivel del 5%. Estos datos

nos indican que existe una correlación positiva moderada entre la edad y el riesgo de caídas, aunque no significativa al nivel estricto del 5%, probablemente debido al tamaño de la muestra, esto sugiere una tendencia de mayor riesgo de caídas con el incremento de la edad, alineado con los principios enunciados anteriormente en el marco teórico.

Para desarrollar la relación entre presencia de enfermedades y riesgo de caídas se llevó a cabo un análisis cualitativo con el fin de poder describir de manera más detallada y comprensiva dicha relación.

Se observó que la mayoría de las personas pertenecientes a la muestra (80%) tiene al menos una enfermedad crónica, algunos de ellos 2 o más, aunque una proporción considerable aún tiene un riesgo bajo de caídas, lo que sugiere que no todas las enfermedades tienen el mismo impacto en el equilibrio y la movilidad.

Las enfermedades cardiovasculares son las que representan el mayor porcentaje (55%). Estas enfermedades pueden contribuir al riesgo de caídas a través de factores como la hipotensión ortostática, mareos o debilidad física asociada al tratamiento con medicamentos como diuréticos o hipotensores.

Las enfermedades endócrinas afectan al 35% de la muestra e incluyen problemas como la diabetes; esto puede impactar en la propiocepción y el equilibrio debido a complicaciones como la neuropatía periférica, pudiendo presentar mayor riesgo de tropiezos o pérdida de estabilidad en entornos no ideales.

Por su parte, las enfermedades osteoarticulares afectan al 20% de la muestra, estas condiciones pueden limitar la movilidad y aumentar el dolor durante las actividades físicas; esto marca una mayor relación con el incremento del riesgo de caídas al dificultar el movimiento seguro.

En lo que respecta a los antecedentes de caídas y su relación con el uso de medicación se observó que los medicamentos consumidos con mayor frecuencia (hipotensores, diuréticos y tranquilizantes) están asociados en la literatura con un mayor riesgo de caídas debido a sus efectos secundarios. Las personas pertenecientes a la muestra que han sufrido caídas en los últimos 12 meses representan el 25% de la muestra estudiada, y los medicamentos más frecuentes en este grupo son los hipotensores y diuréticos, representando el 60% y 40% de los casos. Ambos están relacionados en la literatura con un aumento del riesgo de caídas, algunas personas pertenecientes a la muestra consumen incluso una combinación de ambos, lo que podría amplificar el riesgo. Aunque el tamaño de la muestra limita la capacidad de generalizar, los resultados coinciden con las investigaciones que identifican estos medicamentos como factores de riesgo.

A su vez se detectaron factores protectores o mitigantes como la baja polifarmacia, representada solo por el 10% de la muestra, lo que podría limitar los efectos adversos relacionados con la medicación y una prevalencia de riesgo bajo de caídas del 60%, lo que sugiere que, pese a las enfermedades, muchos participantes mantienen un equilibrio y movilidad aceptable, posiblemente gracias a factores individuales como pueden ser la actividad física entre otros.

Conclusiones

Los hallazgos de este trabajo muestran la necesidad de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud en adultos mayores, con un enfoque multidisciplinario que incluya la evaluación del equilibrio y la marcha, la identificación de factores de riesgo modificables y el desarrollo de estrategias y programas de intervención dirigidos a mejorar la estabilidad postural, abordando todos los factores que permiten dicho evento.

Desde la Fonoaudiología, la detección y abordaje de alteraciones vestibulares, el entrenamiento del equilibrio y reflejos que participan en el mantenimiento de la postura, cobra especial relevancia en la prevención de caídas en esta población y sus graves consecuencias.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Anson, E., & Jeka, J. (2015). Perspectives on Aging Vestibular Function. *Frontiers in Neurology*, 6, 269. <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00269>
- Cerda, L. (2014). Management of gait disorders in the elderly. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 265-275. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70037-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70037-9)
- da Silva Gama, Z.A., & Conesa, A.G. (2008). Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia*, 30(3), 142-151.
- Kaplan, R., Jauregui, J., & Rubin, R. (2009). *Los Grandes Síndromes Geriátricos*. Edimed-Ediciones Médicas SRL.
- Lacour, M. (2016). Envejecimiento del control postural y del equilibrio. *EMC - Podología*, 18(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S1762-827X\(15\)76065-7](https://doi.org/10.1016/S1762-827X(15)76065-7)
- Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Botigué Satorra, T., Nuin Orrio, C., & Viladrosa Montoy, M. (2014). Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atención Primaria*, 367-375.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (01 de octubre de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Envejecimiento y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Parra Landinez, N., Valencia Contreras, K., & Villamil Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- Spampinato, G. A. (s.f.). Las caídas en las personas mayores y como prevenirlas. *Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios*, 1.
- Valls, E., Cuñat, V., & Valls, R. (2006). Prebivértigo: ejercicios vestibulares. *GEROKOMOS*, 197-200.
- Wild, D., Nayak, U., & Isaacs, B. (1981). Description, classification and prevention of falls in old people at home. *Rheumatology and Rehabilitation*, 20(3), 153-159. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/20.3.153>

Reflexiones acerca del bilingüismo en las personas sordas

Reflections on bilingualism in deaf people

Recibido para publicar el 19 de enero de 2025.

Aceptado para su publicación el 29 de junio de 2025.

Versión final 2 de julio de 2025.

Cómo citar este artículo: Bampa, Susana H.¹³ y Kazez, Ruth¹⁴. **Reflexiones acerca del bilingüismo en las personas sordas.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 68- 81

Resumen

Este trabajo reflexiona acerca del concepto de bilingüismo en relación con las personas sordas. Explora la interacción entre la lengua fónica y la Lengua de Señas, enfatizando la importancia de reconocer a ésta última como una lengua completa. Postula la importancia de la Lengua de Señas como aquella que sustenta la Función Lengua Materna, base sobre la que se sostiene toda posibilidad lingüística y cognitiva. Se discuten los factores psicosociales presentes en el bilingüismo, incluyendo el impacto de la familia, la educación y las actitudes sociales. Se destaca la importancia de la exposición temprana a la Lengua de Señas y a un enfoque educativo bilingüe.

Desde la lingüística, se señala al semilingüismo como un factor de riesgo para las personas sordas, caracterizado por un dominio limitado tanto de la Lengua de Señas como de la lengua oral, lo que puede afectar el desarrollo emocional, intelectual y social.

Además, el texto examina aspectos psicológicos, considerando factores como el desarrollo de la subjetividad, de la capacidad de aprender y resolver problemas, así como el papel del lenguaje en la conformación de una cosmovisión.

A nivel social, factores como la discriminación, la pobreza, la falta de acceso a servicios y la falta de reconocimiento de la Lengua de Señas, ponen en evidencia la vulnerabilidad de las personas sordas.

Palabras clave: bilingüismo – semilingüismo - sordera- Lengua de Señas - comunicación.

Abstract

This paper reflects on the concept of bilingualism in relation to deaf people. It explores the interaction between phonetic language and Sign Language, emphasizing the importance of recognizing the latter as a complete language. It postulates the importance of Sign Language as the one that supports the Mother Tongue Function on which all linguistic and cognitive possibilities are based. The psychosocial factors present in bilingualism are discussed, including the impact of family, education and social attitudes. The importance of early exposure to Sign Language and a bilingual educational approach is highlighted.

From a linguistic perspective, it points to semilingualism as a risk factor for deaf people, characterized by a limited proficiency in both Sign Language and oral language, which can negatively impact on emotional, intellectual and social development.

¹³ Lic. en Fonoaudiología. Profesora Titular y Consulta Asociada, carrera de Lic. en Fonoaudiología. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). susanabampa@gmail.com

¹⁴ Dra. En Psicología. Profesora de grado y posgrado de la UBA. Integrante del Grupo de Trabajo de Discapacidad de la Sociedad Argentina de Pediatría. rkazez@yahoo.com.ar

Additionally, the text examines psychological aspects by considering factors such as the development of subjectivity, the ability to learn and solve problems, as well as the role of language in shaping a worldview.

At a social level, factors such as discrimination, poverty, lack of access to services and lack of recognition of Sign Language show the vulnerability of deaf people.

Key words: bilingualism - semilingualism - deafness- Sign Language - communication.

*Un antropólogo procuraba explicarle a un chamán del poblado de Chiapas
cómo era posible que mientras en su país era de noche,
en el lugar que ellos compartían en ese momento fuera de día.
Para eso tomó una ollita redonda,
marcó en ella los dos lugares a los que estaba haciendo referencia
y demostró, por medio de la acción, la rotación y la traslación de la tierra,
haciendo girar la ollita alrededor del fuego.
Cuando terminó su detallada explicación, el lugareño le contestó:
“Es muy interesante lo que ocurre en su país”*

Tomado del prefacio del libro
Aprendizaje y Desarrollo Intelectual. Bases para una teoría de la generalización
de Moreno y Sastre Vilarrasa

Bilingüismo: cuestiones preliminares

El concepto de bilingüismo es complejo y ha sido definido de múltiples maneras. Desde una perspectiva estricta (Bloomfield, 1935), el bilingüismo implica la adquisición simultánea de dos lenguas durante la infancia, donde se alcanzaría una competencia similar en ambas. Una segunda definición considera bilingüe a aquel individuo que maneja al menos una de las tres habilidades lingüísticas principales -comprensión, habla o escritura- en un idioma distinto a la lengua materna, también llamada L1 (Macnamara, 1967). La tercera alternativa considera que el bilingüismo de un individuo puede variar dentro de cada aspecto de las habilidades antedichas del lenguaje, en sus distintos niveles (fonético, fonológico, morfológico, sintáctico, semántico, pragmático), de acuerdo a las situaciones de uso, a los interlocutores, o a los temas tratados. Grosjean (1989) plantea otra alternativa; desde su punto de vista existen dos formas de entender el bilingüismo, fraccional y holística. La fraccional, está basada en la perspectiva de Chomsky (1965), que entiende al bilingüe como alguien en quien L1 y L2 (la segunda lengua) se encuentran aisladas, evaluando su competencia en cada lengua de manera aislada. La holística, estudia cómo las dos lenguas interactúan en la mente del hablante. Desde este punto de vista, los bilingües no son simplemente hablantes de dos lenguas sino individuos con una riqueza cultural y cognitiva única.

Observamos entonces que existen distintos criterios que se tienen en cuenta a la hora de definir el bilingüismo: la edad de adquisición, el orden de adquisición de las dos lenguas, el uso que se les da, el grado de organización, el contexto psicosocial en que se dio la adquisición bilingüe, la competencia lingüística en L1 y L2.

En cuanto a las clasificaciones, Signoret (2003) establece dos criterios. Uno, según variables psicosociales, y otro, que tiene en cuenta criterios psicolingüísticos. La que toma variables psicosociales, distingue:

- 1) Según la edad de adquisición: Khateb (1998) toma en consideración la edad de aprendizaje de L2 y lo clasifica en tres grupos: simultáneo (cuando de no hablar ninguna, desde el primer día utilizan dos lenguas), temprano (antes de los 5-9 años) o tardío, por ende, sucesivo (después de los 10 años).
- 2) Según el uso: Grosjean (1982) se refiere a un bilingüismo activo, en el que el individuo utiliza ambas lenguas de manera regular en su vida cotidiana, y a otro dormido, en que la persona ha utilizado ambas lenguas en el pasado, pero por razones personales o sociales ha dejado de usar una de ellas, conservando la capacidad de comprenderla.
- 3) Según las habilidades expresivas: Lambert (1974) lo clasifica en productivo, cuando el individuo es capaz de escuchar, hablar, leer y escribir en ambas lenguas, y receptivo en el que sólo se da la posibilidad de comprender la L2.
- 4) Según su funcionalidad interna: Grosjean (1982) se refiere al bilingüismo funcional interno, cuando el bilingüe piensa en la L2, mientras que en el no interno esto no se da, sino que la L2 tiene una función sólo ligada a la comunicación.
- 5) Según el contexto de aprendizaje: el bilingüismo puede ser escolar (Skutnabb-Kangas, 1981) o de inmigración.

La psicolingüística, por su parte habla de:

- 1) Bilingüismo coordinado y compuesto: Weinreich (1953) sostiene que, en el coordinado, el niño desarrolla dos sistemas lingüísticos en paralelo, habla las dos lenguas como si fuera monolingüe en cada una, sin ninguna interferencia mientras que, en el bilingüismo compuesto, el individuo necesita de los dos idiomas para pensar y comunicarse. Posee un solo significado para dos significantes y no logra detectar las diferencias conceptuales que pueden existir en los dos idiomas.
- 2) Bilingüismo genuino y pseudo-bilingüismo: Peal y Lambert (1962) se refieren al bilingüismo genuino cuando el bilingüe utiliza tanto L1 como L2 con fines comunicativos, mientras que en el pseudo-bilingüismo se conoce más la L1 y no se emplea la L2 para la comunicación.
- 3) Bilingüismo igualitario - aditivo y bilingüismo desigual - sustractivo: Según Hagège (1996), el bilingüismo puede ser igualitario o desigual, dependiendo del valor social que se le atribuye a cada lengua en una comunidad específica; la diferencia está dada por factores sociales y políticos. Estas relaciones influyen en la percepción que tienen las comunidades hacia cada lengua y, por lo tanto, en la forma en que los niños adquieren la L2. Lambert (1974) por su parte, sostiene que el contexto social juega un papel crucial en el tipo de bilingüismo que se desarrolla. Un entorno que promueve la diversidad lingüística favorece el bilingüismo aditivo, mientras que el privilegio de una lengua frente a otra puede llevar al bilingüismo sustractivo.

Alisedo (1997) destaca la importancia de la L1 como base del bilingüismo, pues tiene una prioridad indiscutible en el desarrollo del individuo, y es la base sobre la cual se construyen las habilidades lingüísticas posteriores. La L1 cumple la Función Lengua Materna, constituyendo el pilar fundamental para el desarrollo del lenguaje y el pensamiento, siendo

crucial su adquisición en las primeras etapas de la vida para un desarrollo cognitivo óptimo. La autora destaca que el proceso de aprendizaje de una L2 se construye sobre la base que ofrece la L1, dado que esta última proporciona al niño las herramientas cognitivas necesarias para procesar el lenguaje. Al mismo tiempo, la L1 estimula en el niño un conjunto de habilidades innatas que le permiten procesar la información lingüística. Cabe señalar que el proceso de adquisición de la L1 es único en cada individuo, y se encuentra estrechamente ligado a su experiencia personal y a la construcción de su propio mundo conceptual. Es preciso destacar que existe un período de tiempo en el desarrollo infantil, denominado *período crítico*, en el que la adquisición de la L1 es más efectiva. Si se supera este período, el desarrollo lingüístico y cognitivo pueden verse afectados.

Cosmovisiones de la sordera

Volvamos al inicio, a la conversación entre el antropólogo español y el chamán mexicano. Entendemos que es necesario, en primer lugar, reconocer las dificultades que tenemos para modificar puntos de vista que ya vienen dados como realidades absolutas. Este texto nos muestra que es una tarea instalada llevar a la práctica lo que hemos aprendido, aunque no siempre se corresponda con la realidad que vemos y que nos muestra el trabajo diario. Proponemos la mirada antropológica para hacer consciente esta reflexión acerca de ciertos mitos que dirigen pensamientos y que, sobre todo, promueven y sostienen nuestras acciones.

La sordera puede abordarse desde dos paradigmas distintos que históricamente han estado en conflicto: uno socio-antropológico y otro rehabilitador. Desde el paradigma rehabilitador, la sordera se define como la pérdida parcial o total de la capacidad auditiva. Esta pérdida puede afectar uno o ambos oídos y puede ser de origen genético, congénito, o adquirido a lo largo de la vida. Se entiende por sorda aquella persona que nace con una limitada o nula audición, que condiciona la adquisición de la lengua oral en tiempo y forma, impidiéndole contar con un sistema codificado como medio de comunicación. Esta perspectiva se centra en la identificación y el tratamiento de la pérdida auditiva como un problema médico.

La perspectiva socio-antropológica que, desde nuestro punto de vista resulta complementaria, se focaliza en reconocer las fortalezas y el derecho a la diversidad. A partir de allí, define a la sordera como una diferencia lingüística y cultural, y no solamente como una discapacidad o un déficit. Esto significa que las personas sordas integran una minoría lingüística con una cultura, una historia y una lengua propia (la Lengua de Señas o LS). Desde este punto de vista se plantea la necesidad de conquistar derechos, como el derecho lingüístico de hablar la LS y ser educados de modo bilingüe (LS-lengua oral). Esta perspectiva tiende a promover la despatologización, al considerar la sordera como una diferencia y promueve la aceptación de la diversidad. Dado que la mayor parte de los niños sordos integran familias oyentes, también se incorporarán a la comunidad de sus padres. Por este motivo, el punto de vista socio-antropológico define al niño sordo como bilingüe y bicultural.

Cuando nos ubicamos en la polaridad, encontramos que, desde el paradigma exclusivamente rehabilitador, el niño se convierte en un deficiente auditivo a quien se procura normalizar, entendiendo la discapacidad en términos de salud-enfermedad. Esta normalización coloca el acento en la lengua fónica que es auditivo-fónica (audio-articulatoria o audio-verbal). Tengamos en cuenta que cuando el niño oyente empieza a expresarse verbalmente, alrededor de los dos años, se ha apropiado de la forma de intercambio que esta modalidad de

comunicación implica. Así construye y se construye en el lenguaje. El niño sordo, por su parte, no se encuentra en condiciones de adquirir la lengua auditivo-fónica.

El enfoque psicolingüístico señala que, aunque para el niño sordo el déficit auditivo representa su gran dificultad, sus competencias lingüísticas y cognitivas no se encuentran afectadas. En este sentido, Chomsky (1965) sostiene que todos los individuos nacen con un sistema gramatical innato que les permite apropiarse de la L1 o lengua materna, cuya adquisición es espontánea, inconsciente e implícita. La adquisición de cualquier lengua materna se da en la interacción, tanto para niños sordos como oyentes. El aprendizaje de una L2 o segunda lengua es un proceso deliberado, consciente y formal, que implica el estudio de vocabulario, reglas gramaticales y estructuras lingüísticas.

Los seres humanos pueden hablar y comprender lo que se les dice dentro de su comunidad, salvo que tengan algún impedimento bio-psico-social para hacerlo. Todo grupo social comparte un complejo sistema de signos –vocálicos, gráficos, gestuales, icónicos, indiciales– para comunicarse entre sí, relatar sus tradiciones, expresar sus afectos y creencias, transmitir la experiencia propia y de generaciones anteriores. Los recién nacidos no saben hablar, pero cuando son oyentes y se encuentran en un contexto que se expresa en el lenguaje oral, comienzan a usar sus primeras palabras entre los 12 y 18 meses, y devienen en hablantes competentes entre los tres y los cuatro años. La adquisición del lenguaje se da de modo natural, en el sentido en que no es necesario que los adultos se (pre)ocupen especialmente por esto.

El primer año de vida es un período aparentemente silencioso respecto al lenguaje; lo llamamos etapa pre-lingüística. El lenguaje se construye de manera gradual, a partir de habilidades que se desarrollan en los primeros años de vida. Estas habilidades previas, o precursores del lenguaje oral, son esenciales para que el niño pueda comunicarse de manera efectiva. Dichos precursores se pueden clasificar en diferentes áreas, dentro de las cuales se encuentra la percepción auditiva, la capacidad para discriminar sonidos, reconocer patrones sonoros y localizar el origen de los sonidos. Es decir que para que este proceso pueda darse, resulta fundamental poseer el nivel de audición necesario que permita la entrada del sistema verbal.

Recordemos que el 95% de los niños sordos tienen padres oyentes, mientras que el 5% restante son hijos de padres sordos. Los hijos sordos de padres sordos adquieren la LS de modo natural, como L1, y ésta es la matriz que después les permite incorporar la L2, facilitar el acceso a la lecto-escritura e integrarse a la cultura. Los hijos oyentes de padres sordos (CODAS) adquieren la LS como L1 pero, mientras tanto, reciben el input auditivo de la lengua oral a través del medio oyente que rodea a la familia. Este grupo es quizás uno de los mejores representantes del bilingüismo igualitario y auditivo.

Los hijos sordos de padres oyentes, que constituyen la mayoría, se enfrentan a situaciones mucho más difíciles. Si bien los avances tecnológicos permiten progresos en el logro de cierto grado de audición, para conseguirlo, el niño pasa desde edades tempranas por experiencias necesarias, pero no deseables. Pensamos que todas las propuestas terapéuticas que son tan valiosas no deberían servir para alimentar la fantasía de reparación en los adultos, que se niegan a brindar a los niños la herramienta para apropiarse de un código de comunicación que les es natural, porque su entrada es visual. Así se pierde un tiempo riquísimo en la formación de la persona como sujeto del lenguaje. Los avances médicos son extraordinarios y nadie debería quitarle a un niño la posibilidad de tenerlos, pero de ninguna manera son el

instrumento para oponerse a lo que la realidad evidencia. Un adulto sordo bilingüe y profesional decía: *“Para mí, comunicarme en Lengua de Señas es como andar en casa con pantuflas”*.

Desde la mirada de las Neurociencias, sabemos que el sistema nervioso central tiene una organización activa en constante posibilidad de modificación a partir de una característica que llamamos plasticidad que se concretiza en el enriquecimiento de su conexión sináptica, dependiendo de la recepción de estímulos sensorio-perceptivos adecuados y suficientes. Recordemos también que la audición es el soporte primario para la adquisición de la interacción lingüística fónica. En este sentido, la influencia del medio social y cultural es esencial para el desarrollo del sistema nervioso ya que el organismo precisa estar expuesto a determinadas experiencias para concretar las posibilidades que brinda tal flexibilidad. Si el medio es inadecuado o insuficiente para el ingreso de la comunicación, el plan general evolutivo sufrirá sus consecuencias. Recordamos la importancia que dan la UNICEF y las Asociaciones Pediátricas a los primeros 1000 días de existencia como oportunidad única para establecer las bases del estado de bienestar y desarrollo. A veces algunos daños provocan efectos negativos inmediatos; otros pueden permanecer inadvertidos al comienzo para expresarse más tarde.

El Psicoanálisis nos habla de la importancia del vínculo temprano, estudia la constitución del aparato psíquico y las consecuencias psicopatológicas, que siempre se explican desde la multicausalidad. En otras oportunidades (Kazez, 2020, 2021, 2024) hemos profundizado en algunos de estos temas. Tomaremos inicialmente el concepto de subjetividad y la describiremos de un modo sencillo como la capacidad para sentir los propios sentimientos y pensar los propios pensamientos. La subjetividad se construye en el vínculo con otro empático, y en muchos casos, se convierte en un punto de llegada, un arduo trabajo que incluye un trayecto con obstáculos de distinto orden.

Ahora bien, existen una serie de dificultades (esto es fijaciones patológicas, detenciones en el desarrollo, trastornos) que pueden presentarse en el armado de la subjetividad. Estas dificultades constituyen un abanico con desenlaces diversos, incluyendo elementos constitucionales, genéticos, congénitos, vinculares, contextuales, que pueden interferir en la construcción de la subjetividad. Freud analiza el concepto de subjetividad desde tres teorías: la de la oposición entre pasividad y actividad (1915c), la de la identificación primaria (1921c) y la de la conciencia inicial (1950^a) (Maldavsky, 1997).

La teoría que toma el eje pasividad-actividad se apoya en la premisa de que la pulsión es una exigencia para lo anímico. Frente a la pulsión, el yo es inicialmente pasivo, y el modo de tramitar dicha pasividad es volverse activo respecto de un objeto, en cuyo caso se transforma en sujeto. Si el yo no puede ser activo, cede la posición-sujeto a otro, ante quien se ubica pasivamente.

La teoría de la identificación primaria se refiere al vínculo con el modelo o ideal, que suele encarnar la madre. Para que dicha identificación pueda darse, múltiples procesos proyectivos e introyectivos deben desplegarse, y una de las consecuencias es el desarrollo del sentimiento de sí. En investigaciones realizadas con madres oyentes de niños sordos (Kazez, Melloni, Maldavsky, 2014), muchas de ellas refieren haber atravesado en el momento posterior al diagnóstico de sordera un período de ausencia psíquica, aturdimiento y/o dolor. Al referirse a dichos estados, los señalan como un obstáculo a la hora de vincularse afectivamente con su

hijo/a. Por otra parte, el niño sordo en el seno de una familia de personas oyentes se encuentra en una situación de incompatibilidad lingüística ya que la lengua fónica no puede cumplir para el niño de manera adecuada con la Función Lengua Materna. Más allá de los aspectos cognitivos y lingüísticos que se desprenden de dicha incompatibilidad, cobra relevancia para el niño sordo la identificación con un ideal oyente y hablante de lengua fónica, respecto del cual se presentifica su déficit.

Por último, la teoría de la conciencia inicial reúne a las dos previas, haciendo hincapié en que la conciencia se constituye en el lugar de cualificación psíquica, en términos de afectos y de impresiones sensoriales. Cuando el niño se siente sentido por otro, y con el surgimiento del matiz afectivo, se da el proceso de subjetivación.

Modelos educativos

De las dos cosmovisiones antes señaladas se desprenden dos modelos educativos. Cuando el niño sordo es abordado desde el paradigma rehabilitador, suele pasar demasiado tiempo procurando aprender por imitación sin poder sentirse sujeto de la educación propiamente dicha y el desarrollo de sus potencialidades puede quedar comprometido definitivamente. Su producción fónica, en la mayoría de los casos deficitaria, artificial, lentamente adquirida, se presenta desde este modelo como condición de toda realización intelectual, sin que la interacción lingüística se instale con efectividad. Finalmente, y a pesar del esfuerzo de los niños, sus padres, familiares, escuela y profesionales, la situación suele complejizarse, ya que al déficit auditivo pueden sumarse el atraso lingüístico, los problemas psicopatológicos y de marginación.

Si bien una minoría de los niños sordos consigue sus objetivos educativos, a menudo se encuentran con otro tipo de problemática asociada a la sobreadaptación. Observamos que estas consecuencias no son atribuibles exclusivamente a la sordera, sino que demandan una reflexión acerca del paradigma que sustenta la inclusión educativa y su instrumentación.

Los resultados en relación con la escolaridad son con frecuencia desalentadores ya que ésta se prolonga en un recorrido que desgasta el vínculo del alumno con el aprendizaje formal y con la institución educativa. El desvalimiento interno, producto de la sordera, se manifiesta también en la situación de vulnerabilidad contextual que se da en el terreno escolar. La naturalización del fracaso escolar y la falta de oferta de condiciones superadoras conduce a una suerte de resignación, en la que la institución escolar, los docentes, los padres y los niños pierden la esperanza de que algo se modifique. La explicación de dicho fracaso desde la teoría del déficit, determina que el sistema educativo quede fuera de todo cuestionamiento y trae dos derivaciones: el fracaso-inevitabilidad o el fracaso-expulsión (Alisedo, Kazez, 2022). En el primer caso los alumnos permanecen en la escuela, pero como no alcanzan los objetivos, se les transmite menos, se les exige menos y, por consiguiente, transcurren sin aprender. En el segundo caso, los alumnos no permanecen en el sistema educativo porque en la medida que no cumplen los objetivos, el sistema los expulsa. La primera alternativa se apoya en *hacer como si* el alumno pudiera apropiarse de los contenidos que la escuela le ofrece. En la segunda, se impone una realidad que no contempló previamente la posibilidad de un cambio, que surgiría de hacer lugar a una realidad que permita buscar alternativas para promover transformaciones.

Hace unos cuantos años (Stokoe, 1960) que se reconoce a la LS como un sistema constituido por una red de significantes con una organización y una gramática que permite a

sus usuarios efectivizar todas las funciones del lenguaje. Sin embargo, en algunos ámbitos todavía se discute su incorporación temprana o no se brindan los medios idóneos para que ocurra. Y aquí plantearemos una pregunta: ¿por qué?

Podemos proponer una reflexión razonada acerca de las ideas que generaron este pensamiento que se transformó en un sistema colectivo de toma de decisiones sin prestar atención a que no coincidían con la realidad de los sujetos a los que se aplicaba.

Todos nosotros somos herederos de la historia de las personas sordas en el siglo pasado cuando se planteaba que la re-educación lo podía todo. En este marco, la adaptación de los niños sordos para aprender la lengua oral sin haber adquirido previamente la LS, se convirtió en sobreadaptación generadora de una subjetividad frágil, en el mejor de los casos.

Esta realidad lingüística y psicológica ubica al niño sordo en una situación educativa particular y, por lo tanto, los esfuerzos para superar la vulnerabilidad de la que hemos estado hablando, bien pueden partir de la escuela, en términos de revisión crítica de las estrategias y métodos de enseñanza vigentes. El niño sordo en tanto persona con una discapacidad para la lengua fónica, deberá aprenderla dado que no la puede adquirir.

De todo lo expuesto surge que, para franquear la barrera impuesta por el déficit sensorial, el niño sordo debiera criarse en un ambiente que le permita llegar a ser bilingüe. Así, estará en condiciones de adquirir la LS e incorporar la lengua escrita, mientras que el acceso a la lengua fónica se va dando a través de una metodología propia de la enseñanza-aprendizaje de las segundas lenguas.

Y aquí es pertinente otra reflexión basada en los hechos: no todos los niños sordos son equipados en los dos primeros años de vida y entre los equipados con prótesis y/o implantes, no todos tienen el mismo rendimiento auditivo-verbal. En la medida en que determinados aspectos cognitivos dependen del desarrollo lingüístico, también éstos son afectados por el retraso lingüístico. El retraso cognitivo-verbal del niño sordo está ligado a la falta de un lenguaje temprano, que es al mismo tiempo funcional y complejo, que además de ser instrumento de comunicación, contribuye a la estructuración del pensamiento. Es necesaria una reflexión acerca de la lectura labial: para que ésta pueda ayudar a la comprensión en el plano de la interacción dialógica el infante debe haberse apropiado del sistema semántico-gramatical de la lengua para poder anticipar el tema del que se habla y así captar las particularidades del mensaje. Hacia los 4-5 años de edad los niños poseen un dominio prácticamente total de su lengua materna y esto se produce de forma natural, sin una enseñanza programada. Por otra parte, el aprendizaje de la lengua oral en niños sordos es un proceso complejo y lento que requiere de una enseñanza intensiva y adaptada a sus necesidades específicas.

El niño sordo está por ende llamado a incorporarse a una comunidad lingüística minoritaria, la comunidad sorda que comparte, usa y reproduce, la Lengua de Señas. Una comunidad que se define por una actitud globalizadora frente al déficit auditivo, que no etiqueta ni jerarquiza a sus miembros a partir del grado de sordera. Paradójicamente, la segregación, que suele tener una connotación negativa, favorece la creación de redes sociales entre los sordos, especialmente en la infancia. Estos primeros contactos son fundamentales para que, al llegar a la adolescencia, puedan integrarse de manera más activa en la comunidad sorda y desarrollar su identidad lingüística.

Semilingüismo

El concepto de semilingüismo, ha generado un debate en el campo de la lingüística. Fue acuñado por Hansegård (1968) quien estudió el dominio insuficiente tanto del sueco como del sami en la población finlandesa en el norte de Suecia, donde el sueco es el idioma dominante y el sami es una lengua minoritaria.

El semilingüismo es definido como una forma de bilingüismo que implica un dominio deficiente tanto de L1 como de L2, en el que los hablantes no alcanzan un nivel de competencia nativo en ninguna lengua. Se ha estudiado que la interacción entre lenguas de distinto prestigio social da lugar a fenómenos lingüísticos específicos. El semilingüismo se observa en personas bilingües de entornos lingüísticos minoritarios, donde existe desigualdad entre los idiomas. No obstante, resulta fundamental tener en cuenta que las situaciones bilingües son diversas y están influenciadas por los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan.

Alisedo (*op. cit.*) define el semilingüismo en personas sordas como una situación lingüística compleja en la que la exposición a una mezcla inestable de LS y lengua fónica puede resultar en una doble incompetencia lingüística. Se trata de una condición lingüística que se caracteriza por una adquisición incompleta de una o más lenguas, debido a una exposición temprana a un entorno multilingüe carente de estructuración adecuada, lo que se traduce en un desarrollo lingüístico limitado. Dicha doble incompetencia (Alisedo, *op. cit.*) no sólo limita las oportunidades sociales de estas personas, sino que también restringe su desarrollo cognitivo. Al poseer un léxico reducido y una gramática simplificada en ambas lenguas, su capacidad para pensar y expresar ideas de manera compleja se ve comprometida. La doble incompetencia lingüística los coloca en una posición de exclusión tanto a nivel social como lingüístico, lo que se manifiesta en un vocabulario reducido en ambas lenguas, una limitada capacidad de expresión y una incapacidad para acceder a las connotaciones que enriquecen la comunicación.

El estudio del semilingüismo en las personas sordas (Alisedo, *op. cit.*; Fridman Mintz, 2009; Jodar, 2021), resulta sumamente relevante dada la situación de la lengua fónica como lengua defectiva. Al hablar de lengua defectiva hacemos referencia a que no presenta la lista completa de principios y parámetros esperables de una lengua cuya adquisición se da de modo espontáneo y natural. De esta manera, el aprendizaje de la lengua fónica que se da en un enfoque terapéutico sin el sostén de la LS, no llegaría a abarcar el universo de la significación.

Un bilingüismo específico para las personas sordas

En su artículo *Acerca de un bilingüismo particular*, Alisedo (*op. cit.*) estudia las distintas variantes del bilingüismo en personas sordas, dada la situación de la lengua fónica como lengua defectiva. Clasifica al bilingüismo de las personas sordas en:

- 1) Bilingüismo obligatorio: Se debe a la naturaleza minoritaria de la LS y al predominio de la lengua fónica como lengua mayoritaria y nacional.
- 2) Bilingüismo institucional: Dado el carácter institucional del respaldo educativo que lo promueve.
- 3) Bilingüismo en sentido único: La lengua fónica se encuentra en una posición subordinada respecto de la LS, estableciéndose una jerarquía lingüística.
- 4) Bilingüismo inverso: La LS, a pesar de ser una lengua minoritaria, funciona como la lengua base, no erradicable, en relación con la lengua fónica, mayoritaria.

- 5) Bilingüismo complementario: El sistema conceptual completo de la LS complementa al sistema conceptual incompleto de la lengua fónica.

La autora propone reconocer que el bilingüismo no representa una amenaza para la tradición unilingüe, sino una herramienta esencial para la educación de los niños sordos, que necesitan más que una sola lengua para desarrollarse plenamente.

Sordera y vulnerabilidad social

Compartiremos a continuación información que nos servirá para reflexionar acerca de la situación de vulnerabilidad que atraviesan las personas sordas.

El último informe de Naciones Unidas sostiene que la población mundial asciende a 8.200 millones de personas, de los cuales más de 1.000 millones posee alguna discapacidad (ONU, 2024). En América Latina y el Caribe, el 82% de las personas con discapacidad vive en condiciones de pobreza (Banco Mundial, 2004).

La Encuesta Mundial de Salud (OMS, 2011) y The Global Burden of Disease (IHME, 2019) coinciden en que una proporción significativa de personas con discapacidad experimenta importantes dificultades en su funcionamiento diario. Además, este último estima que alrededor del 5% de los niños menores de 15 años vive con alguna discapacidad.

La ONU (1982) por su parte, sostiene que la discapacidad y la pobreza son dos problemas sociales que se retroalimentan. La pobreza incrementa la vulnerabilidad de las personas ante la discapacidad, mientras que la discapacidad profundiza las desigualdades económicas, especialmente en las familias con menos recursos. Esta situación se complejiza al analizar que, en los países en vías de desarrollo como el nuestro, hasta un 80% de las personas con discapacidad vive en áreas rurales, lo cual vuelve más dificultosa su situación dadas las inequidades sistémicas y estructurales. Breilh (2003) destaca la interseccionalidad de la discapacidad, argumentando que las personas con discapacidad experimentan una doble vulnerabilidad dada por las dificultades de salud y las desigualdades sociales.

Yendo específicamente a la situación de las personas sordas, aproximadamente el 5% de la población mundial (430 millones de personas), padece una pérdida de audición discapacitante, entre los que se encuentran 34 millones de niños (OMS, 2024). Tomando esta proporción en relación con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2022), podríamos afirmar que en nuestro país existen aproximadamente 2 millones de personas sordas o hipoacúsicas en riesgo de encontrarse en la intersección de la vulnerabilidad dada por el déficit y la desigualdad social. Ahora bien, la vulnerabilidad específica de las personas sordas tiene que ver fundamentalmente con fallas contextuales, cuando no se ofrece al niño sordo una lengua que le permita conquistar representantes psíquicos para sus pensamientos y sentimientos, y para comunicarse con sus semejantes. A esto se suman las dificultades en el acceso a la lectoescritura.

Pensemos por ejemplo que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, firmada en 2008 por 191 Estados Partes, entre los cuales se encuentra nuestro país, señala en sus Definiciones que entiende por “Lenguaje” tanto el lenguaje oral como la Lengua de Señas. Recién quince años más tarde, en el año 2023, se promulgó en nuestro país la Ley 27.710 *“que reconoce a la Lengua de Señas Argentina (LSA) como una lengua natural y originaria que conforma un legado histórico inmaterial como parte de la identidad lingüística y la herencia cultural de las personas sordas en todo el territorio de la Nación*

Argentina y que garantiza su participación e inclusión plena, así como también la de las personas que, por cualquier motivo, elijan comunicarse en dicha lengua” (HCN, 2023). Es decir que desde hace apenas dos años la LSA cuenta en nuestro país con un estatus que sienta las bases para el acceso a la educación, la salud, la justicia y los servicios, tendientes a promover una sociedad más inclusiva y respetuosa de la diversidad lingüística.

Un concepto proveniente de la Lingüística nos ayuda a reflexionar acerca de esta problemática tan compleja. La diglosia (Ferguson, 1959; Alisedo, 1997) es un fenómeno lingüístico que describe la coexistencia de dos lenguajes dentro de una misma comunidad, donde cada uno cumple funciones sociales y comunicativas distintas, que son complementarias, no intercambiables, y suele ser un sistema estable a lo largo del tiempo. Uno de ellos, considerado de mayor prestigio, se utiliza en contextos formales, mientras que el otro, se emplea en situaciones informales. La variedad de prestigio suele abrir puertas a mejores oportunidades laborales y sociales. La LS, al ser el vehículo comunicativo de una minoría social estigmatizada y con escaso poder socioeconómico, ha sido históricamente denostada y subvalorada en comparación con las lenguas orales. Además, la dominación lingüística refuerza las desigualdades sociales y económicas, ya que quienes no dominan la variedad de prestigio tienen menos acceso a recursos y oportunidades. Podemos observar que estas variedades lingüísticas, que se dan dentro de una misma comunidad, permiten entender ciertas dinámicas sociales y culturales que subyacen al fenómeno de la diglosia.

En cuanto al relevamiento de datos en nuestro país respecto de sordera y vulnerabilidad social, no hemos encontrado investigaciones recientes. Sin embargo, contamos con relevamientos realizados en Francia, que pueden aportar a nuestras hipótesis acerca de las necesidades y malestares de la población sorda.

Una investigación realizada en Francia por UNANIMES (2010) reveló que el 60% de las personas sordas encuestadas consideraron su sordera como un trauma significativo. Casi la mitad de ellos reportó problemas de salud mental y un 44% había pensado en suicidarse. A pesar de estas cifras alarmantes, muchos no recibieron tratamientos psicológicos adecuados. Los resultados del estudio subrayan la urgente necesidad de mejorar la atención integral a las personas sordas, incluyendo una mayor sensibilización de los profesionales de la salud y una adaptación de los tratamientos a sus necesidades específicas.

El trabajo de Kerbouc'h, Dalle-Nazezi, Volkoff *et al.* (2022) estudia el mundo laboral de las personas sordas, detectando una realidad en la que se observan diferencias lingüísticas y culturales. Esta investigación nos muestra que la sordera no es simplemente una discapacidad, sino que implica una forma de ser y estar en el mundo desde una perspectiva bicultural. Las políticas públicas y las organizaciones laborales, al no considerar esta diversidad, limitan las oportunidades de las personas sordas. Si bien un alto porcentaje de personas sordas en Francia tiene empleo, enfrentan desafíos específicos relacionados con su identidad lingüística y cultural. La investigación destaca la necesidad de una mayor implementación de políticas laborales respetuosas de las diferencias lingüísticas y culturales de este grupo. Por último, el análisis de las condiciones laborales pone de manifiesto que las personas sordas experimentan discriminación en sus puestos de trabajo, ya que son frecuentemente excluidas de procesos de toma de decisiones y acceso a la información, lo que limita sus oportunidades a puestos de ejecución de tareas. Esta investigación demuestra que los estereotipos sobre las personas sordas

también influyen en sus relaciones laborales y en las oportunidades que se les ofrecen. Sin embargo, también muestra que es posible transformar estas relaciones y construir un entorno laboral más inclusivo.

De lo antedicho se desprende que discapacidad y pobreza son dos problemas que se retroalimentan y que las personas sordas, en tanto personas con discapacidad, se encuentran abarcadas en la intersección de la vulnerabilidad ligada al déficit y aquella relacionada con la pobreza. La vulnerabilidad específica de las personas sordas posee diversas causas: se encuentra afectada por la falta de conocimiento de las diferencias lingüísticas y culturales por parte del contexto oyente; de parte de las personas sordas, en muchos casos el semilingüismo las deja en un lugar de incomprensión respecto de sus propios pensamientos y afectos, así como de la realidad.

Finalmente, los modelos tradicionales de ayuda a las personas con discapacidad a menudo se centran en la caridad y la dependencia, en lugar de fomentar la autonomía y la inclusión. Es fundamental replantear estos modelos para reconocer las capacidades de las personas con discapacidad y brindarles las herramientas necesarias para alcanzar su pleno potencial.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

- Alisedo, G. (1997). Acerca de un bilingüismo particular. *Ecos Fonoaudiológicos*, 2, 2.
- (2020). *Lingüística de la Lengua de Señas, Sordera y Singularidad*, Tópica 7, 24, Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Alisedo, G., Kazez, R. (2022). Elementos para pensar una inclusión educativa genuina del niño sordo. *Actualidad Psicológica*, 515.
- (2023). *Lengua de Señas y Sordera. Hacia un diálogo entre la Lingüística y el Psicoanálisis*. Cuadernos del GPDM, 4, 1, <https://gpdm.com.ar/wp-content/uploads/2023/10/Cuadernos-del-GPDM-vol-4-1.pdf>. Recuperado el 30/12/2024.
- Álvarez González, M., Trápaga Ortega M. (2005). *Principios de Neurociencias para Psicólogos*, Buenos Aires: Paidós.
- Bampa, S. y Zgryzek, S (1998). *Lenguaje, colaboración y conflicto*. Buenos Aires: Geema. Grupo Editor Multimedial.
- Bampa, S. (2005). Estructura narrativa y comunicación. Una experiencia con niños sordos en Lengua de Señas. *Avances en Fonoaudiología*. Año VI. Tomo VIII. Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe.
- Banco Mundial (2004). *Panorama general del Informe sobre el desarrollo mundial 2004: Servicios para los pobres*, <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/830481468139518544/informe-sobre-el-desarrollo-mundial-2004-servicios-para-los-pobres-panorama-general>. Recuperado el 30/12/2024.
- Bloomfield L. (1935). *Lenguaje*. London: Allen & Unwin.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cummins, J. (2000). *Lenguaje, poder y pedagogía: niños bilingües en el fuego cruzado*. Clevedon, Reino Unido: Multilingual Matters, citado por Teemant, A. y

- Pinnegar, S. (2007). Guía didáctica para comprender la adquisición del lenguaje. Asociación entre la Universidad Brigham Young y las escuelas públicas.
- Chomsky, N. (1965). Aspectos de la teoría de la sintaxis. Madrid: Aguilar.
- Ferguson, C. (1959). Diglossia, *Word*, 15, 325-340.
<http://www.mapageweb.umontreal.ca/tuitekj/cours/2611pdf/Ferguson-Diglossia.pdf>.
 Recuperado el 30/12/2024.
- Freud, S. (1915c). Pulsiones y destinos de pulsión, en AE, vol. 14.
- (1921c). Psicología de las masas y análisis del yo, en AE, vol. 18.
- (1950^a). Los orígenes del psicoanálisis, en AE, vol. 1.
- Fridman Mitz, B. (2009). De sordos hablantes, semi-lingües y señantes. México.
- Grosjean, F. (1982). *Life with Two Languages: An Introduction to Bilingualism*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1989). The bilingual as a person, en Titone, R. (Ed.). *On the Bilingual Person*. Ottawa: Canadian Society for Italian Studies.
- Hagège, C. (1996). *L'enfant aux deux langues*, Paris: Editions Odile Jacob.
- Hansegård (1968). *Tvasprakighet eller halvsprakighet? [¿Bilingüismo o semilingüismo?]*, Stockholm: Aldus/Bonniers.
- Honorable Congreso de la Nación (2023). Ley 27.710,
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27710-383041>. Recuperado el 30/12/2024.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2024). Global Burden of Disease 2019,
<https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>. Recuperado el 30/12/2024.
- Jodar, A. (2021). Estilos de comprensión lingüística en adolescentes sordos, *Anuario de Investigaciones*, XXVIII.
- Kazez, R. (2020). Familia, desvalimiento y sordera, en Jodar, A. (comp.) *Sordera y singularidad*, Tópica 7, 24, Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- (2021). Aportes a una teoría del preconciente, en Plut, S. y Kazez, R. comps. *Teoría y clínica en la obra de David Maldavsky*, Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- (2024). Presentación del libro “Psicopatología Psicoanalítica. Programa Maldavsky”, Cuadernos del GPDM, 5 (1), <https://gpdm.com.ar/cuadernos-gpdm>.
- Kazez, R., Melloni, G., Maldavsky, D. (2014). Estudio del discurso de madres oyentes de hijos sordos. Detección de diferentes momentos luego de haber sido informadas acerca del diagnóstico, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18, 1, 157-175.
- Kazez R., Perez Zambón S., Diamante L. y Krojzl M. (2019). Madres y padres oyentes de niños sordos: subjetividad e intersubjetividad frente a situaciones de vulnerabilidad, *Desvalimiento Psicosocial*, 6, 2, 1-16.
- Kerbouc'h, S., Dalle-Nazebi, S., Volkoff, S., Le Clainche, C., Narcy, et al. (2022). Soyez raisonnables. De l'aménagement des situations et des conditions du travail, aux stratégies professionnelles de salariés sourds. [Rapport de recherche] 110, Centre d'études de l'emploi et du travail - CEET. 2022. ffhalshts-03682707f
- Khateb A. (2009). Bilinguisme: représentation cérébrale et mécanisme de sélection des langues. *Bulletin Aphasie et Domaines Associés*, 24: 77–93.
- Lambert, W. (1974). Culture and language as factors in learning and education, en: Aboud, F. y Meade, R. (eds.), *Cultural factors in learning*, Bellingham: Western Washington State College.
- Macnamara J. (1967). The bilingual's linguistic performance--a psychological overview, *Journal of Social Issues*, 23: 58–77.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Moreno, M. y Sastre Vilarrasa, G. (1980). *Aprendizaje y Desarrollo Intelectual. Bases para una teoría de la generalización*, Barcelona: Gedisa.

- Mouthon, M., Annoni, J-M., Asaid Khateb, A. (2013). The bilingual brain, *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 164(8): 266–73.
- Nabergoi, M., Bottinelli, M. (2007). Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisión de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), *Anuario de Investigaciones*, vol. XIV, 2007, pp. 159-165 Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- OMS (2021). World Health Statistics, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564199>. Recuperado el 30/12/2024. Deafness and hearing loss, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>. Recuperado el 30/12/2024.
- ONU (1982). World Programme of Action Concerning Disabled Persons, <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/united-nations-world-programme.pdf>. Recuperado el 30/12/2024
- (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD), <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. Recuperado el 30/12/2024.
- (2024). United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: Summary of Results (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9).
- Peal, E. y Lambert, W. (1962). The relation of bilingualism to intelligence, en: *Psychological Monographs*, 76, 1-23.
- Signoret Dorecasberro, A. (2003). Bilingüismo y cognición: ¿Cuándo iniciar el bilingüismo en el aula?, *Perfiles Educativos*, 25 (102): 6-21.
- Skutnabb-Kangas, T. (1981). *Bilingualism or not. The education of minorities*, Clevedon, Avon: Multilingual Matters.
- Stokoe, W. (1960). *Sign Language Structure: an Outline of Visual Communication Systems of the American Deaf*, *Studies in Linguistics, Occasional Papers*, 8. University of Buffalo.
- UNISDA (2010). Détresse et mal-être psychologique : résultats de l'enquête, <https://www.surdi.info/dossier-sante-et-soins/quelle-vie-sociale-surdite-et-risque-d-isolement/detresse-et-mal-etre-psychologique-resultats-de-l-enquete-unisda>, Recuperado el 30/12/2024.
- Weinreich, U. (1953), *Language in contact. Findings and problems*, Publications of the linguistic Circle of New York, 1.

Adquisición lexical temprana: Mapeo rápido y Mapeo lento

Early lexical acquisition: fast mapping and slow mapping

Recibido para publicar el 22 de octubre de 2024.
Aceptado para su publicación el 12 de mayo de 2025.
Versión final 21 de junio de 2025.

Cómo citar este artículo: Rousseau, Mónica M. E.¹⁵; Alanis, Alejandra¹⁶; Frossard, Virginia¹⁷; Miranda, Karina¹⁸; Monzón, Gabriela A.¹⁹; Pintener, Ma. Victoria²⁰; Sarfatis, Romina S.²¹; Somosierra, Mariana²² y Scardaccione, Estefanía C.²³ **Adquisición lexical temprana: Mapeo rápido y Mapeo lento.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 82- 88

Resumen

La síntesis bibliográfica investiga el concepto de “mapeo rápido” (MR) como un mecanismo cognitivo que permite a los niños aprender vocabulario con facilidad y rapidez, y al “mapeo lento” (ML) como un proceso complementario. Se describen las características principales de ambos mecanismos. Se relaciona al MR con el “ajuste semántico rápido” propuesto por Steven Pinker, quien defiende la presencia de categorías cognitivas tempranas y el “instinto” del lenguaje. Se menciona al “constructivismo neuronal” como un marco teórico compatible con la idea de que las características representacionales de la corteza se construyen a partir de la interacción con el entorno.

Palabras clave: adquisición lexical temprana- cognición - mapeo rápido- mapeo lento

Abstract

Literature suggests that “fast mapping” (FM) is a cognitive mechanism that allows children to learn vocabulary easily and fast, and considers “slow mapping” as a complementary process. Therefore, both mechanisms are described here. ‘FM’ is related to the “fast semantic adjunct” as proposed by Steven Pinker, who supports the presence of early cognitive categories and the “instinct” of language. Neuronal constructivism is seen as theoretic framework consistent with the idea that cortical representations are built from the interaction with the environment.

Key words: Early lexical acquisition - cognition - fast mapping - slow mapping

¹⁵ Lic. en Fonoaudiología (UMSA). Profesora de la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA). Profesora titular de Técnicas de Evaluación y Diagnóstico Fonoaudiológico con Orientación Neurolingüística, CLAEH (Uruguay).

¹⁶ Fonoaudióloga (UBA). Ex concurrente del Servicio de Neurología, Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹⁷ Lic. en Fonoaudiología (UBA). Ex residente, Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹⁸ Lic. en Fonoaudiología. Fonoaudióloga, Hospital Churruca Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹⁹ Lic. en Fonoaudiología (UDELAR). Ex integrante de la UDA Giordano –Clínica Pediátrica C, Uruguay.

²⁰ Licenciada en Fonoaudiología (UNR). Integrante del equipo interdisciplinario ENA (Espacio de Neurociencias Aplicadas), San Nicolás de los Arroyos, Prov. de Bs. As. Argentina.

²¹ Licenciada en Fonoaudiología (UBA). Fonoaudióloga, Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina.

²² Licenciada en Fonoaudiología (UBA). Ex fonoaudióloga de planta, Hospital “Dr. Luis Tabares”, Daireaux, Prov. de Bs As. Argentina.

²³ Licenciada en Fonoaudiología (UBA). Ex fonoaudióloga, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Diversas técnicas, como los potenciales evocados, el seguimiento ocular (*eye tracking*) y los estudios de comportamiento, se han empleado para investigar una habilidad que representa un desafío para las neurociencias: la capacidad de aprender vocabulario con tanta facilidad, rapidez y eficiencia.

El término mapeo rápido fue acuñado por Susan Carey quien, junto con Elsa Bartlett (1978), descubrió determinadas características en la adquisición del vocabulario, aunadas en este valioso concepto que describe un mecanismo cognitivo que resulta significativo y meritorio de investigación. Las autoras Susan A. Gelman y Amanda Brandone (2010) lo consideraron como un "marcador de posición esquelético" (p.1) dado que es una información mínima e incompleta, un recuerdo parcial de la palabra y, sin embargo, es un hecho trascendente para el desarrollo del lenguaje de un niño. Asimismo, Susan Carey (1978) mencionada por S. Gray y S. Brinkley, hace referencia al mapeo lento como un proceso que viene de la mano y que permitirá corroborar, a través del tiempo, que las expectativas generadas por el mapeo rápido se comprueben. A nivel neuronal, aún queda mucho por descubrir, pero se sostiene que serían las redes corticales perisilvianas lateralizadas en el hemisferio izquierdo las responsables del mapeo rápido (Yury Shtyrov, 2011). Este mecanismo se pone en marcha tanto en niños como en adultos al aprender nuevas palabras. Según Robert Owen, 2003, p280, para Steven Pinker (1994) la expresión ajuste semántico rápido sería un sinónimo, es decir, la estrategia que le permite al niño inferir las conexiones que pueden existir entre una palabra y su referente, tras una única exposición a ella.

Aunque se ha encontrado una amplia cantidad de investigaciones que respaldan esta revisión bibliográfica, se ha comprobado que ninguna de ellas pertenece al ámbito fonoaudiológico. Estos conceptos son fundamentales para comprender el funcionamiento de la mente infantil en el aprendizaje del lenguaje del entorno y para una intervención terapéutica adecuada. Al considerar estos mapeos iniciales como constructos que abren el mundo de la significación y posteriormente perfeccionan los aprendizajes léxicos, resulta compatible el marco teórico del "constructivismo neuronal" (Shtyrov, 2011). Esta corriente, respaldada por neurocientíficos contemporáneos, cuenta con el aval de investigaciones en neurociencias. Se parte de la existencia de capacidades cognitivas tempranas en los recién nacidos, a las cuales se les otorga una importancia fundamental para el desarrollo cognitivo posterior. Según este enfoque, las características representacionales de la corteza se construyen a partir de la interacción dinámica entre los mecanismos de crecimiento y la actividad neuronal derivada del entorno. El término *constructivismo* remite a un aprendizaje flexible y no preespecificado, donde el entorno interviene facilitando el desarrollo o, en caso de recibir una estimulación deficiente, obstaculizándolo. Esta posición teórica puede asociarse con la postura de la investigadora Annette Karmiloff-Smith (1992), quien afirma que el desarrollo es un proceso de "redescripciones representacionales" (p. 53-71) sucesivas. Esto significa que, a medida que los niños crecen y aprenden, reorganizan y reinterpretan su comprensión del mundo a través de representaciones mentales cada vez más complejas.

Las investigaciones en la etapa prelingüística son clave para defender o descartar la existencia de conductas preformadas. El psicólogo cognitivista Steven Pinker apoya conceptualmente lo que él llama "*el instinto del lenguaje*" (1994, p.17) y la presencia de categorías cognitivas tempranas. Sostiene que el lenguaje es una habilidad compleja y especializada que se desarrolla espontáneamente, sin esfuerzo consciente o instrucción formal, porque es parte de un instinto dado en nuestro patrimonio biológico, pero se opone a una perspectiva determinista ("relativismo lingüístico", Conesa F. Y Nubiola J., 1999. Pag. 89), y

plantea la presencia a nivel lingüístico de algunos mecanismos de aprendizaje que parecen diseñados en forma exclusiva para el lenguaje y no para el comportamiento simbólico general.

Refiriéndose a la cognición, Pinker sostiene que los bebés ya poseen el concepto de objeto antes de aprender sus nombres. Él atribuye al cerebro de un bebé la capacidad previa para identificar y etiquetar palabras, así como para realizar agrupaciones en categorías.

Las estadísticas indican que los niños aprenden aproximadamente nueve palabras nuevas por día, todos los días, desde los 18 meses de edad hasta los 6 años, fenómeno que Carey (1978) denominó “la magia para aprender palabras”. Sin embargo, en la práctica clínica se observan niños que presentan una demora y un proceso lento en la adquisición léxica. Por ello, resulta fundamental profundizar en esta temática para identificar y optimizar los factores implicados en dicho proceso.

Definición MR y ML

Según Carey (1978), el mapeo rápido se considera el proceso mediante el cual el niño establece una primera correspondencia entre un objeto, evento o situación y una expresión lingüística, basándose en una información mínima. El significado léxico que adquiere, además de establecer una correspondencia rápida y precisa, constituye una categoría conceptual, lo que produce un cambio cognitivo que “permite organizar los elementos comprendidos en categorías” –categorías ontológicas como animales, objetos, etc. (Keil, 1979)–, al incorporar en esa organización las nuevas palabras de contenido concreto. En niños con desarrollo típico del lenguaje, se da de forma rápida, con pocas exposiciones al estímulo, incluso con información fonológica y semántica incompleta de la nueva palabra. Esta habilidad facilita el aprendizaje de términos nuevos con poco esfuerzo tras una breve exposición a ellos.

Carey y Bartlett (1978) fueron los primeros en demostrar que los niños de 3 a 4 años logran rápidas correspondencias con una exposición a palabras nuevas de forma implícita en el aula, y estas palabras no se olvidan fácilmente, incluso sin oírlas con frecuencia. Sin embargo, se sabe que una alta frecuencia es fundamental para la fijación. El mapeo rápido también permite a los niños aprender el significado de varias palabras nuevas simultáneamente y durante períodos prolongados (Deak y Wagner, 2003). Los cuidadores facilitan este proceso al compartir el foco atencional sobre un objeto o acontecimiento, permitiendo que el niño atienda a rasgos perceptivos (como diferencias sutiles entre animado e inanimado), y utilizando recursos ostensivos como marcadores de atención (gestos, prosodia, etc.).

Con respecto al mapeo lento, se mencionó que en niños con desarrollo típico del lenguaje el aprendizaje de las primeras correspondencias entre significados y significantes, llamadas *esqueléticas*, se logra de manera rápida y con pocas exposiciones a los estímulos. Estas asociaciones se presentan en reiteradas ocasiones y en distintos contextos, por medio del mapeo lento el niño logra un aprendizaje más consistente de la palabra que se halla almacenada en la memoria con un conocimiento más estable, fijo, en el que se integran las representaciones fonológicas, léxicas y semánticas pertinentes. Se afirma que, tanto en la etapa del mapeo rápido como en la del lento, es fundamental que los vínculos entre las representaciones semánticas y fonológicas sean fuertes y diferenciados para que el niño pueda crear y almacenar esas representaciones, y reconocer una palabra nueva al escucharla e iniciar su almacenamiento. Entonces, el número de exposiciones y la información del contexto favorecen el aprendizaje y la precisión de estas representaciones específicas del mapeo lento. Además, es esencial considerar el hecho de que, mientras transcurren los mapeos, intervienen distintos principios o restricciones que guían la interacción para hacerlos más efectivos. Los mapeos pueden ser de índole cognitiva, como en la exclusividad mutua o en el objeto completo; o social, como en la atención conjunta y en alternancia de la mirada; o lingüística, como en la facilitación de los artículos (Markman, 1994).

Características

El aprendizaje del léxico a través de los mapeos presenta determinadas particularidades que es conveniente conocer para comprender su funcionamiento. Algunas de las características mencionadas son más específicas del mapeo rápido o del mapeo lento, e incluso pueden ser extensivas a ambos.

1. En el mapeo rápido se logra un *primer significado*: Por ello fue llamado por Susan A. Gelman y Amanda Brandone (2011) “*marcador de posición esquelético*” (2010. p.1), al ser una información mínima e incompleta, un recuerdo parcial de la palabra. Sin embargo, este conocimiento parcial es *operativo* porque permite construir expectativas potentes y comprobables que se consolidarán con el tiempo en el mapeo llamado *ampliado o lento*.

2. Ambos mapeos presentan un carácter *categorial*: Aprender tipos es diferente de aprender individuos. Por ejemplo, no es lo mismo aprender *Boby* (un perro) que saber identificar la categoría *perros*. Las palabras designan clases y existen predicados que se refieren solo a clases, por ejemplo, “El perro es un animal”. Asimismo, puede ocurrir que haya características que no se aplican para toda la clase (“la foca es un mamífero”, a pesar de que no es frecuente que un mamífero viva en el agua), pero de todos modos se categoriza como perteneciente a esa clase. Según Ellen M. Markman y Gwyn F. Wachtel (1988), los niños de 3 años interpretan un sustantivo referido a un objeto concreto (ejemplo: “Esto es peltre”), que se le enlaza a un objeto desconocido, al que lo generalizan a una clase (especie, tipo), pero no sucede lo mismo si el objeto les resulta familiar (Hall, 1991). Además, es más probable que ocurra esto si lo aprenden de un adulto que utiliza un recurso ostensivo. Una frase ostensiva es la siguiente: “Esto es una X”. En síntesis, se llega a la conclusión de que el tipo de nivel de categoría básica es la interpretación preponderante (Hall y Waxman, 1993). Esto significa que en los niños hay un conocimiento implícito, y obtienen la identidad del objeto a partir de una variedad de situaciones y no de un enfoque más detallado referido a un contexto particular (Hall y Waxman, 1993). Esta característica se relaciona con el principio de *amplitud categorial* (Golinkoff et. al., 1994), donde se extiende un nombre a otros objetos relacionados, y la clasificación se basa menos en lo perceptivo y más en otros criterios, como función, conocimiento del mundo, características comunicativas de la situación. Por ejemplo, *vaso* no solo es un objeto similar, sino cualquier recipiente (copa, botella).

3. El mapeo lento conduce a la *extensibilidad conceptual*: La nueva información que los niños aprenden la aplican a otros individuos incluso no semejantes (Golinkoff, Mervis et al., 1994), lo que significa reconocer un potencial inductivo.

4. Como mecanismo propio de los mapeos se da la *exclusividad mutua (EM)*: Es una opción predeterminada tanto en los procedimientos de niños como de adultos para integrar las extensiones de palabras nuevas y conocidas. Las investigaciones demostraron que, para objetos desconocidos, los niños tendían a interpretar el término nuevo como una etiqueta para el objeto mismo, mientras que, ante objetos familiares que ya han sido nombrados, lo interpretan como un término de parte o sustancia. Por ejemplo, el niño considera el término *cromo* como un atributo de un objeto presentado porque conoce el nombre del objeto (Markman y Wachtel, 1988). Por lo tanto, la EM lo impulsa a aprender términos para atributos, sustancias y partes, así como para los objetos mismos (Markman, 1988). Al aprender palabras los niños están predispuestos a construir extensiones mutuamente excluyentes, y así evitan que el conjunto de referentes de una palabra se superponga con los de otras. Este principio de exclusividad mutua se desarrolla en el niño en los meses posteriores al segundo año, y adquiere toda su fuerza y se vuelve accesible a la conciencia al tercer año (Merriman, 1989).

5. *Prioridad de los sustantivos* con valor referencial: Según refieren la mayoría de los autores, los sustantivos se aprenden antes que otras categorías gramaticales. En el proceso del pasaje del mapeo rápido al mapeo lento, donde se da la generalización de las nuevas palabras a miembros nunca antes vistos de la misma categoría semántica, los niños de desarrollo típico (DT) infieren que las relaciones entre sustantivos y referentes están restringidas por la forma. Por lo tanto, generalizan en función de esta característica en lugar de otras propiedades perceptivas (Landau, Smith & Jones, 1998), y también por esta razón adquieren primeramente sustantivos concretos antes que otras categorías más abstractas. Estos sustantivos serán el motor del desarrollo posterior, dado que funcionan como argumentos de adjetivos y verbos cerca del segundo año de vida.

6. *Proceso gradual*: La mitad del segundo año de vida, es decir, los 18 meses de edad aproximadamente, es un momento crucial para el estudio y la comprensión de este proceso, debido a que en esta etapa los niños presentan un rápido crecimiento del vocabulario con variaciones individuales (hay niños con mayor o menor vocabulario). Gelman y Brandone (2010), refiriéndose a la comprensión del vocabulario, afirman que la representación conceptual completa tarda meses o años y requiere de un desafío mayor.

7. *Influencia del vocabulario previo*: Los niños con un rico vocabulario, tanto en tamaño como en estructura, tienden a presentar una mayor activación de significados. Estudios de reconocimiento lexical realizados mediante el seguimiento ocular en niños entre 18 y 24 meses demuestran que los niños no solo son más rápidos para activar significados, sino también para interpretar palabras conocidas y novedosas. Esto significa que las palabras en categorías semánticamente más densas se aprenden y reconocen de manera más eficiente que las palabras en categorías más dispersas. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la construcción de redes léxico-semánticas puede apoyar el procesamiento del lenguaje y el crecimiento del vocabulario (Borovsky, Ryan y Peters, 2019). Opiniones disímiles sostienen que no importa tanto la posibilidad de organizar el conocimiento si en realidad, aún sin contexto semántico, hay niños de 9 meses que adquieren palabras (Juszyk y Hohne, 1997), por eso es que sostienen que se sobrevalora el conocimiento lexical (Bergelson y Swingley, 2010).

8. *Facilidad de adquisición*: Los niños acceden a sus primeras correspondencias significado-significante a través del mapeo rápido con un esfuerzo aparente mínimo. Los padres facilitan su adquisición generando contextos comunicativos donde se utilizan recursos ostensivos para el logro de la atención conjunta apoyando las expresiones verbales con gestos, prosodia, etcétera.

9. *La geometría de los espacios*: Shohei Hidaka y Linda Smith (2006) analizan el aprendizaje que favorece el mapeo rápido. Los autores proponen una teoría computacional de los espacios, que conecta la aparición de la coherencia categorial, las categorías de nivel básico y el mapeo rápido, lo que facilitaría la realización de inferencias sobre los límites de las categorías; esto se explica a través del *empaquetamiento semántico* el cual optimiza simultáneamente la discriminación y la generalización de categorías. Este proceso organiza el conocimiento en la memoria de manera eficiente, y es crucial para formar categorías coherentes, intuitivas y útiles en la cognición semántica.

Conclusiones

Se han expuesto las características significativas de los mapeos rápido (MR) y lento (ML) como componentes de un continuo. Inicialmente, el mapeo rápido permite a los niños acceder de manera sencilla, aunque parcial, a las primeras palabras, facilitando la formación de asociaciones entre significados y significantes. Posteriormente, para un desarrollo más profundo del conocimiento léxico, se requiere del mapeo lento, que permite una comprensión más completa de los significados, la estructura fonológica de las palabras y su uso adecuado. Este proceso de mapeo lento no solo consolida el conocimiento léxico, sino que también avanza

en la categorización, evidenciando la interacción entre el conocimiento lingüístico y cognitivo, lo que sugiere que la intervención lingüística impactaría en ambos aspectos.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Alt, M., Plante, E., y Creusere, M.A. (2004). Semantic features in fast-mapping: performance of preschoolers with specific language impairment versus preschoolers with normal language. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 47 2, 407-20
- Ausa B., Alejandra. (2021). Semillas del lenguaje: Desarrollo típico y atípico en pequeños hablantes del español. Cap. 2. Ed. Barker Jules
- BJORN-CAREY. Language gap between rich and poor children begins in infancy, Stanford psychologists find. <https://news.stanford.edu/stories/2013/09/language-gap-rich-poor-children-begins-infancy-stanford-psychologists-find>
- Borovsky A, Peters RE. (2019). Vocabulary size and structure affects real-time lexical recognition in 18-month-olds. *PLoS One*;14(7):e0219290. doi: 10.1371/journal.pone.0219290. PMID: 31295282; PMCID: PMC6622498.
- Carey, Susan. (1978). Acquiring a Single New Word. *Papers and Reports on Child Language Development*. Vol.15. p. 17 - 29.
- Carey, Susan (citado por: Gelman, S.A.; Brandone, A. C. 'Fast-mapping placeholders: Using words to talk about kinds'. *Lang Learn Dev*. 2010 Jul 1, p. 1).
- Conesa, Francisco y Nubiola, Jaime. (1999). *Filosofía del Lenguaje*. Ed. Herder. Pag. 89.
- Deák, Gedeon O.; Wagner Jennifer Hughes. (2003). "Slow Mapping" in Children's Learning of Semantic Relations. (E)
- Dollaghan, Christine A. (1987). Fast Mapping in Normal and Language-Impaired Children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, pp. 218-222, V 52, N 3. <https://doi.org/10.1044/jshd.5203.218>
- Fernald, A., Marchman, V.A. and Weisleder, A. (2013), SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Dev Sci*, 16: 234-248. <https://doi.org/10.1111/desc.12019>
- Gelman, Susan A.; Brandone, Amanda C. (2010). Fast-mapping placeholders: Using words to talk about kinds. *Lang Learn Dev*. 2010 Jul 1.(E)
- Gray S, Brinkley S. (2011). Fast mapping and word learning by preschoolers with specific language impairment in a supported learning context: effect of encoding cues, phonotactic probability, and object familiarity. *J Speech Lang Hear Res*. 2011 Jun;54(3):870-84. doi: 10.1044/1092-4388(2010/09-0285). Epub 2010 Oct 21. PMID: 20966382; PMCID: PMC3032818.
- Hartley, Calum; Bird, Laura-Ashleigh; Monaghan, Padraic. (2019). Investigating the relationship between fast mapping, retention, and generalization of words in children with autism spectrum disorder and typical development. Volume 187, Pp 126-138, ISSN 0010-0277, <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2019.03.001>. (E)
- Hidaka, Shohei; Saiki, Jun.; Smith, Linda B. (2006). Semantic Packing As a Core Mechanism of Category Coherence, Fast Mapping and Basic Level Categories.
- karmiloff- Smith, A. (1992) Más allá de la modularidad. Pag 53_71
- Landau B., Smith L, Jones S. (1998) Object Shape, Object Function, and Object Name. [Journal of Memory and Language Volume 38, Issue 1](#), Pages 1-27
- Markman, E., Wachtel, G.F. (1988) Children's use of mutual exclusivity to constrain the meanings of words, *Cognitive Psychology*, Volume 20, Issue 2, Pages 121-157, ISSN 0010-0285, [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(88\)90017-5](https://doi.org/10.1016/0010-0285(88)90017-5).

- McDuffie, Andrea; Yoder, Paul; Stone, Wendy. (2006). Fast-mapping in young children with autism spectrum disorders. 26(4):421-438. doi:[10.1177/0142723706067438](https://doi.org/10.1177/0142723706067438).
- Merriman, W. E., Bowman, L. L., & MacWhinney, B. (1989). The Mutual Exclusivity Bias in Children's Word Learning. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 54(3/4), i-129. <https://doi.org/10.2307/1166130>.
- Olazo Carrera, M., Abad González Aguirre, O. y Elda Alicia Alva, E. (s.f.). Habilidades de mapeo rápido en infantes de 18 meses de edad. Univ. Nacional Autónoma México. http://www.laboratoriodeinfantes.psicol.unam.mx/descargas/habilidades_de_mapeo.pdf
- Peters, Ryan; Borovsky, Arielle. Modeling Early Lexico-Semantic Network Development: Perceptual Features Matter Most.
- Pinker, Steven. (1994). *El instinto del lenguaje*. Ed. Alianza. P. 17.
- Sentis, Franklin; Nusser, Carolina; Acuña, Ximena. (2009). El desarrollo semántico y el desarrollo de la referencia en la adquisición de la lengua materna.
- Serra, M. (Coord.). (2013). *La adquisición del lenguaje*. Ed. Ariel
- Shtyrov, Y. (2011). Rapid mapping of language in the brain: Evidence from neuroimaging studies.
- Swingle, Daniel. (2010). Fast Mapping and Slow Mapping in Children's Word Learning. (E)
- Weisleder, Adriana; Fernald, Anne. (2013). Talking to Children Matters: Early Language Experience Strengthens Processing and Builds Vocabulary.
- Weisleder, Adriana; Fernald, Anne. (2014). Social environments shape children's language experiences, strengthening language processing and building vocabulary.

Procesos de Simplificación Fonológica en niños de cuatro años pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro

Phonological Simplification Processes of 4-year-old children belonging to the Independent Garden No. 13 of the City of Río Colorado, Province of Río Negro

Recibido para publicar el 1 de abril de 2025.

Aceptado para su publicación el 5 de mayo de 2025.

Versión final 20 de mayo de 2025.

Cómo citar este artículo: Ríos, Camila Huenú²⁴ y Hernández, Beatriz²⁵. **Procesos de Simplificación Fonológica en niños de cuatro años pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 89- 101

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo conocer cuáles son los procesos de simplificación fonológica de los niños de cuatro años pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro. De acuerdo con el desarrollo fonológico, a la edad de 4 años quedan por incorporar los últimos sonidos de la lengua materna, etapa en que disminuyen los procesos de simplificación fonológica. Sin embargo, los procesos de simplificación fonológica son esperados en el desarrollo de la fonología. Por esto, la Teoría de la Fonología Natural propone que el niño escucha la palabra proporcionada por el adulto y, al intentar reproducirla, la emite simplificada fonológicamente. Por este motivo, el niño utiliza un conjunto de estrategias que se denominan procesos de simplificación fonológica. Estos son: a) relacionados con la sílaba, b) de asimilación y c) de sustitución. Para conocer los procesos de simplificación fonológica se utilizó el “Test para evaluar los Procesos de Simplificación Fonológica”, la versión revisada (TEPROSIF-R) creada y normada en Chile por las profesoras fonoaudiólogas María Mercedes Pavez, Mariangela Maggiolo y Carmen Coloma. La muestra se compone por 37 niños y niñas de 4 años que concurren al Jardín Independiente N°13. La metodología es de tipo descriptiva, cuantitativa y exploratoria. el diseño es transversal y no experimental. Los resultados obtenidos arrojan que el 70.3% de la muestra tienen un nivel de desempeño Normal, el 10.8% tienen un nivel de desempeño de Riesgo y el 18.9% tienen un nivel de desempeño de Déficit. Por lo tanto, dichos resultados se corresponden con el desarrollo fonológico ya que, a mayor edad, menores son los procesos de simplificación fonológica que utilizan los niños.

Palabras clave: Procesos de simplificación fonológica- Desarrollo fonológico- TEPROSIF R- Teoría de la Fonología Natural.

Abstract

This type of research aims to know the phonological simplification processes of four-year-old children belonging to the Independent Garden No. 13 of the City of Río Colorado,

²⁴ Licenciada en Fonoaudiología. Profesional del “Centro de Fonoaudiología” de la localidad de Río Colorado- Río Negro y “Técnica Asistente Fonoaudióloga” en la Escuela de Educación Especial N°9 de dicha localidad. camihuenurios@gmail.com

²⁵ Magíster en Educación Superior. Lic. en Fonoaudiología. Profesor Titular en Departamento de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. hernandeznbeatriz@gmail.com

Province of Río Negro. According to phonological development, at the age of 4 years the last sounds of the mother tongue remain to be incorporated, a stage in which phonological simplification processes decrease. However, phonological simplification processes are expected in the development of phonology. For this reason, the Theory of Natural Phonology proposes that the child listens to the word provided by the adult and, when trying to reproduce it, emits it in a phonologically simplified way. For this reason, the child uses a set of strategies called phonological simplification processes. These are— a) related to the syllable, b) assimilation and c) replacement. To know the processes of phonological simplification, the “Test to evaluate the Processes of Phonological Simplification” was used, the revised version (TEPROSIF-R) created and normed in Chile by the speech therapist professors María Mercedes Pavez, Mariangela Maggiolo and Carmen Coloma. The sample is made up of 37 4-year-old boys and girls who attend the Independent Garden No. 13. The methodology is descriptive, quantitative and exploratory. The design is cross-sectional and non-experimental. The results obtained show that 70.3% of the sample have a normal level of performance, 10.8% have a risk performance level and 18.9% have a deficit performance level. Therefore, these results correspond to phonological development since the older they are, the fewer the phonological simplification processes used by children.

Key words: Phonological simplification processes- Phonological development- TEPROSIF R- Theory of Natural Phonology.

Introducción

La presente investigación tiene por objeto indagar sobre, ¿cuáles son los procesos de simplificación fonológica que presentan los niños de cuatro años pertenecientes al no?

Cervera-Mérida e Ygual-Fernandez (2003) definen a los procesos fonológicos como “un conjunto de reglas de reducción de la complejidad de la forma de las palabras para permitir que el niño las use en su léxico expresivo, a pesar de ser incapaz de reproducir exactamente la forma adulta”. (p. 40). Se enfoca en la edad de cuatro años ya que, de acuerdo al desarrollo fonológico, solo quedan por incorporar los últimos sonidos de la lengua materna, etapa en la que los procesos de simplificación fonológica (PSF) irán disminuyendo (Galceran Bosch, 2004). En caso de que persistan PSF y que no sean acordes a la edad, se puede instalar un trastorno fonológico.

Debemos tener en cuenta que en esta edad el niño ingresa a la educación formal y en caso de detectar dicho trastorno, el mismo incidirá posteriormente en la adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación como así también en el aprendizaje de la lectura y escritura.

Para conocer estos procesos se utilizará el test para evaluar los procesos de simplificación fonológica, aplicando la versión revisada (TEPROSIF-R).

Al indagar sobre el test, existen diversos trabajos científicos en varios países hispanohablantes que emplean este instrumento, pero en Argentina son escasas. El TEPROSIF es un instrumento creado y normado en el país de Chile, utilizado para contribuir a la detección de niños con trastorno fonológico.

En nuestro país, Storti (como se citó en Test para evaluar procesos de simplificación fonológica TEPROSIF-R. III Edición, 2009) utilizó el TEPROSIF en el año 2002 para describir los procesos de simplificación fonológica (PSF) característicos en niños argentinos de 2 a 5 años, donde se destaca la disminución de los procesos especialmente entre los 4 años y 4 años 6 meses y se establecen los tipos de (PSF) más frecuentes en las edades estudiadas, favoreciendo a la derivación oportuna y beneficiando el desarrollo del lenguaje. Cabe aclarar que Storti utilizó la versión original del test y este dato sale plasmado en la versión revisada.

El TEPROSIF-R es de rápida aplicación, se emplea de forma individual y es accesible para analizar los PSF.

Por otro lado, en la Ciudad de Río Colorado son inexistentes las investigaciones fonoaudiológicas por lo que este trabajo aportará información de interés al ámbito de la salud y de la educación de dicha localidad.

Objetivos

Objetivo General

- Conocer los procesos de Simplificación Fonológica en niños de cuatro años pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro.

Objetivos Específicos

- Detectar los procesos de simplificación fonológica de los niños de cuatro años por medio del TEPROSIF-R.
- Describir los procesos de simplificación fonológica de los niños de cuatro años.
- Analizar y procesar la información estadística sobre las muestras obtenidas de la aplicación del test.

Metodología

La presente investigación es de tipo exploratoria ya que pretende una visión general de tipo aproximativo al tema estudiado, también es descriptiva ya que busca describir, analizar y comparar los procesos de simplificación fonológica en niños de cuatro años.

El diseño es no experimental, el fenómeno se observa tal y como es en su contexto natural.

Según la dimensión temporal, se trata de un estudio transversal ya que permite obtener información acerca de un fenómeno en un momento dado en el tiempo.

Además, se trata de un estudio de tipo cuantitativo. Se centra fundamentalmente en datos observables y susceptibles de cuantificación y se sirve de pruebas estadísticas para el análisis del mismo.

Población y Muestra

La población para la investigación esta conformada por niños y niñas de cuatro años que viven en la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro.

La muestra esta constituida por 37 niños y niñas de cuatro años que asisten al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro. Se considera un criterio de exclusión para formar parte de la misma, que los niños o niñas no presenten intervención fonoaudiológica.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consistió en un test para evaluar los procesos de simplificación fonológica, versión revisada (TEPROSIF-R). Dicho test fue elaborado por profesoras de la Escuela de Fonoaudiólogos de la Universidad Católica de Chile: Maria Mercedes Pavez G., Mariangela Maggiolo L. y Carmen Julia Coloma T. Se utilizará la III versión revisada y actualizada del año 2009.

Los objetivos del test TEPROSIF-R son identificar los procesos con los que los niños de 3 a 6 años simplifican la producción fonológica de sus palabras, y en base a las normas, establecer si la cantidad de procesos que presentan corresponden a lo esperable para su edad.

Consta de 39 ítems y láminas en blanco y negro que corresponden a palabras de distinta metría, acentuación y complejidad silábica; se incluyen monosílabos, bisílabos, trisílabos y

polisílabos que poseen sílabas con diferente estructura (CV, VV, CVC, CCV, CCVC, CVVC) posibilitando la emisión de los procesos de simplificación fonológica (PSF) por parte del niño. También se consideran las palabras graves, agudas y esdrújulas.

El orden de las palabras es diferente al de la prueba original, se organizaron para facilitar el análisis de los 15 primeros ítems y así posibilitar un barrido inicial del desempeño fonológico del niño. El propósito de dicho barrido es permitir que el examinador haga una evaluación global y breve para identificar en primera instancia si el niño utiliza más PSF que los esperables para su edad y si su desempeño corresponde o no a la norma.

De las 39 láminas, las primeras dos son ejemplos para familiarizar al niño con la tarea. Cada lámina posee dos dibujos; el dibujo de la parte superior es utilizado para presentar en una oración la palabra estímulo al niño. Debajo de él, hay otro dibujo que se usa para que el niño emita la palabra completando con ella una oración.

El test posee una hoja de respuestas para registrar el número total de PSF emitidos en el barrido con 15 ítems iniciales y en el total del test; debajo se presentan las opciones N (normal), R (Riesgo) y D (déficit) para señalar el nivel de desempeño del niño después de que ha sido comparado con las normas correspondientes.

Dicha hoja se organiza en siete columnas: la primera contiene las 37 palabras estímulos y la segunda esta para registrar las respuestas del niño; la tercera, cuarta y quinta columna se utilizan en el análisis y se registra en ellas la presencia de cada tipo de PSF (relacionados con la estructura de la sílaba y de la palabra, asimilación y sustitución); en la sexta columna se anota el total de PSF de cada palabra y, en la séptima, se deja constancia de otras respuestas del niño utilizando las siguientes claves: no responde: NR; responde otras palabras: OP; respuesta no transcribible: NT; respuesta con proceso no identificable: PNI; respuesta con procesos no clasificables según las categorías propuestas: PNC.

Resultados cuantitativos y cualitativos

A continuación, se desarrolla la presentación de los resultados de las evaluaciones realizadas a los treinta y siete (37) sujetos pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro.

Resultados cuantitativos

Los datos fueron extraídos de las 37 evaluaciones realizadas los cuales fueron traspasados a un programa estadístico para que nos brindara la información cuantitativa de las evaluaciones.

Tabla 1: Descriptivo del sexo de los sujetos.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	20	54,1
	Masculino	17	45,9
	Total	37	100,0

Nota: la categoría de sexo femenino se da en una frecuencia de 20 sujetos, la categoría de sexo masculino abarca 17 sujetos.

Gráfico 1: Descriptivo del sexo de los sujetos.



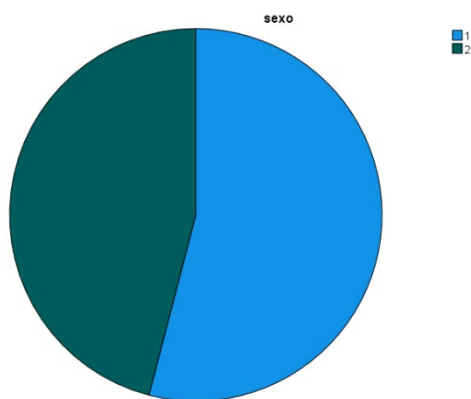


Tabla 2: Descriptivo de la edad de los sujetos evaluados.

		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	4.0 a 4.2 años	6	16,2
	4.3 a 4.5 años	7	18,9
	4.6 a 4.8 años	8	21,6
	4.9 a 4.11 años	16	43,2
	Total	37	100,0

Nota: 6 sujetos se encasillan en la edad de 4.0 años a 4.2 años, 7 entran en la edad de 4.3 años a 4.5, 8 engloba la edad de 4.6 años a 4.8, 16 abarcan la edad de 4.9 años a 4.11 años.

Gráfico 2: Descriptivo de la edad.

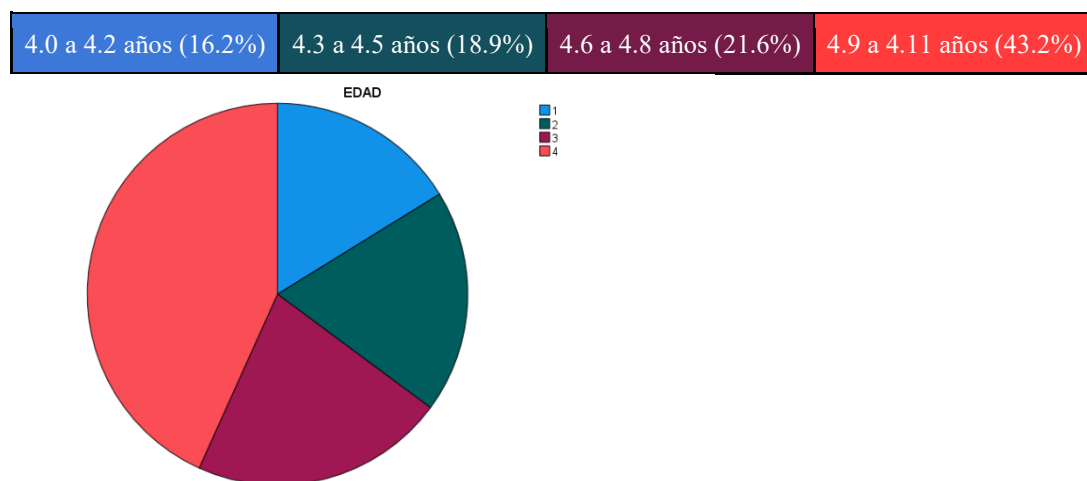
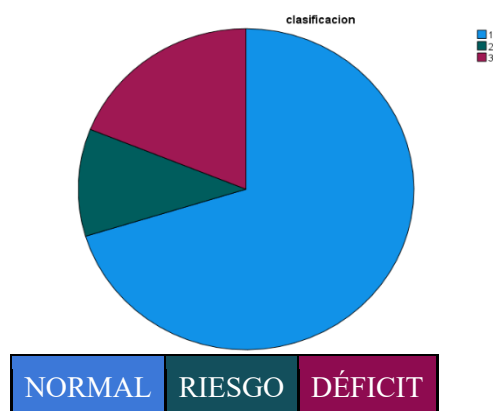


Gráfico 3: Nivel de Desempeño Fonológico.



Nota: 26 sujetos se encuentran dentro del rango Normal, 4 dentro del desempeño de Riesgo, 7 dentro del nivel de Déficit.

A continuación, se realiza la interpretación de los resultados referidos a los procesos de simplificación fonológica de estructura de la sílaba y la palabra.

Tabla 3: *Descriptivo del proceso: Reducción de grupo consonántico.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	10	27,0
	1	13	35,1
	2	4	10,8
	3	5	13,5
	4	1	2,7
	5	2	5,4
	6	1	2,7
	7	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 10 niños no produjeron el proceso, 13 produjeron 1 error, 4 produjeron 2 errores, 5 produjeron 3 errores, 1 produjo 4 errores, 2 produjeron 5 errores, 1 produjo 6 errores, 1 produjo 7 errores.

Tabla 4: *Descriptivos del proceso: Omisión de coda silábica.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	4	10,8
	1	8	21,6
	2	6	16,2
	3	7	18,9
	4	2	5,4
	6	2	5,4
	7	3	8,1
	8	1	2,7
	9	2	5,4
	11	1	2,7
	12	1	2,7

	Total	37	100,0
--	-------	----	-------

Nota: 4 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 8 produjeron 1 error, 6 produjeron 2 errores, 7 produjeron 3 errores, 2 produjeron 4 errores, 2 produjeron 6 errores, 3 produjeron 7 errores, 1 produjo 8 errores, 2 produjeron 9 errores, 1 produjo 11 errores, 1 produjo 12 errores.

Tabla 5: *Descriptivos del proceso: Omisión de elementos átonos.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	3	8,1
	1	3	8,1
	2	8	21,6
	3	5	13,5
	4	6	16,2
	5	3	8,1
	6	2	5,4
	7	3	8,1
	10	1	2,7
	12	1	2,7
	13	1	2,7
	15	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 3 sujetos no evidenciaron ningún error correspondiente al proceso mencionado, 3 produjeron 1 error, 8 produjeron 2 errores, 5 produjeron 3 errores, 6 produjeron 4 errores, 3 produjeron 5 errores, 2 produjeron 6 errores, 3 produjeron 7 errores, 1 produjo 10 errores, 1 produjo 12 errores, 1 produjo 13 errores, 1 produjo 15 errores.

Tabla 6: *Descriptivos del proceso: Omisión de elementos tónicos.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	21	56,8
	1	7	18,9
	2	4	10,8
	3	2	5,4
	4	2	5,4
	6	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 21 niños no produjeron el proceso de simplificación fonológica mencionado, 7 produjeron 1 error, 4 produjeron 2 errores, 2 produjeron 3 errores, 2 produjeron 4 errores, 1 produjo 6 errores.

Tabla 7: *Descriptivo del proceso: Metátesis.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	27	73,0
	1	9	24,3
	3	1	2,7

	Total	37	100,0
--	-------	----	-------

Nota: 27 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 9 produjeron 1 error, 1 produjo 3 errores.

Tabla 8: *Descriptivo del proceso: Epéntesis.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	19	51,4
	1	15	40,5
	2	2	5,4
	3	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 19 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 15 produjeron 1 error, 2 produjeron 2 errores, 1 produjo 3 errores.

Tabla 9: *Descriptivo del proceso: Reducción de diptongo.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	25	67,6
	1	4	10,8
	2	3	8,1
	3	2	5,4
	4	1	2,7
	5	2	5,4
	Total	37	100,0

Nota: 25 niños no produjeron el proceso mencionado, 4 produjeron 1 error, 3 produjeron 2 errores, 2 produjeron 3 errores, 1 produjo 4 errores, 2 produjeron 5 errores.

En las siguientes tablas se visualizan los procesos de simplificación fonológica de asimilación.

Tabla 10: *Descriptivo del proceso: Asimilación dental.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	17	45,9
	1	7	18,9
	2	6	16,2
	3	1	2,7
	4	3	8,1
	5	2	5,4
	12	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 17 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 7 produjeron 1 error, 6 produjeron 2 errores, 1 produjo 3 errores, 3 produjeron 4 errores, 2 produjeron 5 errores, 1 produjo 12 errores.

Tabla 11: *Descriptivo del proceso: Asimilación Velar.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	18	48,6
	1	10	27,0
	2	7	18,9
	3	1	2,7
	4	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 18 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 10 produjeron 1 error, 7 produjeron 2 errores, 1 produjo 3 errores, 1 produjo 4 errores.

Tabla 12: *Descriptivo del proceso: Asimilación labial.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	24	64,9
	1	7	18,9
	2	4	10,8
	4	2	5,4
	Total	37	100,0

Nota: 24 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 7 produjeron 1 error, 4 produjeron 2 errores, 2 produjeron 4 errores.

Tabla 13: *Descriptivos del proceso: Asimilación Nasal.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	25	67,6
	1	11	29,7
	2	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 25 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 11 produjeron 1 error, 1 produjo 2 errores.

Tabla 14: *Descriptivo del proceso: Asimilación idéntica.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	29	78,4
	1	5	13,5
	2	3	8,1
	Total	37	100,0

Nota: 29 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 5 produjeron 1 error, 3 produjeron 2 errores.

Tabla 15: *Descriptivo del proceso: Asimilación a fonemas líquidos.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	30	81,1
	1	6	16,2
	2	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 30 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 6 produjeron 1 error, 1 produjo 2 errores.

Tabla 16: *Descriptivo del proceso: Asimilación vocálica.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	35	94,6
	1	2	5,4
	Total	37	100,0

Nota: 35 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 2 produjeron 1 error.

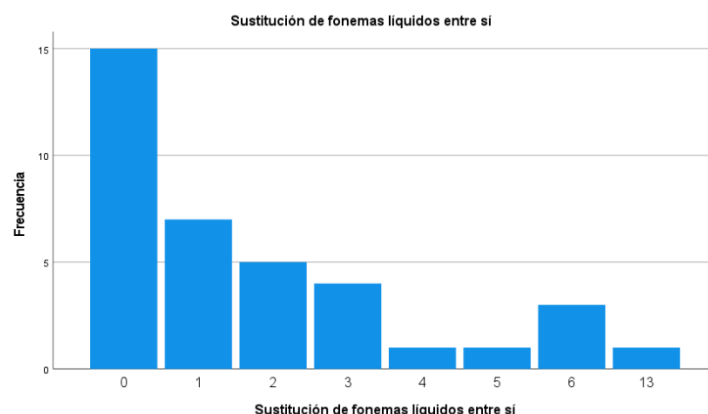
Tabla 17: *Descriptivos del proceso: Asimilación palatal.*

		Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de procesos.	0	36	97,3
	3	1	2,7
	Total	37	100,0

Nota: 36 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 1 produjo 3 errores.

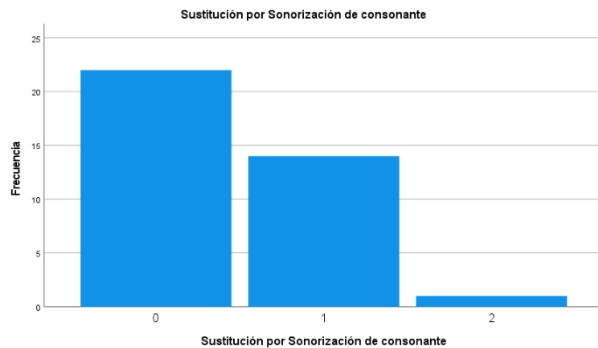
En los siguientes gráficos se presentan los *procesos de sustitución*.

Gráfico 4: *Descriptivo del proceso: Sustitución de fonemas líquidos entre sí.*



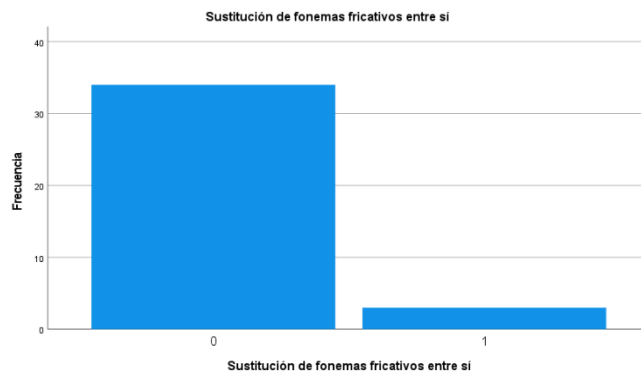
Nota: 15 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 7 produjeron 1 error, 5 produjeron 2 errores, 4 produjeron 3 errores, 1 produjo 4 errores, 1 produjo 5 errores, 3 produjeron 6 errores, 1 produjo 13 errores.

Gráfico 5: *Descriptivo del proceso: Sustitución por sonorización de consonante.*



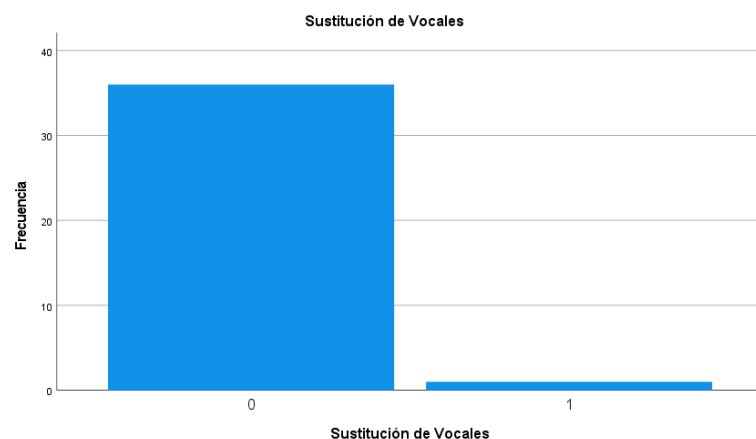
Nota: 22 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 14 produjeron 1 error, 1 produjo 2 errores.

Gráfico 6: *Descriptivo del proceso: Sustitución de fonemas fricativos entre sí.*



Nota: 34 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 3 produjeron 1 error.

Gráfico 7: *Descriptivo del proceso: Sustitución de vocales.*



Nota: 36 sujetos no produjeron el proceso mencionado, 1 produjo 1 error.

Análisis y Conclusiones

Retomando la teoría de la Fonología Natural difundida por Stampe (1969) e Ingram (1983), la cual plantea que “el niño escucha la palabra proporcionada por el adulto y, al intentar reproducirla, la emite simplificada fonológicamente por lo cual utiliza un conjunto sistemático de estrategias denominadas procesos de simplificación fonológica (PSF)”. Esta teoría, además de la adquisición de fonemas, consiste también en la eliminación paulatina de estos procesos hasta que se produce la palabra igual al modelo adulto (Galceran Bosch, 2004), momento en el que hay mayor inteligibilidad en el lenguaje alrededor de los 4 años.

Por lo antes expuesto y teniendo en cuenta el objetivo planteado en la presente investigación “*Conocer los procesos de Simplificación Fonológica en niños de cuatro años pertenecientes al Jardín Independiente N°13 de la Ciudad de Río Colorado, Provincia de Río Negro*”, se abordan las siguientes conclusiones:

- En el nivel de desempeño **Normal** se encuentra la mayor parte del total de la muestra, representado por el 70.3% (veintiséis sujetos). Teniendo en cuenta que dentro de este nivel y para la edad analizada es esperable entre 1 a 14 procesos según lo estipulado en el TEPROSIF-R. Este rango propone que la cantidad de procesos de simplificación fonológica emitida por los sujetos de la muestra es lo esperable para su edad por lo que su desempeño fonológico no presenta problemas ya que, a menores emisiones de procesos simplificados, mejor será el desempeño fonológico.
- En el nivel de desempeño **Riesgo** se encuentra el 10.8% (4 sujetos). En dicho nivel y para la edad analizada, es esperable entre 15 a 20 procesos según las autoras Pavez, et. al (2009). Este rango evidencia que los sujetos de la muestra están descendidos en relación a lo esperable para su edad.
- En el nivel de **Déficit** se encuentra el 18.9% (7 sujetos). De este nivel y para la edad analizada es esperable 21 procesos o más según los resultados del test utilizado. Dicho desempeño significa que los sujetos de la muestra presentan dificultades en su desarrollo fonológico.
- Los procesos de simplificación fonológica que se visualizan de mayor a menor frecuencia: *de los procesos de estructura de la sílaba y la palabra* se evidencia que el error más común es “omisión de elementos átonos” el cual se da con una frecuencia de quince errores en un mismo sujeto, trece errores en otro sujeto y doce errores en otro niño, siendo las palabras /frefrixador/, /elikoptero/, /edifisio/ las que mayormente se emiten simplificadaamente.

El segundo error más común es “omisión de coda silábica” el cual se da con una frecuencia de doce errores en un mismo sujeto, once errores en otro sujeto. Siendo las palabras /elikoptero/, /kuaderno/ y /alfombra/ las que más se emiten simplificadaamente. Y el tercer proceso más común es “reducción de grupo consonántico” que se da con una frecuencia de siete emisiones en un mismo sujeto siendo las palabras /frefrixador/, /alfombra/ y /tren/ que más se repiten en dicho proceso. Según la teoría de la Fonología Natural, las simplificaciones estructurales de “omisión de coda silábica” y “reducción de grupo consonántico” son las que frecuentemente se emiten por los niños pequeños.

-De los *procesos de asimilación* el error que más se repite en la muestra es “asimilación dental” el cual se da con una frecuencia de doce errores en un mismo sujeto, siendo la palabra /gitaña/ la que más simplificada fonológicamente se emite. Se observa que los niños de la muestra produjeron ocho tipos de procesos de asimilación (asimilación dental, asimilación velar, asimilación labial, asimilación nasal, asimilación idéntica, asimilación a fonemas líquidos, asimilación vocálica, asimilación palatal).

-En cuanto a los *procesos de sustitución*, se visualiza que el proceso que más se emite es el de “sustitución de fonemas líquidos entre sí” el cual se da con una frecuencia de

trece producciones en un mismo sujeto. En este proceso, las palabras que más se emiten con simplificación fonológica son /mikro/ y /gofo/. Se observa que en el total del proceso de simplificación hay un error más que en el de asimilación dental, son menores los errores de sustitución ya que solo se evidencia que la muestra produjo tres de estos (Sustitución de fonemas líquidos entre sí, sustitución por sonorización de consonante, sustitución de fonemas fricativos entre sí). Lo expuesto de los procesos de asimilación y sustitución se corresponde con lo propuesto por el TEPROSIF que, según las autoras Pavez et. al (2009) “se considera que existe sustitución sólo cuando el cambio de un fonema por otro no es explicable por asimilación”.

- Concluyendo con lo antes expuesto y teniendo en cuenta lo que refiere Storti (como se citó en Test para evaluar procesos de simplificación fonológica TEPROSIF-R. III Edición, 2009), en los resultados se destaca la disminución de los procesos de simplificación fonológica para la edad de 4 años ya que la mayor parte del total de la muestra se engloba en el nivel de desempeño normal.
- En base al instrumento de recolección de datos, se puede apreciar que es fácil de entender tanto para el fonoaudiólogo ya que se presenta una explicación clara y sencilla del TEPROSIF-R, como para el sujeto en lo que respecta a la consiga la cual es simple y concreta, además, en la frase modelo se presenta la palabra clave que luego el niño debe repetir en la frase que emite y también en lo que respecta a los dibujos-estímulos, los cuales son representativos de lo que se le solicita al niño que emita en su frase. Se observa que es de rápida aplicación, es sencillo de analizar ya que arroja un nivel de desempeño fonológico por lo que se puede intervenir de acuerdo a los resultados. Por tal motivo, es una importante herramienta para la disciplina.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

- Cervera-Mérida, J.F. e Ygual-Fernández, A. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Revista de Neurología*, 36 (1), 39-53.
- Galceran Bosch, L. (2004). *Evaluación Fonológica del Habla Infantil*. Ediciones: MASSON. Barcelona (España).
- Gleason Berko, J. y Rathaer, N. (2010). *El desarrollo del Lenguaje*. Ediciones: PEARSON EDUCACION, S.A. Madrid.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. IV Edición. Ediciones: Mc. Graw Hill. Interamericana. México.
- Maggio, V. (2020). *Comunicación y lenguaje en la infancia*. I Edición. Ediciones: Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Pavez, M., Maggiolo, M. y Coloma, C. (2009). *Test para evaluar procesos de simplificación fonológica TEPROSIF-R*. III Edición. Ediciones: Universidad Católica de Chile.

Experiencias de aprendizaje en el marco del Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario

Learning experiences of the Elective Practices of Phonoaudiology System of the Bachelor's Degree in Phonoaudiology of the College of Medical Sciences of the National University of Rosario

Recibido para publicar el 11 de junio de 2025.
Aceptado para su publicación el 22 de julio de 2025.
Versión final 4 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo: Arteaga, Ma. Victoria²⁶ y Felice, Ma. Fernanda²⁷. **Experiencias de aprendizaje en el marco del Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 102- 111

Resumen

El presente trabajo tiene por propósito abordar las prácticas preprofesionales desarrolladas en el Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (SPOF, FCM, UNR) y su contribución a la formación de grado de la comunidad estudiantil. Este artículo podría enmarcarse en un informe técnico sobre las prácticas finales de la comunidad estudiantil de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR).

Se presentan los fundamentos teóricos y propósitos del SPOF (2024), se analizan las experiencias de aprendizaje realizadas por las estudiantes, como así también sus decisiones respecto de la elección de las instituciones, los subsistemas de salud, las acciones destinadas a la atención y al cuidado de la salud, las áreas de intervención, las poblaciones y los sujetos de la atención. Además, se toman en cuenta los resultados de las evaluaciones y autoevaluaciones realizadas por las practicantes, y las valoraciones expresadas por las tutoras docentes, que acompañaron y supervisaron sus prácticas.

Se comprende que la educación superior vinculada a la formación de futuros/as profesionales de la salud, en general, y de los/as profesionales de la fonoaudiología, en particular, debe promover experiencias de aprendizaje que posibiliten articular los conocimientos teóricos con las prácticas clínicas inherentes a su campo disciplinar, destacando la relevancia del abordaje integral e interdisciplinario en las intervenciones vinculadas al cuidado y a la atención de la salud de las comunidades y personas.

Palabras clave: Prácticas preprofesionales, universidad, salud, fonoaudiología.

Abstract

This project proposes to address the pre-professional practices developed in the Optional Practices of Phonoaudiology System of the School of Phonoaudiology of the College of Medical Sciences of the National University of Rosario (SPOF, FCM, UNR) and

²⁶ Lic. en Fonoaudiología. Prof. adjunta del Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas (SPOF) y docente de Introducción a la Salud Pública de la Escuela de Fonoaudiología (FCM- UNR). arteaga.mv@gmail.com

²⁷ Lic. en Fonoaudiología. Esp. en Alfabetización e Inclusión. Prof. Titular de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico (FCM, UNR). Directora de la Carrera de Posgrado Especialización en Alfabetización e Inclusión (UNR). ferfelice23@gmail.com

their contribution to the undergraduate training of the student community. This article is a technical report on the final practices of the student community of the Bachelor's Degree in Phonoaudiology (FCM, UNR).

The theoretical foundations and purposes of the SPOF (2024) are presented, the learning experiences of students are analyzed, as well as their decisions regarding the choice of healthcare institutions and subsystems, healthcare actions, areas of intervention, populations and subjects of care. In addition, the results of the interns' evaluations and self-evaluations are considered, as well as the assessments expressed by the teacher tutors, who accompanied and supervised their internship or practices. Higher education linked to the training of future health professionals, in general, and phonoaudiology professionals, in particular, must promote learning experiences that enable the articulation of theoretical knowledge with the clinical practices inherent to their disciplinary field., This implies highlighting the relevance of a comprehensive and interdisciplinary approach in interventions related to the care and health attention of communities and individuals.

Key words: Pre-professional practices, university, health, phonoaudiology.

Introducción

El Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas (SPOF) de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (FCM, UNR) es implementado desde el año 2000. Se trata de un espacio de formación extracurricular que propone el desarrollo de prácticas en diferentes instituciones situadas en la ciudad de Rosario, así como también en otras localidades y provincias de la República Argentina. Está dirigido a estudiantes avanzados/as de la carrera, que han finalizado el cursado de la carrera, y pretende contribuir al fortalecimiento de los saberes compartidos, la responsabilidad social universitaria, el trabajo interdisciplinario, el pensamiento crítico, la vinculación comunitaria y la formación profesional de los/as futuros/as graduados/as, al brindar la posibilidad de realizar prácticas relacionadas al campo disciplinar de la fonoaudiología.

A partir del año 2024, el nuevo equipo docente planteó ampliar y diversificar las experiencias propuestas, tomando en cuenta la creación y el funcionamiento del Instituto Universitario de Fonoaudiología Aplicada de Rosario (IUFAR, FCM), el nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (2024) y la inclusión de nuestra disciplina en el Artículo N.º 43 de la Ley de Educación Superior Argentina N.º 24.521 (2020), hechos que se presentan como una brújula, que debe promover la ampliación y construcción de nuevas prácticas para la formación profesional de grado. Ello implica reconocer, también, que es necesario reafirmar el compromiso de trabajar por la generación de cargos en efectores públicos de salud y en ámbitos educativos que contemplen la importancia que implica el cuidado de la comunicación humana.

En este sentido, se considera imprescindible gestar una mayor participación de los/as estudiantes en experiencias vinculadas a las actividades reservadas de nuestra disciplina, destacando la importancia del abordaje interdisciplinario en los diferentes niveles de atención de la salud, que posibiliten el desarrollo de acciones en el nivel primario (promoción y prevención para el cuidado de la salud fonoaudiológica), en el segundo nivel (evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico de las problemáticas que afectan la comunicación) y en el tercer nivel (intervenciones de mayor especificidad en efectores de alta complejidad).

El presente proyecto plantea que las prácticas deben extenderse durante todo el ciclo lectivo, es decir, el equivalente a ocho meses de formación en el nivel superior de la educación. La carga horaria semanal no debe ser inferior a 10 horas ni superior a 20 horas. Las actividades a desarrollar, por los/as estudiantes, deben ser acordadas entre los/as tutores externos/as, que se desempeñan en cada institución, y el equipo docente del SPOF. Se comprende que, al tratarse de prácticas preprofesionales, debe contemplarse el aprendizaje de acciones vinculadas al

campo disciplinar de la fonoaudiología bajo el acompañamiento y la supervisión de sus referentes: profesionales y docentes. Se propone que la intensidad de las mismas podría ser distribuida en los tres niveles de atención de la salud en diversos contextos de intervención: centros de salud, centros de convivencia barrial, centros de acción familiar, hospitales del segundo nivel y tercer nivel de la red de atención de la salud, así como también en escuelas comunes y especiales, jardines, hogares, entre otras instituciones de la ciudad de Rosario, localidades de la provincia de Santa Fe y del resto del país, considerando los lugares de residencia de la comunidad estudiantil.

Las personas interesadas en participar del SPOF deben presentar su *currículum vitae*, la documentación que acredita los antecedentes presentados vinculados a su formación de pregrado (asistencia a congresos, jornadas, cursos, charlas, diplomaturas u otros espacios de formación), participación en proyectos de extensión universitaria, equipos de investigación y experiencias de formación docente, su historia académica y un plan de trabajo vinculado a la institución elegida. Ahora bien, respecto del primer año del nuevo proyecto propuesto e implementado, cabe mencionar que se inscribieron dieciséis estudiantes, quienes participaron de experiencias en instituciones de salud, públicas y privadas, dedicadas al abordaje de diferentes áreas de intervención: lenguaje, audición y deglución en distintas poblaciones.

Desarrollo

Fundamentación teórica

El presente proyecto se enmarca en el contexto de cambio curricular de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR) y en la incorporación de nuestra disciplina en el Artículo N.º 43 de la Ley de Educación Superior N.º 24.521 (2020). Ello implica contemplar los estándares mínimos de acreditación establecidos (ministeriales y con alcance a todas las carreras del país), que plantean la necesidad de ampliar las experiencias prácticas desarrolladas por estudiantes durante su formación de grado.

En este sentido, las actualizaciones planteadas pretenden gestionar prácticas en los tres niveles de atención a la salud de manera progresiva, procurando la articulación de los contenidos teóricos abordados en las trayectorias educativas y las acciones desarrolladas en los diferentes contextos de intervención inherentes al campo disciplinar de la fonoaudiología. Tal como lo expresa Freire (2010): “no hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable entre acción y reflexión y, por ende, que no sea praxis (p.97).” Sin dudas, en las experiencias prácticas, se pone en juego uno de los roles fundamentales de la universidad pública, puesto que el proceso de enseñanza y aprendizaje se sitúa en la realidad social, condición indispensable para conocer y leer críticamente la realidad que nos rodea, y contribuir a la formación de profesionales atentos/as a las necesidades y demandas de la comunidad.

En orden de lo antedicho, la Ley de Educación Superior Argentina N.º 24.521, en su Artículo 3º, asegura que: “la educación superior tiene por finalidad proporcionar formación científica, profesional, humanística y técnica en el más alto nivel, promover la generación y el desarrollo del conocimiento en todas sus formas, desarrollar actitudes y valores que requiere la formación de personas responsables, con conciencia ética y solidaria, reflexivas, críticas, capaces de mejorar la calidad de vida”. Se considera importante destacar que las experiencias prácticas ofrecidas a la comunidad estudiantil no sólo deben promover la apropiación de conocimientos teóricos, habilidades, destrezas, competencias y capacidades, para desempeñarse en el campo disciplinar. Además, deben constituir un aporte a la formación de profesionales de la salud, que desarrollen intervenciones para el cuidado y el abordaje de la comunicación, desde la ética y el respeto por los sujetos de la atención y las comunidades.

Al respecto, es necesario recordar que la salud es un derecho humano fundamental reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y, particularmente,

en nuestra Constitución Nacional. Rovere (1999) afirma que, por detrás del derecho a la salud, persiste el concepto de equidad y distingue tres tipos: la primera, y la más evidente, remite a la equidad en la atención. Es decir, las personas deben poder acceder a la misma posibilidad de servicios y éstos deben ser de semejante calidad. La segunda refiere a la equidad en la distribución de los riesgos de enfermar, de discapacitarse o de morir debido a causas evitables. La tercera se vincula con la distribución del saber y del poder en salud. En palabras del autor: “Estas tres equidades: en la atención, en la distribución de los riesgos y en la distribución del saber y del poder, configuran los rasgos básicos de lo que podríamos llamar el derecho a la salud” (Rovere 1999, p.13).

En consonancia con estas ideas, Stolkiner (2015) destaca los aportes realizados por la OMS y expresa que: “El derecho a la salud no significa el derecho a estar sano sino a tener el más alto nivel de salud posible. Por ello, no sólo abarca la atención oportuna, accesible, aceptable y de calidad; sino también la acción sobre los determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud...” (p.15).

En efecto, se comprende que la salud no puede ser concebida simplemente como un estado de equilibrio o bienestar inherente a un sujeto –que afecta exclusivamente su organismo–, sino como un proceso colectivo que requiere de políticas públicas destinadas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades que afectan a la población, de servicios que garanticen la atención, de condiciones de vida digna para las personas y de la circulación de los conocimientos acerca del cuidado de la salud compartido entre profesionales, instituciones y comunidades.

Al respecto, Ferrandini (2003) plantea que “trabajar en salud en un contexto global de exclusión significa, básicamente, trabajar para incluir, es decir, trabajar en la construcción de ciudadanía, lo que implica construir y defender la conciencia del derecho a la salud, a la que vez que construir, defender y vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho.” (p.1)

Por su parte, Contandriopoulos (2000) define a la salud como “una categoría compleja, socialmente construida, determinada no sólo por el patrón biológico, sino que es expresión y producto de una construcción social e histórica, que responde a factores sociales, políticos, culturales y económicos” (p.10). Este autor valora los aportes de Canguilhem (1992), quien sostiene que la salud es una cualidad humana fundamental, si se comprende que las personas son seres biológicos, vivientes, dinámicos y únicos; seres sociales en interacción permanente que habitan un determinado tiempo y espacio, que dependen de su medio ambiente y actúan sobre éste; que son seres de emociones, sensaciones, deseos e intenciones; que son seres de conocimiento y reflexión.

En este sentido, es fundamental el trabajo interdisciplinario en el abordaje de la comunicación humana y sus posibles perturbaciones. Stolkiner (1999) afirma que la participación en un equipo de salud implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, es decir, es necesario reconocer su incompletud. Esta renuncia sólo puede acontecer si se reconoce la complejidad propia de los procesos de crecimiento, desarrollo y aprendizaje por los que transitan las personas en su devenir como sujetos, que son parte de una determinada época, cultura y sociedad.

Por otra parte, y tomando en cuenta la relevancia de las experiencias prácticas en la formación de los/as profesionales de la salud, Esteve Ríos (1999) sostiene que la competencia no se determina sólo por lo que las personas saben o entienden, sino también por lo que pueden hacer (capacidades), lo que tienen el valor y la voluntad de hacer y lo que son (personalidad y

actitud). Saber hacer es un concepto complejo que integra a la vez tres componentes: el perfil personal determinado por aptitudes y rasgos de personalidad; los conocimientos adquiridos en la formación y los conocimientos adquiridos en la práctica profesional. El conjunto de los componentes hace competente a una persona para el desarrollo en un puesto de trabajo o, en términos más amplios, para el desempeño de una determinada profesión. Para lograr estas competencias, es fundamental que el proceso de evaluación sea compartido entre estudiantes y docentes. Santos Guerra (1996) sostiene que los protagonistas de la evaluación son todas las personas que intervienen en la actividad: docentes, estudiantes e instituciones. La finalidad de la evaluación debe tener por misión la mejora de las prácticas educativas a fin de contribuir al proceso de enseñanza y aprendizaje que los sujetos realizan. El modo de llevarla a cabo debe ser un proceso respetuoso y con reglas del ideal democrático.

En consonancia con estas ideas, Brown y Glasner (2003) plantean que es fundamental la autoevaluación de los/as estudiantes –entendida como la capacidad para examinar y evaluar, de manera crítica y objetiva, las propias decisiones, actuaciones y acciones desarrolladas en el proceso de enseñanza aprendizaje– tarea compleja que requiere de la participación activa y consciente de los/as estudiantes, como así también de las herramientas que los/as docentes pueden ofrecer para posibilitarla. En palabras de las autoras: “los estudiantes necesitan una práctica sistemática para juzgar su propio trabajo y obtener un *feedback* sobre su capacidad de hacerlo” (p.180). Esto favorece que la comunidad estudiantil se implique y se responsabilice de sus propios aprendizajes.

Los fundamentos teóricos antes citados, junto con la propuesta de actualización del SPOF, pretenden responder también al nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (2024), el cual plantea que se considera necesario incluir “contenidos teóricos y prácticos para aportar a una educación justa y de calidad, capaz de formar personas que actúen en libertad y con pensamiento crítico, comprometidas con las comunidades y su derecho a la salud en todas sus dimensiones. Para esta última premisa, es indispensable fortalecer las prácticas en terreno en cada uno de los trayectos de la carrera, en las acciones de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, recuperación y rehabilitación” (p.4).

Ahora bien, respecto de la implementación del proyecto durante el año 2024, de las dieciséis estudiantes inscriptas, diez realizaron sus prácticas durante los ocho meses correspondientes al ciclo lectivo, cuatro solicitaron una prórroga para continuar con estas experiencias durante cuatro meses más, mientras que dos estudiantes decidieron finalizar sus prácticas antes de los plazos previstos, en un caso, por cuestiones laborales y, en el otro, por haber obtenido el título de Licenciada en Fonoaudiología al aprobar el trabajo final-tesina.

Es importante mencionar que, de las dieciséis estudiantes inscriptas, doce de ellas eligieron instituciones de la salud privada, dedicadas al segundo nivel de atención, mientras que sólo cuatro optaron por efectores públicos de salud de la ciudad de Rosario. Dentro de esta última elección, tres alumnas realizaron sus prácticas en una institución abocada a la evaluación, al diagnóstico y a la rehabilitación de alteraciones auditivas en diferentes etapas de la vida, mientras que solamente una estudiante participó de acciones para la promoción de la salud y la prevención, en el primer nivel de atención, en dos centros de salud municipales. Respecto de las personas que se interesaron por desarrollar experiencias de aprendizaje en espacios privados, sus motivaciones remitieron a determinadas áreas de intervención y a la especificidad de ciertas prácticas clínicas vinculadas al abordaje de las alteraciones del lenguaje adulto y la deglución, a la clínica de la audición y a las intervenciones terapéuticas en las problemáticas del desarrollo infantil.

Tabla N. ° 1: Subsistemas de salud elegidos por las estudiantes del SPOF 2024

Cantidad de estudiantes practicantes	Subsistemas de salud elegidos
4	Público

12	Privado
----	---------

Tabla N. ° 2: Niveles de atención de la salud donde se desarrollaron las prácticas del SPOF durante el ciclo lectivo 2024

Cantidad de estudiantes practicantes	Niveles de atención de la salud
1	Primer nivel de atención (APS)
15	Segundo nivel de atención

Tabla N. ° 3: Áreas de intervención del campo disciplinar de la fonoaudiología elegidas por las estudiantes del SPOF 2024

Cantidad de estudiantes practicantes	Áreas de intervención del campo disciplinar de la fonoaudiología
3	Lenguaje en la infancia
6	Audición en diferentes etapas de la vida
7	Deglución en adultos/as y adultos/as mayores

Los datos muestran que, en la mayoría de los casos, los intereses de las estudiantes se centran en el desarrollo de acciones destinadas a la evaluación diagnóstica, al abordaje terapéutico, al tratamiento y/o a la recuperación, dejando de lado las intervenciones vinculadas a la promoción de la salud y la prevención. Esto evidencia que es necesario continuar realizando propuestas de aprendizaje que trasciendan al modelo tradicional de la salud que, en palabras de Saforcada (2010), ha dado lugar a concepciones y prácticas que ubican como objeto de estudio a la enfermedad y a los sujetos como pacientes, motivo por el cual las personas suelen ser concebidas como individuos escindidos de su medio social. Para ello, es fundamental pensar las intervenciones clínicas, teniendo en cuenta las condiciones de vida de las personas y comunidades, las cuales impactan en los procesos de salud y en los riesgos de enfermar; como así también es importante generar espacios de formación que apuesten al desarrollo de prácticas integrales desde paradigmas de reflexión crítica.

Ahora bien, más allá de la responsabilidad que le compete a la universidad pública en la construcción de conocimientos y experiencias, que atiendan al cuidado de la salud y no sólo a la atención ante la emergencia de enfermedades o patologías que afectan la vida de las personas, es posible hipotetizar que el escaso interés de las estudiantes, que realizaron las prácticas durante el ciclo lectivo 2024, respecto de la atención primaria de la salud, podría vincularse con factores que podrían enmarcarse en diferentes ejes de análisis.

- Formación de grado:

El antiguo Plan de Estudios de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR), implementado hasta el 2024, propone abordar contenidos vinculados a la salud pública en el último año de cursado de la carrera. Entonces es posible advertir que los/as alumnos/as no cuentan con los saberes y las experiencias necesarias para conocer y valorar las acciones destinadas a la promoción y la prevención desde los inicios de su formación. Y, si bien la mayor apuesta se vincula con la clínica fonoaudiológica en las diferentes áreas de intervención de la fonoaudiología, la comunidad estudiantil expresa que cuenta con limitados saberes respecto del abordaje de la población adulta y adulta mayor, como así también de determinadas problemáticas que afectan la salud de esta comunidad. Se considera necesario contemplar estas particularidades del diseño curricular, para comprender y contextualizar las decisiones tomadas por las alumnas, en lo que respecta a sus prácticas finales.

- Perspectivas laborales futuras

Los/as estudiantes que se encuentran próximos/as a graduarse, a lo largo de estos últimos años, conforme a los apremios económicos y al contexto social de nuestro país, expresan sus preocupaciones acerca de su futuro laboral. En este sentido, conviene señalar que

los cargos destinados a profesionales de la fonoaudiología en el subsistema de salud pública son insuficientes mientras que, en el ámbito privado, las posibilidades de ingresar al mercado del trabajo son amplias y numerosas, más allá de la precarización laboral relativa a los ingresos ofrecidos. Asimismo, resulta pertinente mencionar que el discurso médico rehabilitador permanece vigente en el contexto de la salud y se replica a través de los medios de comunicación y redes sociales. Esto conduce a que los/as profesionales de la salud se adapten a nuevos requerimientos de mayor especificidad clínica, para la atención, el tratamiento, rehabilitación y/o recuperación de patologías conocidas y nuevas clasificaciones diagnósticas que circulan en la actualidad.

- Contexto particular de la ciudad de Rosario:

La violencia que lastima a toda la sociedad rosarina, desde hace tiempo, ha afectado significativamente a las instituciones públicas dedicadas al cuidado de la salud y a la educación durante el año 2024. Cabe mencionar que diferentes escuelas y centros de salud de Rosario sufrieron amenazas y balaceras. Es posible conjeturar que esto puede haber incidido en las decisiones de las estudiantes, al momento de elegir los espacios de formación práctica.

- Contexto actual de la República Argentina:

Es innegable que, desde su asunción, el gobierno nacional se ha dedicado a agredir y menospreciar a los/as profesionales de diferentes disciplinas, que se desempeñan en efectores públicos de salud, y a todos/as los/as trabajadores/as del estado. Los ataques constantes, el amedrentamiento y la falta de reconocimiento a quienes se ocupan de cuidar la salud de toda la comunidad y, sobre todo, de los sujetos siempre postergados, podría incidir en las decisiones tomadas por las estudiantes. Es posible advertir que la coyuntura actual no contribuye a que los/as futuros/as graduados/as elijan apostar a formarse y ejercer su profesión en condiciones que atentan contra los derechos de los/as usuarios/as y trabajadores/as del sistema público de la salud.

Con relación a los procesos de evaluación y autoevaluación realizados por las estudiantes, todas destacan la relevancia de las prácticas propuestas por el SPOF y los aprendizajes logrados bajo la supervisión y el acompañamiento brindado por sus tutoras docentes. Aseguran que se apropiaron de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas requeridas para el ejercicio profesional y su futuro laboral. Reconocen la necesidad del abordaje integral e interdisciplinario, al momento de desarrollar intervenciones para el cuidado y la atención de la salud de las personas y comunidades. La mayoría de las practicantes expresa que el Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas debería ser obligatorio, es decir, debería ser parte del diseño curricular de la carrera.

En acuerdo con estas ideas, las profesionales, que se desempeñaron como tutoras docentes, valoran los aprendizajes alcanzados por las alumnas y afirman que se encuentran capacitadas para desempeñarse como profesionales de la fonoaudiología, en tanto han conseguido construir nuevos saberes e implementar diferentes intervenciones inherentes al campo disciplinar.

Por último, es pertinente mencionar que, al finalizar el año, se realizó un encuentro entre los diferentes espacios de prácticas de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR). Participaron estudiantes y docentes de la Cátedra Taller III - Prácticas Preprofesionales, asignatura correspondiente al quinto año de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología, del Sistema de Prácticas Optativas de Fonoaudiología (SPOF) y del Dispositivo de Concurrencias Fonoaudiológicas (DICO) destinado al desarrollo de prácticas para graduadas. Se realizó en el marco de una clase pública, donde las protagonistas fueron las alumnas y graduadas, quienes relataron, en primera persona, las experiencias prácticas por las que transitaban. Dicho encuentro posibilitó conocer los distintos espacios de prácticas, que brinda la Escuela de Fonoaudiología, profundizar en el conocimiento acerca de las instituciones que participan y de las acciones que se desarrollan, y reconocer la labor fundamental que llevan adelante las tutoras

docentes de las plazas oferentes y su aporte clave para sostener las prácticas preprofesionales en el contexto de la educación pública y de calidad.

Conclusiones

Durante el ciclo lectivo 2024, dieciséis estudiantes se inscribieron para desarrollar las prácticas propuestas por el SPOF. En lo que respecta a las instituciones y los subsistemas de salud elegidos, cuatro estudiantes optaron por realizar sus prácticas en efectores públicos de salud, tres de ellas en el segundo nivel de atención y solamente una en centros de salud dedicados a la atención primaria de la salud (APS). Las doce alumnas restantes seleccionaron instituciones privadas.

Respecto de las áreas de intervención, las alumnas optaron por el abordaje de las problemáticas del lenguaje y la deglución en personas adultas y adultas mayores, la clínica de la audición en sujetos de diferentes edades, y la clínica del lenguaje en la infancia.

Con relación a las acciones fonoaudiológicas, se observa mayor interés por las prácticas clínicas vinculadas a la evaluación, al diagnóstico, al tratamiento y a la rehabilitación debido a que quince estudiantes seleccionaron instituciones del segundo nivel de atención. Sólo una estudiante optó por estrategias para la promoción de la salud y la prevención en APS.

En cuando a la evaluación y autoevaluación de las experiencias de aprendizaje, las alumnas señalan que las prácticas desarrolladas contribuyeron a su futura formación profesional; que lograron adquirir conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para desarrollar intervenciones fonoaudiológicas en las instituciones elegidas; y que consiguieron articular los saberes teóricos con la práctica clínica o en el territorio. Valoran la concepción de salud integral, la relevancia del trabajo interdisciplinario y el acercamiento a las comunidades y los sujetos de la atención.

Con relación a las valoraciones expresadas por las tutoras docentes, que acompañaron y supervisaron las prácticas, las mismas resaltan los aprendizajes conquistados por las estudiantes, al mismo tiempo que destacan su compromiso, su entusiasmo y su responsabilidad en las tareas realizadas. En todos los casos, aseguran que las alumnas se encuentran capacitadas para desempeñarse en las áreas de intervención y contextos laborales relacionados a sus experiencias de aprendizaje preprofesionales desarrolladas en el marco del SPOF.

Por todo lo expuesto, es necesario continuar promoviendo experiencias de aprendizaje en diferentes instituciones, en los tres niveles de atención de la salud, con el propósito de que los/as futuros profesionales de la fonoaudiología puedan desarrollar acciones para el cuidado y la atención de la salud, en las distintas áreas de intervención y en diversos contextos laborales. Para lograrlo, es fundamental atender a los nuevos desafíos que atraviesa nuestra disciplina, a las transformaciones que requiere la formación académica de los/as futuros graduados/as y a las demandas actuales de la sociedad. Además, es imprescindible correr la mirada del modelo tradicional de la salud, a fin de realizar una apuesta por las diversas acciones del campo disciplinar de la fonoaudiología, evitando que las mismas dejen de lado la promoción y la prevención, al centrarse exclusivamente en prácticas clínicas destinadas a la evaluación diagnóstica, el tratamiento y la rehabilitación.

En este sentido, pensando en las perspectivas futuras del Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas, se espera que el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR 2024), que comenzó a implementarse en el ciclo lectivo 2025, el cual contempla explícitamente la necesidad de abordar la perspectiva de derechos humanos y, particularmente, el derecho a la salud, en lo que respecta al perfil profesional de los/as futuros/as graduados/as, promueva el acercamiento de la comunidad estudiantil a conocimientos y experiencias vinculados a la salud pública desde el inicio del cursado, a fin de que la formación contribuya al interés y al compromiso con el desarrollo de acciones para la promoción y la prevención, procurando que las intervenciones fonoaudiológicas no se centren

exclusivamente en las prácticas clínicas relativas a la evaluación, al diagnóstico, al abordaje terapéutico, al tratamiento, a la recuperación y/o rehabilitación. Respecto del espacio extracurricular, que ofrece el SPOF, se pretende profundizar en la gestión de jornadas de formación y prácticas, a fin de fortalecer el compromiso con la salud pública, entendida como un derecho fundamental de las comunidades y personas usuarias, como así también de los/as trabajadores/as que se desempeñan en centros de salud municipales y hospitales provinciales abocados a los procesos de atención-cuidado de la salud.

Colaboraciones y agradecimientos

Agradecemos a los efectores públicos e instituciones privadas de la salud que brindan plazas para el desarrollo de las prácticas del SPOF, así como también a las profesionales de la fonoaudiología, que supervisan y acompañan a los/as estudiantes avanzados/as de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR), contribuyendo a su formación profesional.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Brown, S. y Glasner, A. (2003). Evaluar en la Universidad. Problemas y nuevos enfoques. Narcea S.A. de Ediciones.
- Canguilhem, G. (1992). La santé, vérité du corps. In M.A. Bernadis M-A (Éd), *L'homme et la santé*. Paris: Seuil.
- Contandriopoulos, A-P. (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, Vol. 11 N° 1. pp. 86-99.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Esteve Ríos, N (1999), Competencias y desarrollo profesional. Educación Médica. V. 2, núm. 2, España, Doyma
- FACAF. (2020). TRANSCENDENCIA DEL INGRESO DE LA FONOAUDIOLOGÍA AL ARTÍCULO 43 DE LA LES. <http://fonoaudiologiafacaf.blogspot.com/2020/06/transcendencia-del-ingreso-de-la.html>
- Facultad de Ciencias Médicas. (2024). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Fonoaudiología*. [Plan de estudios]. <https://fcm.unr.edu.ar/fonoaudiologia-plan-2024/>
- Ferrandini, D. (febrero de 2017). Trabajar en atención primaria de la salud. Boletín Capacita Salud.
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. https://comunidades2.campusvirtualunr.edu.ar/pluginfile.php/1489508/mod_resource/content/3/Concepciones%20Salud-20D%C3%A9bora%20Ferrandini.pdf
- Freire, P. (2010). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología N°27.568 (octubre de 2020). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027>
- Ley de Educación Superior Argentinas N°24.521 (agosto de 1995) <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>
- OMS. (1978) Introducción a la preparación de planes de estudio basados en la competencia. Cuadernos de Salud Pública.
- Resolución 161/2020. RESOL-2020-161-APN-ME (abril de 2020). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/fonoaudiologia-2020-161-apn-me.pdf>
- Rovere, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

- Saforcada, E. (2010). *Acerca del concepto de salud comunitaria*.
<http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>
- Santos Guerra M. A. (1996), Evaluación Educativa, Buenos Aires. Ed. Magisterio del Río de la Plata.
- Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/ salud colectiva latinoamericano. En: *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*. Ed. Dr. Jaime Llambías- Wolff RIL Editores.
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.
<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.html>

Proyecto de extensión. Ingreso escolar: evaluación del lenguaje en tiempos de infancia

Extension Project. School entry: language assessment in childhood

Recibido para publicar el 10 de junio de 2025

Aceptado para su publicación el 4 de agosto de 2025

Versión final 8 de agosto de 2025

Cómo citar este artículo: Felice, Ma. Fernanda²⁸; Molina, Silvana A. ²⁹; Crespi, Ma. Florencia ³⁰; Francesconi, Luciana Ma.³¹; Ercila, Abril; Ramos, Antonella³² y Bossi, Celina³³. **Proyecto de extensión. Ingreso escolar: evaluación del lenguaje en tiempos de infancia.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 112- 121

Resumen

Este artículo expone el proyecto de extensión de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (FCM, UNR), que fue implementado durante el ciclo lectivo 2024. Se desarrolló la evaluación del lenguaje vinculada al ingreso escolar de los/as niños/as, que concurrían al primer grado de la Escuela N.º 6055 “Simón de Iriondo” de la ciudad de Rosario, tomando en cuenta que el gobierno de la provincia de Santa Fe, a través de la Dirección Provincial de la Salud de la Niñez y Adolescencia, establece una serie de controles médicos, a fin de conocer el estado de salud de las infancias, contemplando los efectos que ciertas patologías podrían ocasionar en el aprendizaje escolar.

Este proyecto propuso estrechar nuevos lazos entre la universidad y la comunidad; promover experiencias prácticas que contribuyan a la formación de grado de los/as futuros/as licenciados/as en fonoaudiología; abordar el impacto de las problemáticas del lenguaje en el aprendizaje escolar; realizar la evaluación y el informe de lenguaje solicitados para el ingreso escolar; ofrecer asesoramiento a docentes y familias; brindar atención a los sujetos que necesiten intervenciones terapéuticas.

Se llevó a cabo la evaluación de 68 niños/as. Los resultados muestran que 38 niños/as se encuentran transitando el proceso de adquisición lingüística de acuerdo a lo esperable para su edad y etapa del desarrollo, 21 de ellos/as sólo presentan dificultades articulatorias (dislalias) y 9 efectivamente presentan problemáticas del desarrollo del lenguaje.

Palabras clave: Educación superior, experiencias prácticas, ingreso escolar, lenguaje, infancia.

²⁸ Lic. en Fonoaudiología. Esp. en Alfabetización e Inclusión. Prof. Titular de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico (FCM, UNR). Directora de la Carrera de Posgrado Especialización en Alfabetización e Inclusión (UNR). ferfelice23@gmail.com

²⁹ Lic. en Fonoaudiología. Docente de la Lic. en Fonoaudiología (FCM, UNR). Ejercicio de la profesión en las áreas de lenguaje, aprendizaje y fonoestomatología en niños, niñas y adolescencia. silvana.molina70@yahoo.com.ar

³⁰ Lic. en Fonoaudiología. Docente de la Lic. en Fonoaudiología. (FCM, UNR). Especialista en Alfabetización e Inclusión (CEI). Ejercicio de la profesión en las áreas de lenguaje, aprendizaje y fonoestomatología en niñas, niños y adolescentes. mariaflorenciacrespi@gmail.com

³¹ Lic. en Fonoaudiología. Docente e integrante del equipo de gestión de la Escuela de Fonoaudiología, (FCM, UNR). Ejercicio de la profesión en las áreas de lenguaje, aprendizaje y fonoestomatología en niñas, niños y adolescentes. lucianaf_87@hotmail.com

³² Ayudante estudiante de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Carrera de Lic. en Fonoaudiología (FCM, UNR). antonellaramos14@gmail.com

³³ Ayudante estudiante de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR). celi.bossi.9@gmail.com

Abstract

This article presents the extension project of the Chair of Language and Pathological Learning of the Bachelor's Degree in Phonoaudiology of the School of Medical Sciences of the National University of Rosario (FCM, UNR), which was implemented during the 2024 academic year. Language evaluation related to school entry of children attending the first grade of School No. 6055 'Simón de Iriondo' in the city of Rosario was developed, considering that the government of the province of Santa Fe, through the Provincial Direction of Child and Adolescent Health, establishes a series of medical controls to know the health status of children, considering the effects that certain pathologies could have on school learning.

This project aimed to strengthen new ties between university and community; to promote practical experiences that contribute to the undergraduate training of future speech therapy graduates, to address the impact of language issues on school learning, to carry out the assessment and language report requested for school admission, and to offer guidance to teachers and families and to provide support to individuals who need therapeutic interventions.

A total of 68 children were evaluated. The results show that 38 children are progressing in the linguistic acquisition process as expected for their age and stage of development, 21 of them only have articulatory difficulties (dyslalia) and 9 do indeed present language development issues.

Key words: Higher education, practical experiences, school entry, language, childhood.

Introducción

El gobierno de la provincia de Santa Fe, a través de la Dirección Provincial de Salud de la Niñez y Adolescencia, establece una serie de controles médicos para conocer el estado de salud de los/as niños/as en distintos momentos del desarrollo y etapas de la escolaridad (nivel inicial: preescolar, nivel primario: primer y sexto grado). Se indica la evaluación de diferentes áreas del desarrollo infantil vinculadas a la oftalmología, odontología, audiología, otorrinolaringología y fonoaudiología, tomando en cuenta los efectos que ciertas patologías podrían ocasionar en el proceso de aprendizaje escolar. Respecto del campo disciplinar de la fonoaudiología, se solicita la evaluación de la audición y del lenguaje, aunque no se exige que estas acciones sean desarrolladas por profesionales de dicha disciplina. Se comprende que la capacidad para percibir los sonidos de y la lengua materna es fundamental para que las infancias puedan comunicarse, comprender, expresarse verbalmente y aprender. Mientras que el lenguaje es un sistema de comunicación y representación, que interviene en el desarrollo infantil y en los aprendizajes. Es por ello que la evaluación indicada en el ingreso escolar, en diferentes etapas de la niñez, es de suma relevancia, porque permite detectar problemáticas del desarrollo infantil, a fin de prevenir y atender el impacto que estas dificultades podrían ocasionar en el proceso de aprendizaje escolar, en general, y en la alfabetización, en particular.

En este sentido, el presente proyecto tuvo como propósito realizar la evaluación del lenguaje de niños/as, que asisten al primer grado del nivel primario, solicitada para el ingreso escolar, contemplando los contenidos y objetivos de la asignatura "Lenguaje y Aprendizaje Patológico" de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR). La población estuvo conformada por sujetos que no consiguen acceder a este derecho debido a que los efectores públicos de salud no logran responder a las demandas de la comunidad, al contar con escasos cargos destinados a profesionales de la fonoaudiología. Al respecto, Jasinski (2021) expresa que, de los 51 centros de atención primaria de la salud municipales de Rosario, solamente 25 cuentan con la asistencia de nueve profesionales de la fonoaudiología, que trabajan semanalmente en tres o cuatro centros de salud, con una modalidad matricial, sin poder abordar instancias terapéuticas individuales que son necesarias, más allá de la relevancia de las

acciones para la promoción del desarrollo infantil y la prevención de las problemáticas que acontecen en tiempos de infancia.

Se evaluó a 68 niños/as de primer grado, en el contexto escolar, tomando en cuenta las sugerencias del equipo directivo de la Escuela N.º 6055 “Simón de Iriondo”. En cada encuentro, participaron dos estudiantes y una docente de la cátedra. Se implementaron recursos lúdicos (juegos de secuencias temporales y categorías), en el marco de la interacción dialógica, para indagar acerca de la codificación lingüística (expresión) en sus diferentes niveles: fonémico, morfémico, sintagmático y discursivo, y de la decodificación verbal (comprensión). Se observa que 38 niños/as se encuentran transitando el proceso de adquisición lingüística de acuerdo a lo esperable para su edad, 21 de ellos/as sólo presentan dificultades articulatorias (dislalias) y 9 efectivamente presentan problemáticas del desarrollo del lenguaje. A éstos/as últimos/as se les ofreció atención en los consultorios de la Escuela de Fonoaudiología (FCM, UNR).

Dentro de las perspectivas futuras vinculadas al presente proyecto, por un lado, se pretende contribuir a la revisión del carnet de salud emitido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, a fin de proponer actualizaciones en los controles vinculados al campo disciplinar de la fonoaudiología. Por otra parte, se considera importante que los controles correspondientes al ingreso escolar ofrecidos incluyan la evaluación de la audición, que podría ser desarrollada por otras cátedras de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR), así como también sería interesante que la Escuela de Medicina se ocupara de realizar los controles pediátricos y oftalmológicos indicados. De este modo, la universidad podría contribuir al cuidado de la salud, para dar respuesta a determinadas demandas de la comunidad que no logran obtener respuesta; al mismo tiempo que se gestarían experiencias de aprendizaje para que los/as estudiantes puedan apropiarse de nuevos conocimientos relativos al abordaje interdisciplinario y a las prácticas clínicas vinculadas al campo disciplinar.

Objetivos

El presente proyecto de extensión planteó los siguientes objetivos vinculados al rol de la universidad, a la formación de grado de los/as estudiantes, a la comunidad y al equipo docente:

Objetivos generales

- Estrechar nuevos lazos entre la universidad y la comunidad.
- Promover experiencias prácticas destinadas a la formación de grado de los/as estudiantes.
- Destacar la importancia de los controles solicitados para el ingreso escolar y el impacto que las problemáticas del lenguaje ocasionan en el aprendizaje escolar.
- Desarrollar actividades para la promoción de la salud y la prevención de las problemáticas lingüísticas que suelen acontecer en la niñez.
- Realizar la evaluación y el informe de lenguaje solicitados por el ingreso escolar.
- Ampliar los datos solicitados y la modalidad de evaluación de los controles fonoaudiológicos correspondientes al ingreso escolar (carnet de salud).
- Ofrecer asesoramiento a los/as docentes y acompañar a las familias.
- Brindar atención a las niñas y los niños que requiriesen de intervenciones terapéuticas.

Objetivos vinculados a la formación de los/as estudiantes

- Gestar nuevos encuentros entre los/as estudiantes y la comunidad.
- Promover la articulación de los conocimientos teóricos con las experiencias prácticas durante la formación de grado.

- Brindarle a los/as estudiantes herramientas para desarrollar intervenciones vinculadas a la promoción, la prevención, la evaluación, el diagnóstico y el abordaje terapéutico de las problemáticas del lenguaje infantil.

Objetivos vinculados a la comunidad

- Gestar nuevos lazos entre la universidad y la comunidad, en respuesta a las demandas actuales y al cuidado de la salud de las infancias.
- Facilitar el acceso a los controles fonoaudiológicos, solicitados para el ingreso escolar, a niñas y niños que no logran acceder a este derecho.
- Desarrollar actividades para la promoción, la prevención, la evaluación diagnóstica y el abordaje terapéutico de las posibles problemáticas lingüísticas que acontecen en la niñez.

Objetivos vinculados al equipo docente

- Gestar experiencias de aprendizaje, que aproximen a los/as estudiantes a las prácticas fonoaudiológicas destinadas a la infancia, durante su formación de grado.
- Propiciar la articulación de los conocimientos teóricos con las experiencias prácticas, tomando en cuenta los objetivos y los contenidos propuestos por la asignatura.

Desarrollo

El cuidado de la salud de las infancias: la evaluación del lenguaje para el ingreso escolar

El presente proyecto posibilitó realizar prácticas clínicas vinculadas al abordaje del lenguaje infantil y sus posibles problemáticas, en el marco de los controles de salud requeridos para el ingreso escolar de niñas y niños, que concurren al primer grado de la escolaridad primaria, establecido por la Dirección Provincial de Salud de la Niñez y Adolescencia de la provincia de Santa Fe. Las áreas de intervención contempladas son el desarrollo del lenguaje y los procesos de escolarización en la infancia. Es sabido que el lenguaje es fundamental en la vida de las niñas y los niños, puesto que promueve el desarrollo cultural, cognitivo y subjetivo de las infancias, como así también el despliegue de las aptitudes humanas. (Vygotsky 2010)

En este sentido, es posible definir al lenguaje como un funcionamiento simbólico singular y complejo, que excede a los sustratos biológicos que se ocupan de determinadas funciones cerebrales inherentes a este proceso (...) el lenguaje no es una mera función cortical, por el contrario, se presenta como un sistema que permite la comunicación y la representación a través del uso de la palabra. (Felice 2018)

Al respecto, Vygotsky (2010) afirma que el lenguaje desempeña dos funciones: social e intelectual. La primera permite la comunicación, la expresión y la comprensión; la construcción de lazos sociales y la participación de los sujetos en su cultura y su comunidad. Mientras que la segunda función promueve la formación del pensamiento y la construcción de un propio espacio interior de reflexión. Además, el lenguaje organiza y reestructura los procesos psicológicos elementales (PPE: memoria, atención y percepción) y los procesos psicológicos superiores (lengua escrita y conceptos científicos). En efecto, se comprende que el lenguaje es fundamental en el aprendizaje escolar, porque las niñas y los niños deben apelar al uso de la palabra para establecer lazos sociales con pares y docentes, para expresar sus ideas, sentires y saberes, para comprender el discurso de sus interlocutores, para apropiarse de la lengua escrita y de los conceptos científicos, como así también para ordenar su compartimiento, la atención, la memoria y la percepción, procesos que son necesarios en todo aprendizaje.

En consonancia con estas ideas, Luria (1984) expresa que el desarrollo lingüístico trasciende a la experiencia concreta permitiendo realizar operaciones de abstracción y generalización. Entonces afirma que “los orígenes del pensamiento abstracto y del

comportamiento categorial, que provocan el salto de lo sensorial a lo racional, hay que buscarlos, en las formas sociales de la existencia histórica del ser humano, los cuales remiten al lenguaje” (p.24). En este sentido, es posible afirmar que el lenguaje tiene implicancias en el aprendizaje de los conceptos científicos y la apropiación de los conocimientos propuestos por la institución escolar, porque su desarrollo debe progresar desde el plano sensorial (contexto simpráxico, situación concreta donde acontece la comunicación) hacia el plano racional (contexto sinsemántico, donde las palabras se emancipan de la situación comunicativa real) para dar lugar a formas más complejas y elevadas del pensamiento.

Por todo lo expuesto, se considera que es fundamental la evaluación del lenguaje infantil y la detección oportuna de posibles problemáticas lingüísticas, que pueden impactar en el desarrollo infantil y el aprendizaje escolar. Porque, tal como lo expresa Sobol: "la detección temprana de los trastornos del lenguaje posibilita una intervención terapéutica oportuna para evitar poner en riesgo el desarrollo cognitivo, psíquico y social del niño, ya que el lenguaje funciona como un organizador de percepciones, experiencias, vivencias y conocimientos que posibilitan comprender e interpretar a otros seres humanos, interactuando en una dinámica comunicativa, integrándose y participando de su comunidad sociocultural" (p.1). Por lo tanto, se considera que el presente proyecto podría contribuir al cuidado de las infancias en lo que respecta a su desarrollo y sus futuros aprendizajes.

La fonoaudiología en el abordaje del lenguaje y sus posibles perturbaciones en tiempos de infancia

El Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe propone una serie de controles, en diferentes etapas de la niñez, que se encuentran vinculados al desarrollo infantil y a los procesos de escolarización. En este sentido, el carnet de salud correspondiente al ingreso escolar es un documento sanitario dirigido a lograr un control de salud integral de la niñez. El mismo contiene diferentes apartados: datos del sujeto de la atención, antecedentes personales y familiares, vacunas aplicadas y examen físico. Se establecen evaluaciones correspondientes a diferentes campos de las disciplinas de la salud: oftalmología, odontología, audiología, otorrinolaringología y fonoaudiología.

En el instructivo, para completar el carnet de salud de los/as niños/as en edad escolar, se aclara que las distintas áreas del desarrollo no requieren de especialistas, a excepción del control odontológico. Se destaca que la evaluación puede ser realizada por médicos/as de cabecera (pediatras o médicos/as generales) del ámbito público o privado, y que estos/as profesionales pueden determinar o no la necesidad de realizar derivaciones a otros/as especialistas, así como también indicar exámenes complementarios.

Tal como lo expresa el pediatra Kremenchusky (2019), los problemas del desarrollo infantil refieren ampliamente a las diversas dificultades que pueden registrarse en la trayectoria singular de niñas y niños. Esto implica que, ante un obstáculo en el desarrollo, –en el sentido de no ajustarse a lo esperado, no sólo en términos estadísticos, sino también de las expectativas sociales–, se planteen interrogantes, se formulen hipótesis y se evalúe si es necesario realizar alguna intervención en el marco de un trabajo interdisciplinario. Desde esta perspectiva, el problema siempre es singular, efecto de una historia, del entramado de vínculos que el sujeto construye, y de los obstáculos encontrados en cada recorrido, sin escindir lo biológico de lo subjetivo. Es por ello que es imprescindible contemplar la complejidad de los procesos de desarrollo y aprendizaje infantil, así como también apostar al trabajo interdisciplinario, el cual requiere de diferentes saberes y experiencias (que no pueden reducirse a la pediatría o medicina), al momento de desarrollar intervenciones en el contexto de la salud y de la educación.

En este sentido, se considera que los controles de salud en edad escolar deberían ser desarrollados por diferentes profesionales, desde una mirada integral e interdisciplinaria. En lo

que respecta a la evaluación del lenguaje y de la audición, cabe mencionar que la fonoaudiología es la disciplina de la salud que se ocupa del abordaje de la comunicación humana (en sus diferentes áreas de intervención: voz, deglución, audición, vestibular, fonoestomatología, lenguaje) y sus posibles perturbaciones.

Por todo lo expuesto, se considera que el presente proyecto podría contribuir a proponer revisiones en el carnet de salud y reclamar la participación de los/as profesionales de la fonoaudiología en las intervenciones destinadas a los procesos de atención-cuidado de la salud de las personas y comunidades.

Evaluación del lenguaje infantil: modalidad de intervención

La evaluación del lenguaje de niñas y niños de primer grado se implementó en el contexto de la Escuela N.º 6055 “Simón de Iriondo” de la ciudad de Rosario. En cada encuentro, participaron dos estudiantes y una docente, quienes se dedicaron a desarrollar el proceso de evaluación del lenguaje, procurando investigar la capacidad de codificación y decodificación verbal. Para ello, se implementaron recursos lúdicos (secuencias temporales y juegos de categorías), que fueron sostenidos en el contexto de la interacción dialógica. Se comprende que el lenguaje se desarrolla, adquiere y construye en los intercambios comunicativos que los/as niños comparten con otros sujetos de su cultura: personas adultas y pares. De allí, la necesidad de gestar instancias de interacción dialógica en los espacios terapéuticos, que pretenden conocer y acompañar a los/as niños/as en su advenimiento como sujetos de lenguaje.

Dicho esto, es importante destacar que, además, es fundamental el juego, actividad principal de la niñez, que promueve el despliegue de la comunicación, la subjetividad, la socialización, el desarrollo del lenguaje, el pensamiento y los aprendizajes. UNICEF (2017) señala que el juego es un derecho y es promotor del desarrollo integral de la niñez; es una construcción social y cultural, que se transmite y recrea de generación en generación, es una estrategia para conocer a las niñas y los niños, para guiar las interacciones y constituirse en adultos/as referentes.

En consonancia con estas ideas, Ronchese (2024) afirma que el juego se relaciona con lo más propio de la humanidad desde tiempos inmemoriales y que ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas, entre ellas: la filosofía, el arte, la sociología, la psicología, el psicoanálisis y la pedagogía, entre otras. Estas indagaciones permitieron comprender diferentes particularidades, modalidades y funciones del juego. Se valoran los aportes desarrollados por referentes de distintas corrientes psicológicas abocadas al estudio del desarrollo infantil, entre ellos: Lev Vygotsky, Jerome Bruner, Jean Piaget y Ricardo Rodulfo.

En este sentido, Vygotsky (2010) sostiene que el juego es el modo en que los/as niños/as participan de la cultura, así como las personas adultas lo hacen a través del trabajo. Esta actividad, entendida como un sistema de simbolización, remite a una situación o un escenario imaginario en el cual aparecen en escena la representación de roles, una serie de reglas de comportamiento socialmente establecidas y una definición social de la situación. Este autor explica que, en los escenarios lúdicos, las infancias ensayan comportamientos para los que no están preparados en la vida real, pero que poseen cierto carácter anticipatorio o preparatorio, a la par que elaborativo. Bruner (2007) considera que el juego se constituye como un formato de actividad comunicativa y un sistema de representación enactivo que promueve los aprendizajes. Además, brinda la posibilidad de aprender sin presiones porque, cuando alguien juega, puede equivocarse y entonces el error no constituye un fracaso. Resalta el rol que desempeñan las personas adultas, al momento de crear rutinas interactivas y lúdicas en el marco de la crianza y la educación, pudiendo replicarse en los contextos de salud que se proponen promover el desarrollo infantil. Piaget (1991) describe distintas actividades lúdicas que dan cuenta de la evolución cognitiva de las niñas y los niños: los juegos de ejercicio, los juegos

simbólicos y los juegos de reglas. Mientras que los representantes del Psicoanálisis reconocen que jugar es fundante en el proceso de constitución subjetiva. En este sentido, Rodolfo (2002) afirma que la actividad lúdica es la manera originaria de subjetivarse. El jugar no es un capítulo biológico, las niñas y los niños juegan porque les da placer y les resulta una tarea gratificante. Es decir, el juego no reviste una necesidad biológica como la alimentación, el sueño y el abrigo. Además, la actividad lúdica en la infancia es un indicador de salud psíquica debido a que los diferentes juegos marcan la evolución en el proceso de la constitución subjetiva, los cuales son imprescindibles para el advenimiento del lenguaje. En efecto, se comprende que la actividad lúdica es indispensable en los espacios terapéuticos, porque promueve el desarrollo infantil.

Por todo lo expuesto, el presente proyecto propuso intervenciones sostenidas en el juego y la interacción dialógica, con el propósito de desarrollar el proceso de evaluación del lenguaje infantil, tomando en cuenta las particularidades de la niñez y la complejidad del desarrollo del lenguaje.

Los resultados muestran que, si bien la comunidad docente expresó sus inquietudes respecto de la comunicación, la interacción social y el lenguaje en la infancia, la mayoría de los/as niños/as evaluados/as (56 %) se encuentran transitando el proceso de adquisición lingüística conforme a lo esperado para su edad y etapa de desarrollo; algunos/as de ellos/as (31%) presentan dificultades en el habla (dislalias) vinculadas a problemas articulatorios de determinados fonemas: /R/, /RR/, /L/, /D/, /S/, /Y/y /CH/; mientras que una minoría (13 %) restante presenta una problemática lingüística que compromete las funciones del lenguaje relativas a la comunicación, la expresión y/o la comprensión.

Al respecto, cabe destacar que las alteraciones del habla no impactan en el proceso de aprendizaje escolar. En cambio, las perturbaciones del lenguaje pueden generar ciertos obstáculos en la comunicación, la interacción social, la alfabetización y la apropiación de los conocimientos en el contexto educativo. Aronson (2025) expresa que, si bien el lenguaje y el habla son conceptos imbricados que, en muchas ocasiones, se utilizan de un modo indistinto o aleatorio, guardan diferencias en la profundidad de sus sentidos y alcances. Esta distinción es fundamental en el proceso de indagación diagnóstica, para evitar realizar valoraciones erróneas acerca del desarrollo de las infancias. En este sentido, Aronson (2025) asegura que las problemáticas, que afectan al desarrollo lingüístico, pueden impactar en los procesos de constitución subjetiva, en la simbolización/representación a través de la palabra, en la expresión y comprensión en sus diferentes niveles. En cambio, los obstáculos registrados en el habla, por ejemplo, las llamadas dificultades de pronunciación sólo afectan la producción fonológica; mientras que la capacidad simbólica del lenguaje y la apropiación de la lengua materna no se encuentran afectadas.

Estudiantes de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico realizando la evaluación del lenguaje correspondiente al ingreso escolar de los/as niñas/os, que concurren al primer grado de la Escuela N. ° 6055 “Simón de Iriondo” de la ciudad de Rosario, durante el ciclo lectivo 2024.



Experiencias prácticas en la formación de grado

El presente proyecto tuvo como propósito ampliar los lazos entre la universidad y la comunidad, al mismo tiempo que pretendió brindar experiencias vinculadas al campo disciplinar de la fonoaudiológica a los/as estudiantes durante su formación de grado. Se comprende que es fundamental desarrollar acciones para la promoción de la salud, la prevención de posibles problemáticas que comprometen el lenguaje, el proceso de evaluación diagnóstica y el abordaje terapéutico en tiempos de infancia. Para ello, es necesario promover prácticas que no se reduzcan, exclusivamente, a la clínica propuesta por el modelo tradicional de la salud que, en palabras de Saforcada (2010), ha dado origen a concepciones y prácticas que ubican como objeto de estudio a la enfermedad y a los sujetos como pacientes, motivo por el cual las personas suelen ser concebidas como individuos escindidos de su medio social.

Por otro lado, se destaca que la formación de grado de los/as futuros profesionales de la salud requiere del logro de ciertas competencias para desarrollar intervenciones vinculadas al propio campo disciplinar. Al respecto, Esteve Ríos (1999) sostiene que la competencia no se determina sólo por lo que las personas saben o entienden, sino también por lo que pueden hacer (capacidades), lo que tienen el valor y la voluntad de hacer y lo que son (personalidad y actitud). Saber hacer es un concepto complejo que integra a la vez tres componentes: el perfil personal determinado por aptitudes y rasgos de personalidad; los conocimientos adquiridos en la formación y los conocimientos alcanzados en la práctica profesional. El conjunto de estos componentes hace competente a una persona para el desarrollo en un puesto de trabajo o, en términos más amplios, para el desempeño de una determinada profesión.

En este sentido, el presente proyecto se propuso construir experiencias de aprendizajes, que permitan articular los conocimientos teóricos con los saberes prácticos vinculados a los contenidos y objetivos de la asignatura Lenguaje y Aprendizaje Patológico, con el propósito de contribuir a la formación de los/as futuros/as profesionales de la fonoaudiología, en el contexto de la educación superior.

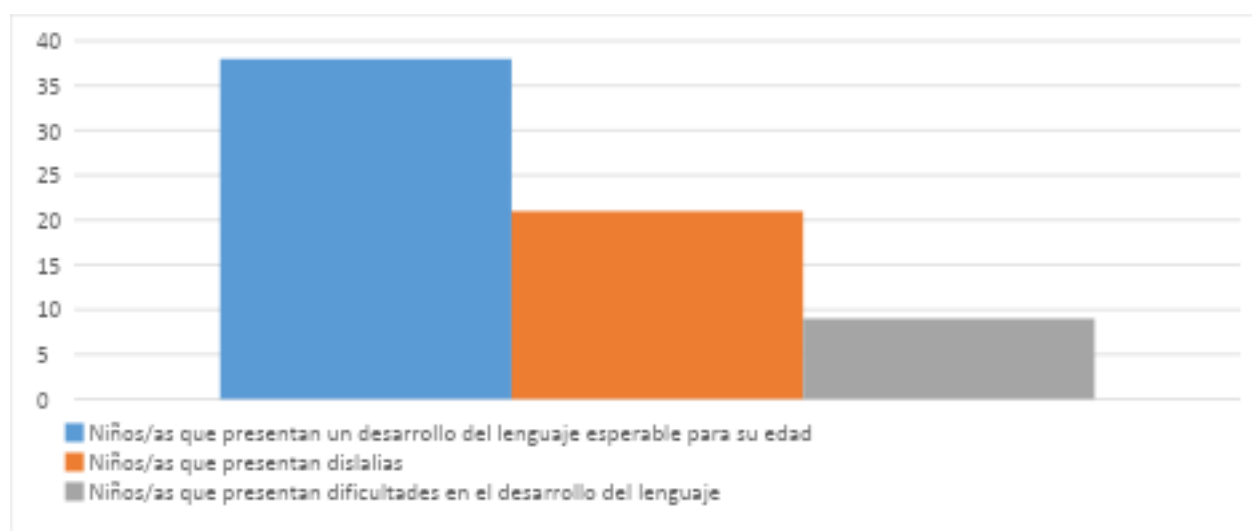
Conclusiones

En el marco del presente proyecto de extensión desarrollado por la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico, del cual participaron docentes y estudiantes, se realizó la evaluación del lenguaje (correspondiente al ingreso escolar) de 68 niño/as, que concurrían al primer grado de la Escuela N.º 6055 “Simón de Iriondo” de la ciudad de Rosario.

Es posible concluir que, de los 68 niños/as evaluados/as, 38 se encuentran transitando el proceso de adquisición lingüística de acuerdo a lo esperable para su edad y etapa del desarrollo, 21 presentaron dificultades articulatorias (dislalias), mientras que sólo 9 evidenciaron indicadores clínicos vinculados a problemáticas del desarrollo del lenguaje.

Los resultados muestran que es necesario el trabajo compartido entre profesionales de la salud y de la educación, para abordar los procesos de desarrollo infantil, así como también para despejar inquietudes y detectar tempranamente posibles perturbaciones del lenguaje que podrían impactar en los procesos de escolarización de las infancias.

Gráfico N°1: Resultados de las evaluaciones del lenguaje correspondientes al ingreso escolar de niños/as que concurren al primer grado de la Escuela N. ° 6055 “Simón de Iriondo” de Rosario durante el año 2024



Luego del proceso de evaluación del lenguaje correspondiente al ingreso escolar, se elaboraron los informes, que fueron entregados a los familiares y a la comunidad docente. Los sujetos, que presentaron dificultades en el desarrollo de su lenguaje, fueron derivados a los consultorios de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM, UNR), con el propósito de que reciban atención por parte del equipo docente de la cátedra.

Además, se desarrolló un taller para toda la comunidad educativa, en el cual se abordaron temáticas de interés para docentes y autoridades de la institución. Los temas contemplados son parte del programa de la materia; remiten al proceso de adquisición del lenguaje y los indicadores de posibles problemáticas que requieren de una consulta fonoaudiológica, a la complejidad del aprendizaje de la lengua escrita, a la importancia del juego, de la narración y de la literatura en la niñez, como así también al impacto de la exposición frente a las pantallas de las infancias y adolescencias actuales en el desarrollo infantil y el aprendizaje escolar.

Para finalizar, es importante recordar que, tal como lo expresa Freire (2015), la educación debe ser una actividad problematizadora, crítica e investigativa que tiene por objeto develar la realidad para que docentes y estudiantes puedan posicionarse de una manera más lúcida en el mundo. Desde esta concepción, los sujetos construyen activamente el conocimiento en un profundo intercambio con su medio. En este sentido, la universidad debe gestar experiencias, que acerquen a los/as estudiantes a diferentes escenarios, comunidades y contextos de intervención, que les permitan ser protagonistas en la creación de nuevos saberes.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Colaboraciones y agradecimientos

Agradecemos a toda la comunidad educativa (niñas, niños, maestras, equipo directivo y familias) de la Escuela No 6055 “Simón de Iriondo” de la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), por abrir sus puertas a docentes y estudiantes de la Universidad Pública, para trabajar juntas en la prevención, detección y atención de las problemáticas lingüísticas y del aprendizaje escolar en la infancia.

Referencias bibliográficas

- Aronson, G. (2025). Terapia del lenguaje en las infancias. Clínica Interdisciplinario. Vinculaciones con la familia y la escuela. Ed. Noveduc.
- Bruner, J. (2007). Introducción. En: Acción pensamiento y lenguaje. Ed. Alianza.
- Esteve Ríos, N (1999), Competencias y desarrollo profesional. Educación Médica. V. 2, núm. 2, España, Doyma.
- Felice, F. y otros. (2024). Proyecto de extensión. Ingreso escolar: evaluación del lenguaje en tiempos de infancia Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.
- Felice, F. (2018). El tiempo de ser niñas y niños. Relatos y reflexiones acerca de la comunicación, el lenguaje y el aprendizaje escolar en tiempos de infancia. Laborde Editor.
- Freire, P. (2015). Pedagogía del oprimido. Siglo XXI Editores.
- Jasinski, C. (2021). Intervenciones fonoaudiológicas para el cuidado de la comunidad. En: Fonoaudiología. Intervenciones y prácticas posibles. Fervil Impresos.
- Kremenchusky, J. (2019). Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina. Una mirada desde la complejidad. Ed. Noveduc.
- Luria, A. (1984). Conciencia y lenguaje. Editorial Visor.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Instructivo para el llenado del carnet de salud de niños y niñas en edad escolar. Recuperado en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/150317/736092/file/instructivo.pdf>
- Piaget, J. (1991). Seis estudios de Psicología. Editorial Labor.
- Rodulfo, R. (2002). La importancia del jugar en el desarrollo del niño. Segunda parte. Recuperado en <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia>
- Ronchese, C. M. (2024). En el reino de la infancia, el jugar es el rey. En: Comunicación, lenguaje e infancias. Aportes desde diversas disciplinas. Laborde Editor.
- Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de salud comunitaria. <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>
- Sobol, I. (diciembre 2019) Recomiendan estar atentos al desarrollo del lenguaje del niño. Diario La Prensa. Recuperado en <http://www.laprensa.com.ar/483505-Recomiendan-estar-atentos-al-desarrollo-del-lenguaje-en-ninos.note.aspx>
- UNICEF. (2017). Fichero de juegos. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-07/PRO-Ficherojuegos_2018.pdf
- Vygotsky, L. (2010). Pensamiento y lenguaje. JCE Ediciones.

Estudio sobre hábitos saludables: encuestas validadas

Study on Healthy Habits: Validated Surveys

Recibido para publicar el 6 de septiembre de 2024

Aceptado para su publicación el 21 de abril de 2025

Versión final 2 de septiembre de 2025

Cómo citar este artículo: Olivero, Ivana V.³⁴; Tabares, Luciana Ma.³⁵; Lizzi, Rocio J.³⁶ y Mariela Godoy³⁷. **Estudio sobre hábitos saludables: encuestas validadas.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 122- 138

RESUMEN

El estudio aborda la importancia de validar encuestas sobre hábitos saludables, especialmente en el contexto argentino, donde existe una escasez de instrumentos validados en esta área. La validación de encuestas es esencial para garantizar que las inferencias obtenidas sean pertinentes y aplicables en contextos específicos, lo cual es clave para el diseño de políticas públicas y programas educativos enfocados en promover entornos saludables.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos como LILACS, PubMed y SciELO, utilizando términos vinculados a "validación de cuestionarios", "estilo de vida saludable" y "hábitos saludables". Se seleccionaron estudios publicados entre 2012 y 2022, en español, inglés, portugués e italiano, excluyendo investigaciones centradas en poblaciones con condiciones médicas particulares o sin foco directo en hábitos saludables. De los 142 artículos revisados, 13 cumplieron con los criterios de inclusión.

Los resultados indican que la mayoría de los estudios definieron el estilo de vida saludable a partir de componentes como hábitos alimentarios y actividad física, seguidos por consumo de sustancias, descanso y manejo del estrés. El 77% utilizó instrumentos previamente existentes, mientras que el resto diseñó nuevos cuestionarios a partir de revisiones bibliográficas. En cuanto a las escalas, el 92% empleó el formato tipo Likert, ampliamente usado para medir actitudes y comportamientos.

Se concluye que la validación de encuestas es una herramienta metodológica crucial para evaluar estilos de vida saludables. La flexibilidad de los instrumentos y su capacidad de adaptación a distintas poblaciones refuerzan su valor en la investigación y promoción de la salud.

Palabras claves: validación, hábitos, encuesta.

ABSTRACT

This study addresses the importance of validating surveys on healthy habits, particularly in the Argentine context, where there is a lack of validated instruments in this area. Validating surveys is essential to ensure that the inferences drawn are relevant and applicable to specific

³⁴ Lic. en Nutrición, Especialista en Educación Superior y Especialista en Salud Social y Comunitaria. Profesor adjunto en el departamento de Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de San Luis. Director de proyectos de investigación y extensión. ivanavolivero@gmail.com

³⁵ Lic. en Kinesiología y Fisioterapia. Osteópata. Profesor Adjunto Exclusivo Efectivo de la Lic. de Kinesiología y Fisiatría de la UNSL. Co director de proyectos de Investigación. Directora de Proyectos de Extensión. ltabares@email.unsl.edu.ar

³⁶ Lic. en nutrición. Docente en el departamento de Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSL. Codirectora de proyecto de investigación y proyecto de extensión. rociogimenalizzi@gmail.com

³⁷ Estudiante egresable de Lic. en Nutrición, Facultad de Ciencias de la salud, UNSL. Integrante de proyecto de investigación. marielagodoy609@gmail.com

contexts, which is key for designing public policies and educational programs aimed at promoting healthy environments.

A systematic literature review was carried out using databases such as LILACS, PubMed, and SciELO, employing terms related to “questionnaire validation,” “healthy lifestyle” and “healthy habits.” The review included studies published between 2012 and 2022 in Spanish, English, Portuguese, and Italian, excluding research focused on populations with specific medical conditions or studies not directly related to healthy habits. Out of 142 reviewed articles, 13 met the inclusion criteria.

The results show that most of the selected studies defined a healthy lifestyle based on components such as eating habits and physical activity followed by substance use, rest, and stress management. 77% of the studies used pre-existing instruments, whereas the remaining studies developed their own questionnaires starting from literature reviews. Regarding scoring methods, 92% used Likert-type scales, which are commonly employed to assess attitudes and behaviors.

It is concluded that validating surveys is a crucial methodological tool for evaluating healthy lifestyles. The flexibility of these instruments and their adaptability to different populations reinforce their value in health research and promotion.

Keywords: validation, habits, survey.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de hábitos saludables desempeña un papel fundamental en la posterior implementación de programas de educación a nivel poblacional y en la formulación de políticas que fomenten la creación de entornos saludables. En el contexto argentino, no se cuentan con estudios que hayan validado encuestas específicas sobre hábitos. El proceso de validación se orienta a recopilar datos que permitan discernir cuáles de estas inferencias son pertinentes y legítimas (Muñiz, 2003). De esta manera, se establece un respaldo científico que facilita la interpretación de las puntuaciones obtenidas en una prueba, en un contexto específico. La relevancia de estas evidencias radica en su coherencia con los objetivos propuestos para la prueba en cuestión. La consecución de la validez puede abordarse desde diversos enfoques y métodos. No obstante, es imperativo considerar que, a pesar de esta variedad, la validez es un proceso holístico.

Conforme a Abad y colaboradores (2006), la validez se concibe como un proceso cuya finalidad es brindar información acerca de las inferencias que pueden derivarse de un instrumento. En este sentido, se lleva a cabo una revisión sistemática con el objetivo de identificar los instrumentos disponibles, su enfoque en relación con el concepto de estilo de vida o hábitos, los elementos que componen dichas encuestas, los métodos de muestreo y las muestras empleadas, instrumentos de referencia, formato de los ítems y tipo de validación. Llevar un estilo de vida saludable, se relaciona con la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo

Analizar la metodología a través de una revisión sistemática para validar cuestionarios relacionados con estilos de vida y hábitos saludables.

Material y métodos

Este estudio tuvo como propósito llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura con el fin de analizar la metodología utilizada en la validación de cuestionarios relacionados

con estilos de vida y hábitos. Tras realizar búsquedas iniciales en diversas bases de datos, utilizando palabras clave como "validación de cuestionario", "estilo de vida saludable", "hábitos saludables", "conductas saludables", entre otras combinaciones.

Se utilizaron los siguientes buscadores: entre ellos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Sistema de Recuperación y Revisión de Literatura Médica en Línea (ME-DLINE), el buscador de la biblioteca nacional de medicina y el Instituto Nacional de Salud de EEUU (PubMed), biblioteca Científica Electrónica en Línea de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (SciELO), portal de ciencia global (World Wide Science), base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier (Scopus), compañía editorial estadounidense, especializada en libros y revistas académicas (Springer), LinkBASE (Bielefeld Academic Search Engine), centro de información de recursos educativos (ERIK Science Research), Plataforma de Contenidos Científicos y Académicos en Acceso Abierto producidos en el ámbito iberoamericano (REDIB), la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina el Caribe, España y Portugal (Latindex), Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid, Base de datos de investigación científica y académica (Scilit), base de datos y plataforma digital de Elsevier Science Direct, Google Académico y además se recurrió a las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

Las búsquedas se realizaron en varios idiomas, entre ellos español, inglés, portugués e italiano, con el objetivo de abarcar un espectro amplio de literatura científica relevante. Se emplearon estrategias de búsqueda que incluyeron términos clave entre comillas y sin comillas, así como conectores lógicos como "and" y "or". La selección de los estudios se llevó a cabo a través de una revisión de títulos y resúmenes, y se determinó qué estudios requerían la recuperación de sus textos completos.

La elegibilidad de los artículos se basó en criterios de inclusión predefinidos, y se consideraron pertinentes aquellos que cumplieran con requisitos específicos. Estos criterios incluyeron que el objetivo principal del estudio fuera la validación de cuestionarios, que los participantes fueran adultos (mayores de 18 años) y que los estudios no superaran los 10 años de antigüedad, limitándose al período entre 2012 y 2022.

Se excluyeron investigaciones que se centraban en poblaciones con condiciones médicas particulares, como hipertensión arterial, diabetes, celiaquía o adicciones, así como aquellas que se relacionaban con poblaciones siguiendo dietas especiales. También se excluyeron estudios que abordaban temas que no estaban directamente relacionados con hábitos o estilos de vida, como vida laboral, conducta emocional, salud bucal, cambios en el estilo de vida y satisfacción con el estilo de vida, entre otros. Como resultado de este proceso, se identificaron y seleccionaron un total de 13 artículos de los 142 que cumplían con los criterios de inclusión y contribuyeron a los objetivos de esta revisión sistemática.

Resultados

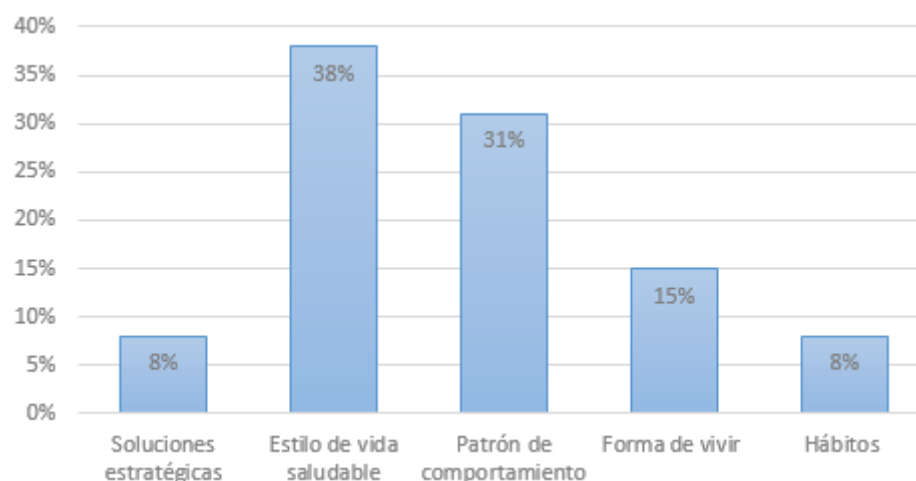
En el estudio, se llevaron a cabo análisis exhaustivos de las definiciones, componentes, escalas y cuestionarios de referencia.

Definiciones sobre estilos de vida o hábitos

En el contexto de este estudio, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de las definiciones relacionadas con "estilos de vida" y "hábitos". Es importante destacar que se encontró una mayor cantidad de artículos que abordaban el concepto de "estilos de vida" en comparación con los que se centraban en "hábitos" o "hábitos saludables". Los autores que se

enfocaron en definir "estilos de vida" adoptan perspectivas que lo conceptualizan como soluciones estratégicas, una vida saludable, un patrón de comportamiento o incluso como una forma de vida en sí misma.

Figura 1: Tipo de definiciones



Soluciones estratégicas

El término estilo de vida puede ser definido como el conjunto de elecciones estratégicas que un individuo adopta con el propósito de lograr sus metas y objetivos generales. En la práctica, estas elecciones toman forma como patrones de comportamiento recurrentes y se presentan como uno de los medios más reveladores para entender la naturaleza de una persona. Este enfoque permite prever su conducta y sirve como un principio rector fundamental para el individuo, además de constituir el componente cognitivo subyacente de dicha conducta (Grimaldo- Muchotrigo, 2012).

Estilo de vida saludable

Un estilo de vida saludable se compone de una interacción armónica y holística de diversos factores: hábitos alimentarios, actividad física, patrones de sueño, manejo del estrés, consumo de alcohol y tabaco (Gómez-Sandoval et al., 2018 y Leyton et al. 2018), al justificar la elección de estas variables, plantea que "existe un consenso universal que establece que todo lo relacionado con una adecuada nutrición (Leyton et al., 2018), la práctica de ejercicio físico y la higiene personal mejora la salud (Leyton et al., 2018)". Sin embargo, en contraposición, factores como el estrés, la falta de descanso, el tabaquismo, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol representan un riesgo para la salud (López, 2004; Moreno, Cruz y Fonseca, 2014; Royo-Bordonada et al., 2014, como se cita en Leyton et al., 2018).

Leyton propone que la tendencia ha evolucionado desde evaluar opiniones sobre el concepto global de la vida de cada individuo hacia la evaluación de las diversas dimensiones o dominios que constituyen un estilo de vida saludable. Muchos autores coinciden en que, independientemente de la edad, los factores como alimentación adecuada, descanso, abstinencia de tabaco y práctica de ejercicio físico están relacionados con la adopción de un estilo de vida saludable. Por lo tanto, resulta esencial desarrollar un cuestionario que evalúe estas dimensiones fundamentales (Leyton et al., 2018). En este sentido, Leyton utilizó los ítems de la versión traducida al castellano por Balaguer (1999) del cuestionario diseñado por Wold (1995), originando así el "Cuestionario de Estilos de Vida Saludables (EVS)". Sin embargo,

omitió factores como la actividad física, debido a la disponibilidad de cuestionarios ya validados en este ámbito y considerando que su muestra consistía en un grupo de gimnastas.

Entre otros factores que pueden influir en los estilos de vida saludables se encuentran el consumo de alcohol y tabaco, la cantidad de tiempo dedicado al descanso (Adas, 2017, citado por Santiago-Bazan y Carcausto, 2019), los hábitos alimentarios, especialmente el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, que conduce al exceso de peso y problemas de obesidad (Santiago-Bazan y Carcausto, 2019). El entorno social, la gestión del estrés, la ansiedad, la depresión, la actividad física (Santiago Bazan y Carcausto, 2019), las actividades recreativas y la actitud ético-moral también desempeñan un papel crucial en el estilo de vida saludable entre los estudiantes universitarios (Shahnazi et al., 2016, como se cita en Santiago-Bazán y Carcausto, 2019). Además, el ámbito académico y familiar también influyen en este aspecto (Cockermam, 2005, citado por Domingues et al., 2012).

Un estilo de vida saludable significa tener una vida equilibrada en la que una persona conscientemente toma decisiones saludables y toma medidas especiales, como seguir una dieta saludable, lograr un equilibrio entre el sueño, la actividad y el ejercicio, controlar el peso y el estrés, abstenerse de fumar y consumir alcohol, e inmunizarse contra las enfermedades (Mohamadian et al., 2013 citado por Bandari et al, 2020).

Los estilos de vida saludables son un obstáculo para las enfermedades e incluyen la salud preventiva, la buena alimentación, el control del peso, el ocio, la actividad física regular, los periodos de descanso y relajación, la capacidad para hacer frente a condiciones o situaciones adversas y el establecimiento de relaciones afectivas solidarias y ciudadanas, adoptando una postura de estar en el mundo con el propósito de vivir con calidad (Leyton et al., 2020 en Batista et al, 2020).

En los actuales estudios realizados se define como EVS realizar actividad física, no fumar, mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 – 25 kg/m², consumo de alcohol moderado y dieta saludable. Así mismo, dormir 8 horas al día se ha relacionado con menor riesgo de enfermedad coronaria y diabetes mellitus (DM) (Cárdenas- Mamani, Flores- Cayro y Sánchez- León, 2020).

Patrón de comportamiento

Algunos autores plantean que los estilos de vida son configuraciones conductuales adoptadas por los seres humanos a lo largo de su vida (Santiago-Bazán y Carcausto, 2019). Cruz-Valdez y Acosta (2017) aclaran que estos patrones de conducta son colectivos y se conforman por diversas preferencias individuales, intrínsecamente relacionadas con el entorno y las oportunidades vitales. Estos autores incorporan comportamientos que abarcan la dimensión de la salud mental y conductas de riesgo, tales como la gestión de tensiones y emociones adversas, el ocio saludable y el uso del tiempo, hábitos de sueño adecuados, alimentación y actividad física saludables, abstención de consumo excesivo de alcohol, moderación en el uso de cafeína, tabaco y sustancias psicoactivas, además de la práctica del sexo seguro y la autovigilancia en salud, entre otros (Cruz-Valdez y Acosta, 2021).

Sánchez-Bañuelos (1996) presenta una definición que concibe el estilo de vida como "el conjunto de patrones de conducta y entorno que caracterizan la forma general de vida de un individuo o grupo" (p. 48), citado en Cruz-Valdez y Acosta (2017). Casimiro (1999), citado también en Cruz-Valdez y Acosta (2017), define el estilo de vida como "las conductas de las personas, tanto a nivel individual como en sus relaciones grupales, construidas a partir de una serie de patrones de comportamiento compartidos" (p. 33).

El estilo de vida saludable se traduce en la vida cotidiana de las personas en forma de patrones conductuales que mejoran su calidad de vida tanto a nivel individual como colectivo (Grimaldo-Muchotrigo, 2012). Los estilos de vida saludables se consideran como la amalgama de comportamientos reiterados que los individuos realizan con la finalidad de mantener su

bienestar físico y mental. Estos comportamientos abarcan actividades recreativas y deportivas, satisfacción en el ámbito académico y familiar, así como elecciones de alimentación. Todo esto se forja en consonancia con las características culturales y sociales de su entorno (Grimaldo-Muchotrigo, 2012). No obstante, se observan ciertas discrepancias en la conceptualización, Grimaldo-Muchotrigo (2012) y Santiago-Bazán y Carcausto (2012) incluyen los hábitos alimentarios como un comportamiento, mientras que el primero de ellos solo menciona la actividad física y la salud mental como factores, ampliando después su enfoque para incorporar la alimentación. Ambos autores enfatizan la necesidad de que estos comportamientos sean repetitivos, y el segundo hace hincapié en que deben constituir un patrón de conducta.

Los estilos de vida son patrones de comportamiento colectivos, formados por distintas preferencias que hacen los individuos, relacionados con el contexto y las oportunidades de la vida; incluyen comportamientos que pueden reducir el riesgo de enfermedad, como controlar y gestionar la tensión y las emociones negativas, ocio saludable y uso del tiempo, buenos hábitos de sueño, alimentación y actividad física, evitación del abuso de alcohol, uso de caféina, tabaco (Domínguez et al, 2021).

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento (Bennasar-Veny, 2012).

Forma de vivir

El estilo de vida está compuesto por “una forma de llevar o conducir la vida, basada en la interacción entre las condiciones del entorno del individuo y los patrones individuales de conducta y características personales. La manera de vida que adopta una persona o grupo, la forma en que ocupa su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos, entre otras. El estilo de vida (EV) Un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales (Calderón-Hernández, 2014).

El estilo de vida podría definirse como la manera en que un individuo vive en forma individual o grupal (Cruz-Valdez y Acosta, 2017). Algunos autores recomiendan incluir diferentes secciones, tales como información sociodemográfica, económica, personal-social, familiar, laboral y académica en el diseño del instrumento (Grimaldo-Muchotrigo, 2007 citado en Cruz-Valdez y Acosta, 2017). Estilos de vida se entiende como la “manera general de vivir” de las personas y grupos. Esto incluye no sólo los clásicamente denominados “hábitos saludables” (comer sano, hacer ejercicio físico, uso moderado del alcohol, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, no fumar) sino también las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, la relación con el entorno, el repertorio de habilidades personales y sociales de que disponen, etc (Espinosa-Lara, 2018). Estos autores plantean que estilos de vida es un concepto mucho más amplio que hábitos saludables incluyendo formas, comportarse y habilidades personales y sociales. Por esto, en este proyecto se elige el término hábitos saludables que hace referencia a alimentación, actividad física y salud mental y conductas de riesgo).

El estilo de vida está compuesto por “una forma de llevar o conducir la vida, basada en la interacción entre las condiciones del entorno del individuo (factores socioculturales) y los patrones individuales de conducta y características personales” (OMS, 2014 y Cruz-Valdez y Acosta, 2021). Para puede definirse como el “conjunto de patrones de conducta y ambiente

que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo” (p. 48), (Cruz-Valdez y Acosta, 2021) estilo de vida como “el comportamiento de las personas, desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, construido a partir de una serie de patrones conductuales comunes” (Cruz-Valdez y Acosta, 2021, p. 33) lo define como “la manera de vida que adopta una persona o grupo, la forma en que ocupa su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos, entre otras” (Cruz-Valdez y Acosta, 2021). El estilo de vida podría definirse como la manera en que un individuo vive en forma individual o grupal (Cruz-Valdez y Acosta, 2021). Algunos autores recomiendan incluir diferentes secciones, tales como información sociodemográfica, económica, personal-social, familiar, laboral y académica en el diseño del instrumento (Grimaldo-Muchotrigo, 2007 en Cruz-Valdez y Acosta, 2021). Para la OMS (2014), el estilo de vida está compuesto por “una forma de llevar o conducir la vida, basada en la interacción entre las condiciones del entorno del individuo (factores socioculturales) y los patrones individuales de conducta y características personales” (s/p).

Los estilos de vida pueden definirse como el conjunto de hábitos y comportamientos en respuesta a situaciones cotidianas, aprendidos a través del proceso de socialización y constantemente reinterpretados y probados a lo largo del ciclo vital en diferentes situaciones sociales (Marques Silva, da Silva Brito, da Costa Amado, 2013). Las conductas de riesgo y la asociación de varios factores de riesgo que presenta una persona o población suelen constituir un mayor peligro para la salud (Marques Silva, da Silva Brito, da Costa Amado, 2013). El estilo de vida (EV) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “Un Modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales” (Calderón 2014). Los estilos de vida saludables son un obstáculo para las enfermedades e incluyen la salud preventiva, la buena alimentación, el control del peso, el ocio, la actividad física regular, los períodos de descanso y relajación, la capacidad para hacer frente a condiciones o situaciones adversas y el establecimiento de relaciones afectivas solidarias y ciudadanas, adoptando una postura de estar en el mundo con el propósito de vivir con calidad (Leyton, Jiménez-Castuera. 2020).

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir "estar en el mundo", expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. Según en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir (Guerrero et al., 2013). En los actuales estudios realizados se define como estilos de vida saludables realizar actividad física, no fumar, mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 25, consumo de alcohol moderado y dieta saludable. Así mismo dormir 8 horas diarias se relaciona con menor riesgo de enfermedad coronaria y diabetes mellitus (DM) (Cárdenas-Mamani, Flores-Cayro, Sánchez-León, 2020).

Hábitos

Desde una perspectiva psicosocial, "estilos de vida saludables" se definen como conjuntos de patrones conductuales o hábitos que están estrechamente vinculados a la salud (Guerrero et al. 2013). En este contexto, los "patrones conductuales" se refieren a formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de manera estructurada y que se consideran hábitos cuando se convierten en la respuesta habitual a diversas situaciones. Es fundamental destacar que estos hábitos se adquieren a lo largo del proceso de socialización de un individuo y, una vez arraigados, tienden a ser resistentes al cambio (Guerrero et al. 2013). Es relevante señalar la distinción que estos autores hacen entre "hábitos" y "estilos de vida", enfatizando que la diferencia principal radica en que los hábitos son conductas más estables en comparación

con los estilos de vida, que abarcan una gama más amplia de comportamientos y elecciones relacionadas con la vida cotidiana.

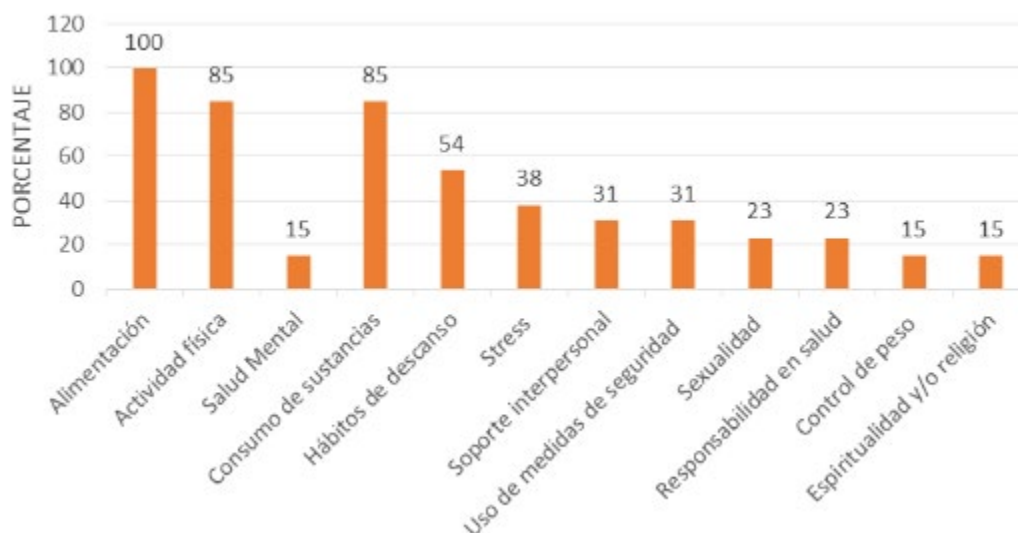
Componentes del estilo de vida o hábitos

En esta revisión, se analizaron diversos estudios que se enfocaron en el diseño y validación de instrumentos destinados a la medición de estilos de vida. A lo largo de este análisis, se describen los componentes que fueron considerados al medir estos estilos de vida en los diferentes cuestionarios evaluados. Los componentes que prevalecieron como indicadores de estilos de vida saludables en los cuestionarios analizados fueron "hábitos alimentarios" y "actividad física". Algunos cuestionarios también incluyeron "horas de sueño o descanso" como un componente adicional, como el estudio realizado por Grimaldo-Muchotrigo (2012), que utilizó un cuestionario de "Estilo de Vida Saludable". Este cuestionario incluyó componentes como "actividades deportivas" y "hábitos de descanso", además de "hábitos alimentarios". La mayoría de los instrumentos examinados incorporaron la "actividad física" como uno de los componentes fundamentales al medir los estilos de vida.

Sin embargo, es importante destacar que, existen excepciones, como el estudio realizado por Leyton et al. (2018), que se basó en el "Inventario de Conductas de Salud en Escolares" (The Health Behaviour in School Children: HBSC), diseñado por Wold en 1995 y traducido al castellano por Balaguer en 1999. Este cuestionario, denominado "Estilos de Vida Saludables", consideró como componentes o factores relacionados con los estilos de vida el "consumo de tabaco", "hábitos de descanso", "respeto al horario de las comidas" y "mantener una alimentación equilibrada". Notablemente, este cuestionario omitió el componente de "actividad física" que se encontraba presente en el cuestionario original. La justificación detrás de esta omisión radicó en la existencia de numerosos cuestionarios específicos y validados que se centran en medir la práctica de la "actividad física", a pesar de ser una variable determinante de los estilos de vida. Por otro lado, en el estudio de Batista et al. (2020), se llevó a cabo la validación de un cuestionario de "Estilo de Vida Saludable (EVS II)" que excluyó la "realización de actividad física". En este caso, se utilizaron tres áreas: "hábitos alimentarios", "consumo de sustancias nocivas" y "hábitos de descanso" como componentes, y se agruparon en seis factores. Además de estos componentes, algunos investigadores incorporaron otros elementos a sus cuestionarios para evaluar los estilos de vida. Estos elementos adicionales abarcaron "el consumo de alcohol y sustancias", así como "el estrés", como se evidenció en el estudio de Gómez-Sandoval et al. (2018). Otros estudios también consideraron la "espiritualidad y/o religión" como un componente relevante de los estilos de vida, como lo hicieron Cruz-Valdez y Acosta (2017) y Bandari et al. (2020).

Algunos investigadores abordaron la "sexualidad" como un componente, como se observa en los estudios de Guerrero et al. (2013), Calderón-Hernández (2014), y Santiago-Bazán y Carcausto (2019). En otros casos, componentes adicionales abarcaron la "seguridad" y "la actitud hacia las normas". Estos componentes fueron considerados en los estudios de Santiago-Bazán y Carcausto (2019), Domínguez et al. (2021), Bennasar-Veny (2012), y Calderón-Hernández (2014), entre otros. Es importante destacar que estos componentes adicionales se sumaron a los ya mencionados "hábitos alimentarios" y "actividad física" en la evaluación de los estilos de vida en los cuestionarios analizados. Cada estudio adaptó y validó sus cuestionarios de acuerdo con sus objetivos y poblaciones de interés, lo que dio como resultado una variedad de componentes (ver figura 2).

Figura 2. Distribución según componentes/variables incluidas



Nota: Distribución según componentes/variables incluidas en las encuestas analizadas.

Instrumento de referencia

Luego del análisis de los 13 estudios, se describen a continuación los instrumentos de referencia utilizados en la creación y validación de cuestionarios relacionados con estilos de vida saludables:

- Gómez-Sandoval et al. (2018) se basó en el instrumento "Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud", presentado en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Leyton et al. (2018) utilizó la versión en español, traducida por Balaguer (1999), del cuestionario sobre estilos de vida saludables diseñado por Wold (1995) que se deriva de The Health Behavior in School Children (HBSC)
- Grimaldo-Muchotrigo (2012) desarrolló su encuesta a partir de un instrumento adaptado por Grimaldo-Muchotrigo (2007) y orientado a estudiantes universitarios de pregrado.
- Espinosa-Lara (2018) consideró un cuestionario para medir el estilo de vida, el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP), validado en español por Walker y colaboradores. Adicionalmente, empleó la escala de autoestima de Rosenberg (EAR).
- Domínguez et al. (2021) empleó la versión adaptada del cuestionario PLQ en la población joven española. Cuestionario de Estilo de Vida Personal (en inglés: Personal Lifestyle Questionnaire - PLQ), desarrollado por Brown et al. (1983).
- Cruz-Valdez y Acosta (2017) utilizaron múltiples cuestionarios para medir el estilo de vida, incluyendo el Instrumento para Medir Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), el Simple Lifestyle Indicator Questionnaire (SLIQ) y el Fantastic.
- Calderón-Hernández (2014) utilizó el "Cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios" (CEVJU-R), elaborado por Salazar-Torres et al. (2010).
- Batista et al. (2020) se basó en la versión en español del Cuestionario de Estilo de Vida Saludable (EVS II) de Leiton et al. (2018). Batista et al. (2020) y adaptó al portugués a partir de la versión en español.
- Cárdenas-Mamani, Flores-Cayro y Sánchez-León (2020) utilizaron el "Inventario de Conductas de Salud en escolares", diseñado por Wold en 1995 y traducido al español por Balaguer (1999). También emplearon el cuestionario ESVISAUN (Bennasar, 2012), con 92 preguntas que evalúan varios componentes del estilo de vida.

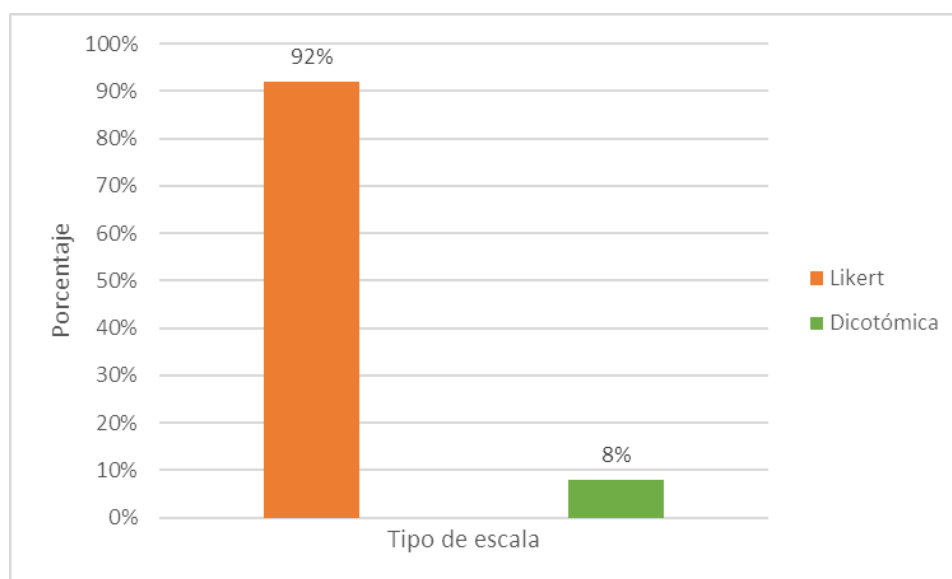
- Bennasar-Veny (2012) utilizó los 92 ítems del cuestionario ESVISAUN como instrumento de referencia.
- Santiago-Bazán y Carcausto (2019), Bandari (2020) y Guerrero et al. (2013) crearon sus propios instrumentos sin tomar ninguno como referencia.

Escala de puntuación

En general se puede destacar que para la elaboración de la escala de medición de los cuestionarios en primer lugar se delimitaron las dimensiones factores o atributos del rasgo o variable que se pretendió medir, luego se elaboraron los ítems y cada ítem se contestó mediante una escala tipo Likert.

- Gómez-Sandoval et al. (2018) empleó una escala Likert de 5 opciones: "siempre", "generalmente", "a veces", "algunas veces" y "nunca".
- Leyton et al. (2018) utilizó una escala Likert con un rango de puntuación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).
- Grimaldo-Muchotrigo (2012) construyó sus ítems con base en una escala Likert de cinco opciones: "siempre (todos los días)", "casi siempre (de tres a seis veces a la semana)", "a veces (una o dos veces a la semana)", "casi nunca (de una a tres veces al mes)" y "nunca".
- Espinosa-Lara (2018) usó una escala Likert de cuatro puntos: 1 ("muy de acuerdo"), 2 ("de acuerdo"), 3 ("en desacuerdo") y 4 ("totalmente en desacuerdo").
- Domínguez et al. (2021) utilizaron una escala Likert del 1 ("nunca") al 4 ("siempre") para cada ítem.
- Cruz-Valdez y Acosta (2017) aplicaron una escala de frecuencia tipo Likert con puntuaciones de 0, 1 y 2 para cada ítem de cada categoría.
- Santiago-Bazán y Carcausto (2019) implementaron una escala Likert con 5 alternativas por ítem: "nunca", "casi nunca", "algunas veces", "casi siempre" y "siempre". Al finalizar el cuestionario, los rangos de puntuación del Cuestionario de Estilo de Vida Saludable (CEVS) se categorizaron en: nivel bajo [34 a 79], nivel medio [80 a 124] y nivel alto [125 a 170].
- Calderón-Hernández (2014) incluyó preguntas con diversas formas de respuesta. Entre ellas, destacó la escala tipo Likert de múltiple opción de respuesta para preguntas de recursos, con opciones como "Todos los días", "La mayoría de los días", "Algunos días" y "Ningún día", además de opciones únicas para preguntas de motivaciones.
- Bandari et al. (2020) emplearon una escala Likert de 5 puntos: "siempre", "la mayoría de las veces", "a veces", "rara vez" y "nunca". La puntuación total del cuestionario osciló entre 35 y 175, pudiéndose transformar linealmente a una escala de 0 a 100, donde una puntuación más alta indica un mejor estilo de vida saludable.
- Batista et al. (2020) dividieron su escala de puntuación en 6 subescalas, evaluadas según una escala Likert de 7 niveles, que iban desde 1 ("totalmente en desacuerdo") hasta 7 ("totalmente de acuerdo").
- Guerrero et al. (2013) utilizaron una escala tipo Likert de cinco alternativas para especificar el nivel de acuerdo o desacuerdo. Esta escala equilibró enunciados tanto positivos como negativos (inversos) para evitar la aquiescencia.
- Cárdenas-Mamani, Flores-Cayro y Sánchez-León (2020) consideraron preguntas mayormente dicotómicas (sí/no) para su escala de puntuación.
- Bennasar-Veny (2012) empleó una escala Likert de 5 puntos: "nunca", "casi nunca", "a veces", "a menudo" y "siempre".
-

Figura 3. Tipos de escala



Nota: tipos de escala utilizada en las encuestas analizadas

Conclusión

Las definiciones más aceptadas de estilos de vida saludables a menudo los conciben como un patrón de comportamiento. Es crucial diferenciar entre hábitos y estilos de vida. La principal distinción radica en que los hábitos son conductas más estables e internalizadas, mientras que los estilos de vida abarcan un espectro más amplio de elecciones y comportamientos relacionados con la vida diaria.

Cada estudio adaptó y validó sus cuestionarios para alinearse con objetivos específicos y poblaciones de interés, lo que resultó en una diversidad de componentes evaluados. Los componentes más prominentes identificados fueron los hábitos alimentarios y la actividad física. Otras áreas significativas incluyeron el consumo de sustancias, el descanso y el estrés, que pueden agruparse ampliamente bajo el paraguas de la salud mental y las conductas protectoras de la salud.

En cuanto al desarrollo de los cuestionarios, el 77% de los estudios basaron sus instrumentos en herramientas existentes, mientras que el resto creó sus cuestionarios a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica. Respecto a la escala utilizada, el 92% de los estudios emplearon una escala Likert, y el 8% restante optó por una escala dicotómica.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Abad F.J, Garrido J, Olea J, y Ponsoda V. (2006). Introducción a la psicometría. Teoría clásica de los tests y teoría de la respuesta al ítem [Archivo PDF]. <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-de-educacion-superior-rosario-castellanos/introduccion-a-la-psicometria/introduccion-a-la-psicometria-abad/55575856>
- Bandari R., Mohammadi Shahboulaghi F., y Montazeri A. (2020). Development and psychometric evaluation of the healthy lifestyle questionnaire for elderly (heal). *Health Qual Life Outcomes*, 18(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1186/s12955-020-01529-3>
- Batista M., Leyton-Román M., Honório S., Santos J., y Jiménez-Castuera R. (2020). Validation of the Portuguese Version of the Healthy Lifestyle

- Questionnaire. *Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1-12. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17041458>
- Bennasar-Veny M., (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/84136#page=1>
- Calderón-Hernández L. S. (2014). Análisis psicométrico del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-R2 en un grupo de estudiantes de Unisangil. [Tesis]. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/206/2014_Tesis_Calderon_Hernandez_Leider_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cárdenas-Mamani C. J., Flores-Cayro C. A, J. y Sánchez-León N. E., (2020). Elaboración y validación de una escala de estilos de vida saludable en trabajadores de salud en un hospital público de tercer nivel, Lima-Perú, 2020. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7847>
- Cruz-Valdez G. y Acosta M. E. (2017). Validación de un instrumento para medir hábitos de estilo de vida en estudiantes universitarios. *Revista Internacional De Estudios En Educación*, 17(1), 38-53. <https://doi.org/10.37354/rie.2017.167>
- Dominguez H. D. S., Frías Osuna A., Vega-Martínez M. del C., Palomino Moral P., Ángel & del Pino Casado R. (2021). Adaptación y validación del cuestionario Estilo de Vida Personal en población joven española. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 404-418. <https://doi.org/10.17162/au.v11i5.931>
- Gómez-Sandoval R. A., Orellana Quintanilla A. N., Vegara Reyes, M. F. y Vera Guerrero, L. (2018). Confiabilidad y validación del instrumentos "I5" para el estudio de hábitos saludables en estudiantes de la Universidad Gabriela Mistral, Providencia, Santiago Chile. <http://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/2104>
- Grimaldo-Muchotrigo M. P. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud *Psicología y Salud*, 22, (1) 75-87. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/559/958>
- Guerrero L., León A., Mousalli G., Quintero, H., y Bianchi, G. (2013). Construcción de un protocolo para conocer estilo de vida y salud. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 23 (66), 71-84. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70538668005>
- Leyton M., Lobato S., Batista M., Aspano M. I. y Jiménez R. (2018). Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 23-31. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311153534002.pdf>
- Marques Silva A. M., Silva Brito I. y da Costa Amado J. M. (2014). Translation, adaptation and validation of the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire with students in higher education. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Muñiz J., (2003). La validación de los tests. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 5, 119-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=977584>
- Salazar-Torres I. C., Varela-Arévalo M. T., Lema-Soto, L. F., Tamayo-Cardona, J. A., y Duarte-Alarcón, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública* , 12 (4), 599-611. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/43326>
- Santiago-Bazán C., y Carcausto W. (2019). Validez y fiabilidad de un cuestionario de estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. *Health Care & Global Health*.,3(1), 23-8. <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/33/pdf>

- Batista, M., Leyton-Román, M., Honório, S., Santos, J. y Jiménez-Castuera, R. (2020). Validation of the Portuguese Version of the Healthy Lifestyle Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1458. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041458>
- Bernal Ruiz D.C. (2016). Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del Environmental Stress Questionnaire. *Revista Cubana de Enfermería*. 32(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/774>
- Calderón, L. S. (2014). Análisis psicométrico del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios. CEVJU-R2 en un grupo de estudiantes de Unisangil. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/206>.
- Cárdenas Mamani C.; Flores Cayro C., Sánchez León N. (2020). Elaboración y validación de una escala de estilos de vida saludable en trabajadores de salud en un hospital público de tercer nivel, Lima-Perú, 2020. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7847>
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 5, núm. 3, pp. 521-551. Asociación Española de Psicología Conductual, Granada, España.
- Chopra, S., Ranjan, P., Malhotra, A., Sahu, A., Dwivedi, S., Baitha, U., . . . Kumar, A. (2021). Desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar el impacto del COVID-19 en los comportamientos relacionados con el estilo de vida: Hábitos alimentarios, actividad y comportamiento del sueño. *Nutrición de salud pública*, 24 (6), 1275-1290. doi:10.1017/S1368980020004656 <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/development-and-validation-of-a-questionnaire-to-evaluate-the-impact-of-covid19-on-lifestyle-related-behaviours-eating-habits-activity-and-sleep-behaviour/7976FE2BB30EA0D0CA7A6785A9514869>
- Cruz Valdez, G., y Acosta, M. E. (2017). Validación de un instrumento para medir hábitos de estilo de vida en estudiantes universitarios. *Revista Internacional De Estudios En Educación*, 17(1), 38-53. <https://doi.org/10.37354/riee.2017.167>
- Domingues, H. D. S., Frías Osuna, A., Vega-Martínez, M. del C., Palomino Moral, P. A. y Del Pino Casado, R. (2021). Adaptación y validación del cuestionario Estilo de Vida Personal en población joven española. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 404-418. <https://doi.org/10.17162/au.v11i5.931>
- Domínguez-Lara, S.A. (2016). Validez de contenido usando la V de Aiken con intervalos de confianza: aportes a Rodríguez et al. *Arch Argent Pediatr*;114(3):e221-e3. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n3/v114n3a35.pdf>
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 15, Nº. 2, 2003, pags. 315-32.
- Elosua, P. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* 25 (2), 151-157 1429.
- Espinoza Lara, M. L. (2019). Validación de un cuestionario para medir el estilo de vida de los estudiantes Universitarios en el marco de la teoría de Nola Pender (EVEU). *Revista Torreón Universitario*, 7(19), 38-49. <https://doi.org/10.5377/torreon.v7i19.7909>
- Escurra Mayaute, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología* 6(1-2):103-111. National University of San Marcos
- Gómez Sandoval R., Orellana Quintanilla A., Vergara Reyes, M., Vera Guerrero L. (2018). Confiabilidad y validación de instrumentos para el estudio de hábitos saludables en estudiantes de la Universidad Gabriela Mistral, Providencia, Santiago Chile. <http://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/2104>
- Grimaldo Muchotrigo, M. P. (2007). Construcción de un instrumento sobre estilos de vida saludables en estudiantes universitarios. Universidad San Martín de Porres, Instituto de

- Investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a01.pdf
- Grimaldo Muchotrigio, M. P. (2012) Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud.
- Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014). Metodología de la Investigación.
- Kim H. (2017). Development and validation of the pro-environmental behaviour scale for women's health. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1235–1244.
<https://doi.org/10.1111/jan.13233>
- Krageloh, C. U., Kersten, P., Billington, D. R., Hsien-Chuan Hsu, P., Shepherd D., Landon, J. y Freng, X. J. (2012). Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: confirmatory analysis and Rasch analysis. *Qual Life Res* (22), 1451-1457. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-012-0265-9>
- Laguado, J. E y Gómez Díaz, M.P. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. salud.*; 19(1):68-83.
- Leyton, M., Lobato S., Batista M., Aspano M. I. y Jiménez R. (2018). Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13, (1), 23-31.
<https://www.redalyc.org/pdf/3111/311153534002.pdf>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Marques Silva, A.M., Da Silva Brito, I. y Da Costa Amado J. M. (2014). Translation, adaptation and validation of the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire with students in higher education.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/P8VKNqHgv8YwTBd3jR6TdKv/?lang=pt>
- Martínez-Arias R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis;
- Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. En *Avances en Medición*, 6, pp. 27-36
http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Merino Soto C, Livia Segovia J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *An Psicol.*;25(1);169-71. <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/71631/69111>
- Mousalli, G., Bianchi, G., Guerrero, L., León, A. y Quintero, H. (2013). Construcción de un protocolo para conocer estilo de vida y salud. *fermento. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 23 (66),71-84. ISSN: 0798-3069.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70538668005>
- Muñiz, J. (2003). La validación de los tests. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 5, 119-139
- Osterlind SJ. (1989). *Constructing test Items*. London: Kluwer Academic Publishers; 4.
- Ozcoidi, M. E. y Pérez Jarauta, M. J.(2002). *Estilos de vida. Promoción de salud. Acciones colectivas y comunitarias*.Gobierno de Navarra: Gráficas Alzate.
- Pedrosa, I, Suárez-Álvarez, J; García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, vol. 10, núm. 2, pp. 3-18. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
- Robles Garrote, P y Rojas, M (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, núm. 18. Recuperado de https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf.

- Santiago-Bazán C. y Carcausto W. (2019). Validez y fiabilidad de un cuestionario de estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. *Health Care & Global Health*,3(1):23-8 doi: 10.22258/hgh.2019.31.51 <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/33/pdf>
- Salazar-Torres, I., Varela-Arévalo, M., Lema-Soto, L., Tamayo-Cardona, J., Duarte-Alarcón, C. y Equipo de investigación CEVJU Colombia, E. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/43326>
- Abad F.J, Garrido J, Olea J, y Ponsoda V. (2006). Introducción a la psicometría. Teoría clásica de los tests y teoría de la respuesta al ítem [Archivo PDF]. <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-de-educacion-superior-rosario-castellanos/introduccion-a-la-psicometria/introduccion-a-la-psicometria-abad/55575856>
- Bandari R., Mohammadi Shahboulaghi F., y Montazeri A. (2020). Development and psychometric evaluation of the healthy lifestyle questionnaire for elderly (heal). *Health Qual Life Outcomes*, 18(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1186/s12955-020-01529-3>
- Batista M., Leyton-Román M., Honório S., Santos J., y Jiménez-Castuera R. (2020). Validation of the Portuguese Version of the Healthy Lifestyle Questionnaire. *Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1-12. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17041458>
- Bennasar-Veny M., (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/84136#page=1>
- Broström A., Pakpour A., Ulander M., Nilsen P. (2018). Development and psychometric evaluation of the Swedish propensity to achieve healthy lifestyle scale in patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22): 4040-4049. <https://doi.org/10.1111/jocn.14535>
- Calderón-Hernández L. S. (2014). Análisis psicométrico del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios CEVJU-R2 en un grupo de estudiantes de Unisangil. [Tesis]. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/206/2014_Tesis_Calderon_Hernandez_Leider_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cárdenas-Mamani C. J., Flores-Cayro C. A, J. y Sánchez-León N. E., (2020). Elaboración y validación de una escala de estilos de vida saludable en trabajadores de salud en un hospital público de tercer nivel, Lima-Perú, 2020. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7847>
- Cruz-Valdez G. y Acosta M. E. (2017). Validación de un instrumento para medir hábitos de estilo de vida en estudiantes universitarios. *Revista Internacional De Estudios En Educación*, 17(1), 38-53. <https://doi.org/10.37354/rie.2017.167>
- Dominguez H. D. S., Frías Osuna A., Vega-Martínez M. del C., Palomino Moral P., Ángel & del Pino Casado R. (2021). Adaptación y validación del cuestionario Estilo de Vida Personal en población joven española. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 404–418. <https://doi.org/10.17162/au.v11i5.931>
- Echaurri Ozcoidi M. y Pérez Jarauta, M. J. (2002). Estilos de vida. Promoción de salud. Acciones colectivas y comunitarias. Gobierno de Navarra. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/739B6C29-A767-45BD-A86F-BFC9324AD919/193852/EVPROMOCION.pdf>
- Elosua Oliden P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*. [Archivo PDF] <https://www.psicothema.com/pdf/1063.pdf>
- Espinoza Lara M. L. (2018). Validación de un cuestionario para medir el estilo de vida de los estudiantes Universitarios en el marco de la teoría de Nola Pender (EVEU). *Revista Torreón Universitario*, 7(19), 38–49. <https://doi.org/10.5377/torreon.v7i19.7909>

- Fernández-Altuna MDL Á., López-Ortega M., López-López E., Gutiérrez-Rayón D., Martínez del Prado A., y Pantoja Meléndez C. A. (2017). Validación de un cuestionario para la determinación de factores de riesgo físico, alimentarios y de descanso para enfermedades crónico-degenerativas en población adulta de la Ciudad de México. *Salud en Tabasco*, 23 (1-2), 34-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566006>
- Gholamalishahi A., Mannocci E., Ettorre G. , La Torre C. E. , Okechukwu (2022). Lifestyle and Life Expectancy Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. *La Clínica Terapéutica*, 173(2), 128-134. <https://doi.org/10.7417/CT.2022.2406>
- Gómez-Sandoval R. A., Orellana Quintanilla A. N., Vegara Reyes, M. F. y Vera Guerrero, L. (2018). Confiabilidad y validación del instrumentos "I5" para el estudio de hábitos saludables en estudiantes de la Universidad Gabriela Mistral, Providencia, Santiago Chile. <http://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/2104>
- Grimaldo-Muchotrigo M. P.(2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud *Psicología y Salud*, 22, (1) 75-87. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/559/958>
- Guerrero L., León A., Mousalli G., Quintero, H., y Bianchi, G. (2013). Construcción de un protocolo para conocer estilo de vida y salud. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 23 (66), 71-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70538668005>
- HyunKyoung K. (2017). Development and validation of the pro-environmental behaviour scale for women's health . *Journal of advanced nursing*, 73(5): 1235-1244. <https://doi.org/10.1111/jan.13233>
- Krageloh C. U., Kersten P., Billington D. R., Hsien-Chuan Hsu, P., Pastor D., Shepherd D. ,Landon J., y Feng X. J. (2012). Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: confirmatory analysis and Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 22(6), 1451-1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0265-9>
- Leyton M., Lobato S., Batista M., Aspano M. I. y Jiménez R. (2018). Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 23-31. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311153534002.pdf>
- Marentes Castillo M., Zamarripa J., y Castillo I., (2019). Validación de la Grit Scale y el Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) in the mexican context. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(1), 9-18. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n1.2>
- Marques Silva A. M., Silva Brito I. y da Costa Amado J. M. (2014). Translation, adaptation and validation of the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire with students in higher education. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Muñiz J., (2003). La validación de los tests. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 5, 119-139.<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=977584>
- Muñiz- Fernández J., Elosua Oliden P. y Hambleton R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Plaza-Torres J. F., Martinez-Sanchez J. A. y Navarro-Suay, R. (2022). Hábitos alimenticios, estilos de vida y riesgos para la salud. Estudio en una población militar. *Sanidad Militar*, 78 (2), 74-81. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712022000200004>
- Salazar-Torres I. C., Varela-Arévalo M. T., Lema-Soto, L. F., Tamayo-Cardona, J. A., y Duarte-Alarcón, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes

- universitarios. Revista de Salud Pública, 12 (4), 599-611.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/43326>
- Santiago-Bazán C., y Carcausto W. (2019). Validez y fiabilidad de un cuestionario de estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. Health Care & Global Health.;3(1), 23-8.
<http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/33/pdf>
- Treat-Jacobson D., Lindquist R. A., Witt D. R., Kirk L. N., Schorr E. N. , Bronas U. G., Davey C. S., & Regensteiner J. G. (2012). The PADQOL: Development and validation of a PAD-specific quality of life questionnaire. Vascular Medicine, 17(6), 405-415.
<https://doi.org/10.1177/1358863X12466708>

Frecuencia de diabetes y las características alimentarias en adultos que asisten a un comedor de barrio vulnerable de la Ciudad de San Luis

Frequency of diabetes and dietary characteristics among adults attending a community kitchen in a vulnerable neighborhood of the city of San Luis

Recibido para publicar el 4 de junio de 2025

Aceptado para su publicación el 24 de junio de 2025

Versión final 8 de agosto de 2025

Cómo citar este artículo: Di Pasquale, Antonella³⁸; Huarte, Silvia A.³⁹ y Olivero, Ivana V.⁴⁰. **Frecuencia de diabetes y las características alimentarias en adultos que asisten a un comedor de barrio vulnerable de la Ciudad de San Luis.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 139- 154

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la frecuencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y las características alimentarias de adultos entre 35 y 59 años que asisten a un comedor comunitario en un barrio vulnerable zona oeste de San Luis, Argentina. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal. Se incluyeron 68 personas, a quienes se les realizó una encuesta y medición de glucemia capilar. El 18% de los participantes manifestó tener diagnóstico de DM2 por autoreporte, mientras que el 9% presentó síntomas compatibles sin diagnóstico. Mediante mediciones objetivas, el 32% presentó niveles elevados de glucosa. Respecto a la alimentación, la mayoría no cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) (Ministerio de Salud Argentina, 2019).

El 96% no consume la cantidad recomendada de agua, el 69% no cumple con la ingesta de frutas y verduras y el 91% no alcanza la recomendación de lácteos. Además, el 96% no cumple con la porción diaria de carnes y el 100% no consume pescado regularmente. Se observó un elevado consumo de productos refinados, alimentos procesados, sal y azúcar. Solo una minoría intenta reducir el consumo de azúcar.

La pobreza, el desempleo y la baja escolaridad son factores sociales condicionantes. Se concluye que existe una alta prevalencia de DM2 no diagnosticada y hábitos alimentarios inadecuados. Se recomienda implementar estrategias de intervención nutricional, educación alimentaria y detección precoz para mejorar la salud de esta población vulnerable.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, glucemia capilar, alimentación, comedor comunitario, hábitos alimentarios, salud pública.

Abstract

This study aimed to assess the frequency of type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) and the dietary characteristics of adults aged 35 to 59 attending a community kitchen in a vulnerable neighborhood in San Luis, Argentina. This was a quantitative, descriptive, and cross-sectional study involving 68 participants who underwent a survey and capillary glucose testing. Self-

³⁸ Lic. en Nutrición, egresada de la Universidad Nacional de San Luis. Consultorio nutricional. antodipasquale@gmail.com

³⁹ Lic. en Fonoaudiología, Profesora Adjunta en el departamento de Kinesiología y Fisiatría, Profesora Adjunta del Departamento de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de San Luis. Directora de proyecto de Investigación. silviaadrianahuarte@gmail.com

⁴⁰ Lic. en Nutrición, Especialista en Educación Superior y Especialista en Salud Social y Comunitaria. Profesor adjunto en el departamento de Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de San Luis. Director de proyectos de investigación y extensión. ivanavolivero@gmail.com

reported data indicated that 18% of participants had a T2DM diagnosis, while 9% showed symptoms without diagnosis. Objective measurements revealed that 32% had elevated blood glucose levels. Most participants did not meet the nutritional recommendations of the Argentine Food Guidelines.

Notably, 96% did not consume the recommended daily water intake, 69% did not meet the fruit and vegetable recommendation and 91% failed to meet dairy intake guidelines. Furthermore, 96% did not consume the recommended daily meat portion, and none reported regular fish consumption. A high intake of refined products, processed foods, salt, and sugar was observed, while only a minority reported trying to reduce sugar intake.

Socioeconomic conditions such as poverty, unemployment, and low level of education were significant influencing factors. The study concluded that there is a high prevalence of undiagnosed T2DM and poor dietary habits. The findings highlight the urgent need for nutritional interventions, food education and early detection strategies in order to improve health outcomes in this vulnerable population.

Keywords: Type 2 diabetes, capillary glucose, diet, community kitchen, eating habits, public health.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia sostenida con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, como consecuencia de una alteración en la secreción de insulina. Su curso es progresivo y es una enfermedad sistémica, por este motivo la hiperglucemia se asocia a complicaciones de múltiples órganos. Es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más prevalente es la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), generalmente en adultos. La diabetes es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores.

La diabetes mal controlada aumenta las posibilidades de estas complicaciones y la mortalidad prematura (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2019). La prevalencia mundial de diabetes en adultos aumentó del 7 % al 14 % entre 1990 y 2022. Los países de ingresos bajos y medios experimentaron los mayores aumentos, donde las tasas de diabetes se dispararon. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). En la Argentina, la prevalencia autorreportada de glucemia elevada o diabetes aumentó de 9,8% a 12,7% en la 4ta ENFR respecto de la edición anterior. (Ministerio de Salud Argentina, 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [ENFR], 2019). En el presente trabajo se investigó sobre la frecuencia de diabetes y las características alimentarias de este grupo etario de 35 a 59 años que es la edad de mayor concurrencia al comedor de los adultos.

Torresani y Somoza (2017) sostienen que la evaluación del consumo alimentario es uno de los pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas y preservar su vida. La alimentación programada es uno de los pilares del tratamiento de la diabetes, en cualquiera de sus formas. Sin ella es difícil lograr un control metabólico adecuado, aunque se utilicen medicamentos hipoglucemiantes de alta potencia. En muchos casos, junto al ejercicio constituye la única medida terapéutica.

Por lo anteriormente expuesto es que nos preguntamos ¿Cuál es la frecuencia de Diabetes Mellitus y las características de la alimentación en adultos entre 35 a 59 años que asisten a un comedor de un barrio vulnerable, durante el 2023?

Objetivos

El objetivo general fue evaluar la frecuencia de Diabetes Mellitus y las características de la alimentación en adultos entre 35 a 59 años que asisten a un comedor comunitario en un barrio vulnerable zona oeste de San Luis.

Los objetivos específicos planteados fueron establecer las características demográficas, caracterizar los determinantes de la salud, determinar la frecuencia de Diabetes Mellitus por autoreporte y medidas objetivas y valorar las características de la alimentación con y sin diagnóstico de diabetes.

Material y métodos

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, basado en la medición numérica y el análisis estadístico de los datos, teniendo en cuenta las siguientes características. De alcance descriptivo, observacional, transversal, y prospectiva.

La muestra fue “por conveniencia” o “intencional”, tomando una muestra de la población accesible, fue conformada por 68 adultos maduros de 35 a 59 años que asistieron al comedor comunitario en un barrio vulnerable zona oeste de la ciudad de San Luis, Argentina. Los criterios de inclusión fueron personas que asistieron al comedor del barrio vulnerable, de ambos sexos y que desearon participar voluntariamente. Para el presente trabajo se utilizó el modelo de consentimiento informado sugerido por la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de San Luis.

Como técnicas de recolección de datos, se indagó sobre DM2 por autorreporte y medidas objetivas de glucemia. La 4ta Encuesta Nacional de factores de riesgo reconoce que la glucemia capilar en ayunas resulta útil para detectar potenciales diabéticos subdiagnosticados, es decir que desconocen su condición pero que presentan la sintomatología (Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

La glucemia capilar es aquella que se mide mediante la práctica de un pequeño pinchazo en un dedo para extraer una gota de sangre que luego se coloca en una tira reactiva y se analiza mediante un glucómetro. La técnica fue realizada en aquellas personas que refirieron sintomatología asociada a la DM2 (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso). El único criterio diagnóstico que no requiere una segunda determinación para establecer el diagnóstico es la glucemia plasmática al azar igual o mayor a 200 mg/dl en presencia de síntomas (Ministerio de Salud, 2021).

Para realizar correctamente la prueba de glucemia capilar fue necesario seguir previamente un protocolo donde se tuvieron en cuenta las siguientes recomendaciones: lavar bien las manos para eliminar cualquier resto de azúcares procedentes de alimentos o bebidas, que podrían alterar la medición de la glucosa. Secarse bien las manos, para evitar que la sangre se pueda diluir en el agua remanente, lo que haría que las cifras de glucosa obtenida fueran inferiores a las reales. Si se tienen las manos muy frías, conviene calentarlas un poco para que la sangre aflore con más facilidad. Tener las manos calientes o templadas para que la gota de sangre salga con más facilidad (Ministerio de Salud, 2021).

La recolección de datos se tomó a la mañana previo ingreso al comedor. El glucómetro midió la glucosa tras realizar el pinchazo del dedo, se introdujo la sangre en la tira reactiva luego de introdujo en el aparato lo que permitió registrar el valor de glucosa sanguínea al momento de la medición. Se llevó a cabo una entrevista presencial con los voluntarios de manera individual para realizar la recolección de datos referidos a la ingesta de alimentos, se empleó un cuestionario de consumo. El mismo fue el instrumento utilizado para recolectar información lo más detallada posible respecto a los alimentos y bebidas consumidas (Monsalve Álvarez & González Zapata, 2011). El instrumento fue elaborado para la presente investigación y fue puesto a prueba en una población de individuos que no formaron parte del estudio.

La prueba piloto del cuestionario permitió mejorar las preguntas del instrumento y realizar los ajustes necesarios con el fin de evitar cometer errores. Se utilizó un cuestionario general de alimentación y un formulario de frecuencia de consumo semanal adaptado para los fines del presente estudio. Se agregaron ejemplos de preparaciones y alimentos (en el grupo de cereales y legumbres). Las personas que participaron de la prueba encontraron facilidad y practicidad a la hora de responder la misma. En la mayoría de las situaciones el entrevistado es el sujeto mismo de observación. Sin embargo, en los casos de adultos con dificultades para recordar, se puede entrevistar a un familiar o cuidador.

Resultados

El 22% (n: 15) de los encuestados tiene una edad de 35 a 39 años, el 29% (n:20) entre 40 a 45 años, el 24% (n:16) entre 46 a 49 años y el 25% (n:17) entre 50 a 59 años. El 57% (39) de los encuestados son de sexo femenino y el 43% (29) son de sexo masculino. El 12% (8) de los encuestados no posee nivel educativo, el 41% (28) tiene el primario incompleto y el 47% (32) tiene primario completo y secundario incompleto.

El 69% (47) de los encuestados asiste a centros públicos de salud y el 31% (21) tiene cobertura prepaga/ obra social. El 60% (41) de los entrevistados se encuentran desempleados, el 22% (15) tienen empleo, el 13% (9) son independientes/ autónomos, el 3% (2) se encuentran subempleados es decir que reciben ayuda estatal y el 2% (1) es jubilado/pensionado. Al analizar los datos obtenidos del nivel de ingresos total del núcleo familiar y la composición del hogar, se observó que el 82% (56) de los encuestados se consideró en situación de pobreza y el 18% (12) no se encuentra en situación de pobreza según el indicador de la línea de pobreza desarrollado por el INDEC.

El 78% (53) de los encuestados tiene vivienda propia, el 1% (1) de los encuestados, alquila, el 18% (12) tiene una vivienda prestada y el 3% (2) se encuentra en otra situación diferente (ver figura 1).

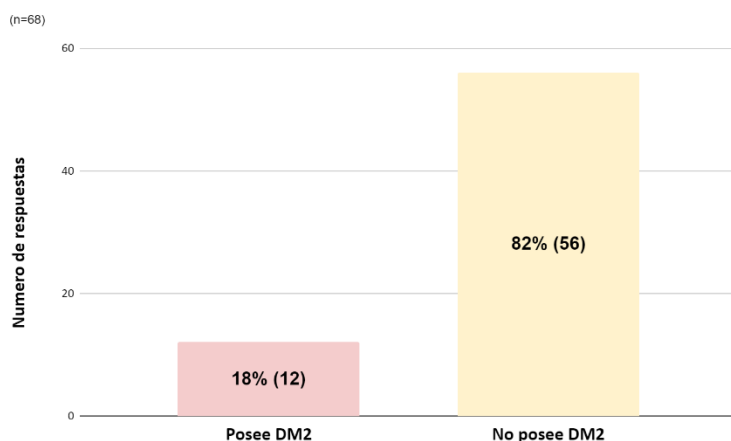
Figura 1
Determinantes de la salud

Dimensión	Categoría	Número de respuestas	F
Cobertura de salud	Solo pública	47	69%
	Obra social/prepaga	21	31%
Situación laboral	Empleado	15	22%
	Desempleado	41	60%
	Independiente/autónomo	9	13%
	Subempleado: recibe asistencia estatal	2	3%
	Jubilado y/o pensionado	1	2%
Situación de pobreza	Pobre	56	82%
	No pobre	12	18%
Vivienda	Propia	53	78%
	Alquilada	1	1%
	Cedida por trabajo	0	0%
	Prestada	12	18%
	Otra situación	2	3%

El 18% (12) poseen diagnóstico de DM2 por autorreporte y el 82% (56) no poseen DM2. El 18% poseen diagnóstico médico según lo reportado por los participantes del estudio y el 9% posee sintomatología asociada con la patología. (ver figura 2).

Figura 2

Diabetes por autorreporte de los adultos que asistieron al comedor del barrio



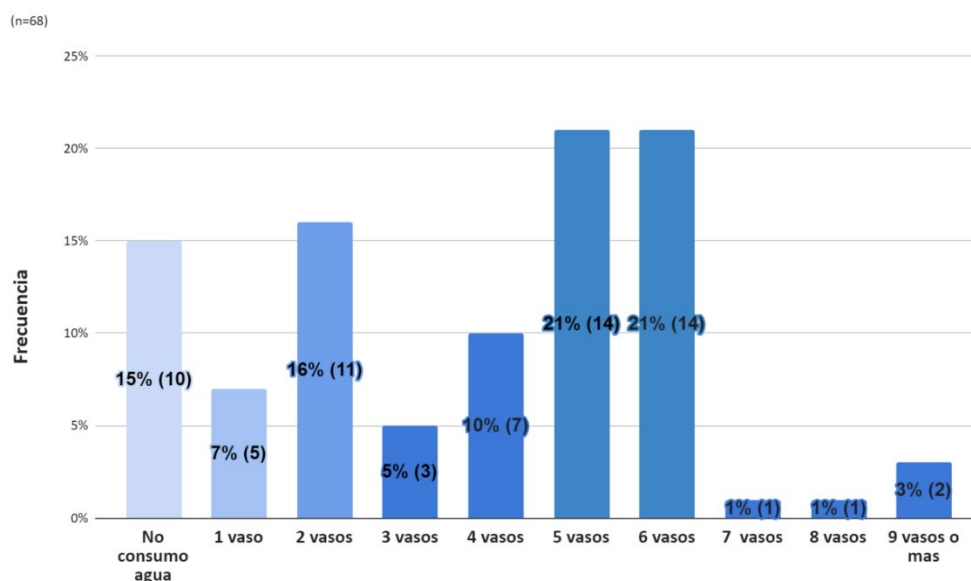
Se observa que el 9% (n:6) de los encuestados tenían síntomas asociados a la patología como polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso; y el 91% (n:62) no tenían síntomas.

Los valores obtenidos por medida objetiva el 68% (46) presentaron valores menores a 99 ug/dl, el 20% (14) valores superiores a 100 ug/dl y el 12% (8) valores superiores a 200 ug/dl.

En lo que refiere a las características alimentarias, el consumo de agua diario recomendado por las GAPA es de 8 vasos, el 4% cumple con lo expuesto. Al analizar el consumo diario de agua se observó que 15% (10) de los encuestados no consumen agua, el 7% (5) consume 1 vaso diario de agua, el 16% (11) consume 2 vasos, el 5% (3) consume 3 vasos, el 10% (7) consume 4 vasos, el 21% (14) consume 5 vasos diarios, el 21% (14) consume 6 vasos diarios, el 1% (1) consume 7 vasos, el 1% (1) consume 8 vasos diarios y el 3% (2) consume 9 vasos (ver figura 3).

Figura 3

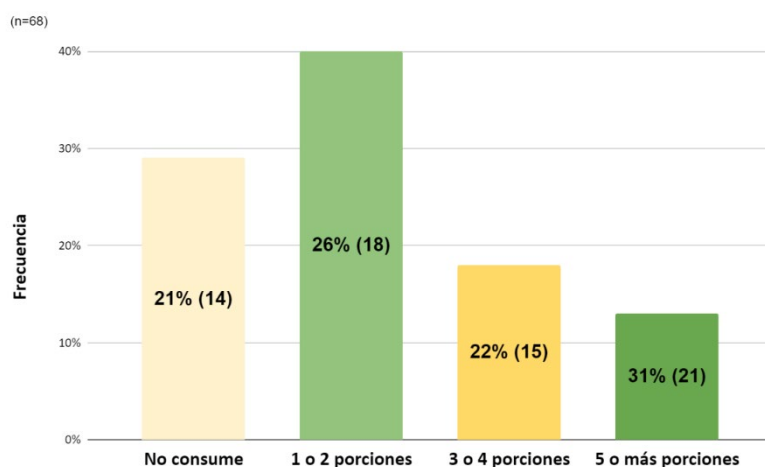
Consumo de agua en adultos que asistieron al comedor del barrio



La ingesta de frutas y verduras recomendado por las GAPA es de 5 porciones diarias, el 31% de los encuestados cumplen con la recomendación.

Figura 4

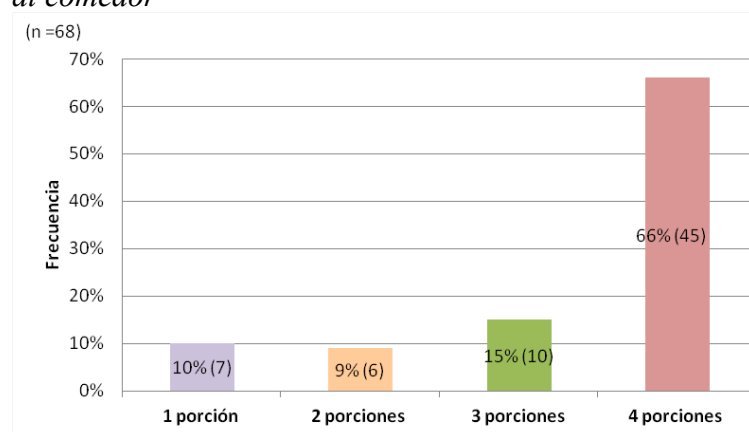
Consumo de frutas y verduras en adultos que asistieron al comedor del barrio



El consumo recomendado de cereales, legumbres, pan, papa y pasta es de 4 porciones diarias, el 66% lo consume. La recomendación de las GAPA para el consumo de cereales es optar por los de tipo integral frente a los refinados, el 100% de los encuestados optan por los de tipo refinado. En la presente investigación el consumo de legumbres es del 65%. Al analizar el consumo diario de cereales, el 10% (7) consume una porción, el 9% (6) consumen 2 porciones, el 15% (10) consumen 3 porciones y el 66% (45) consumen 4 porciones. Al indagar al grupo de estudio sobre el tipo de cereales que se consumen se observó que el 100% (68) consume la variedad refinada, también denominada de manera comercial blanco. En cuanto al consumo de legumbres, el 65% (44) de los encuestados si consume y el 35% (24) no consume (Ver figura 5).

Figura 5

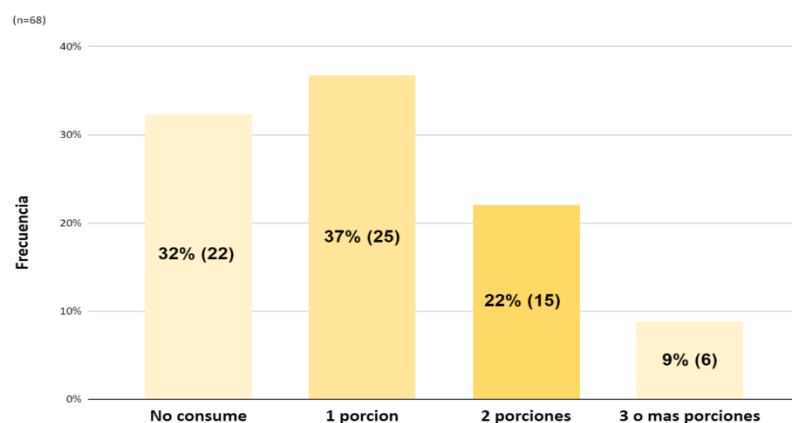
Consumo diario de cereales, legumbres, pan, papa y pastas en adultos que asistieron al comedor



En cuanto a la recomendación de la guía alimentaria sobre leche, yogur y/o quesos es de 3 porciones diarias, el 9% de los encuestados cumplen con esta recomendación. Las ENNyS sostienen entre los lácteos recomendados que 4 de cada 10 individuos refirieron haber consumido leche, yogur y/o queso al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses, coincidiendo con lo expuesto en el presente trabajo. La mayor parte de la población no cumple con la cantidad diaria recomendada por las GAPA ya que el 32% (22) no consume lácteos, el 37% (25) consume una porción, el 22% (15) consume 2 porciones y el solo 9% (6) consume 3 o más porciones (ver figura 6).

Figura 6

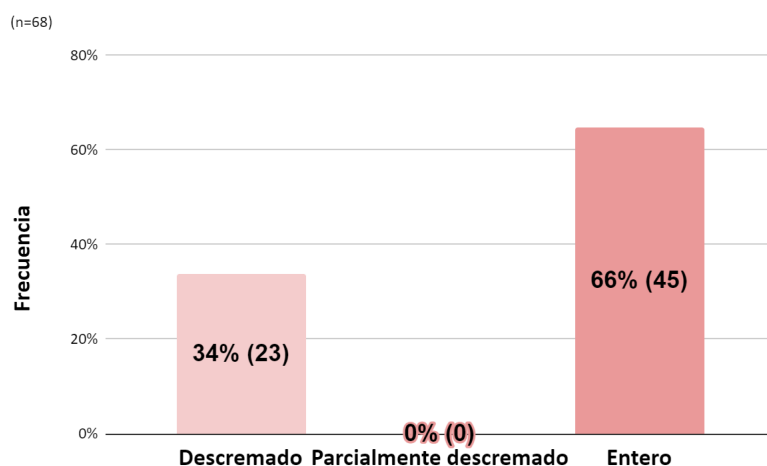
Consumo de leche, yogur y quesos en adultos que asistieron a comedor del barrio



El 66% (45) de los encuestados consume la versión entera de lácteos y el 34% (23) consume la versión descremada, no cumpliendo con lo mencionado por las GAPA donde se recomienda la de tipo descremada (ver figura 7).

Figura 7

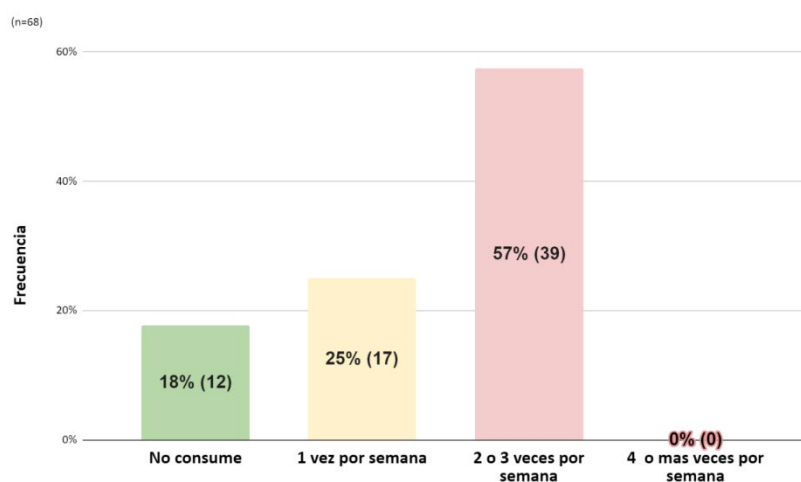
Tipo de lácteos que consumen los adultos que asistieron al comedor del barrio



El 18% (12) de los encuestados no consume carne magra, el 25% (17) consume 1 vez por semana, el 57% (39) consume 2 o 3 veces por semana y el 0% (0) consume 4 o más veces por semana (ver figura 8).

Figura 8

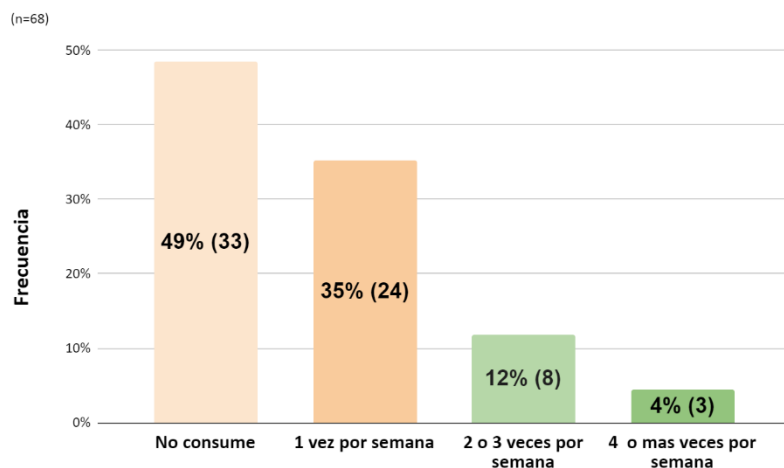
Consumo de carne magra en adultos que asistieron al comedor del barrio



El 49% (33) de los encuestados no consume carne grasa, el 35% (24) consume 1 vez por semana, el 12% (8) consume 2 o 3 veces por semana y el 4% (3) consume 4 o más veces por semana (ver figura 9).

Figura 9

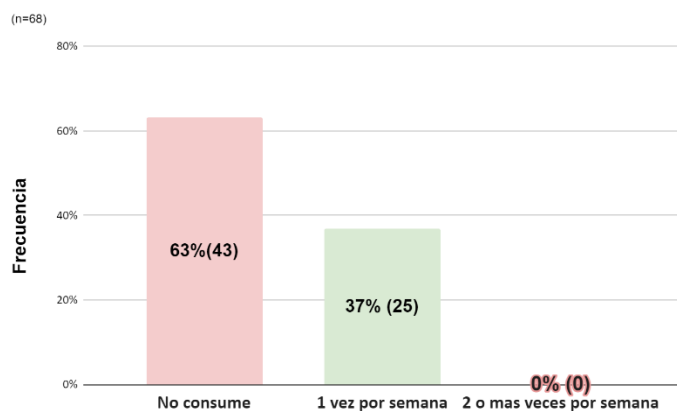
Consumo de carne grasa en adultos que asistieron al comedor del barrio



Se puede observar en los dos gráficos anteriores que hay más consumo de carne magra que de las carnes grasas. El consumo de carnes y huevo recomendado por las GAPA es de 1 porción diaria, el 96% no cumple con lo anteriormente expuesto, de manera similar sucede con los datos obtenidos en las ENNyS donde 5 de cada 10 individuos refirieron haber consumido carne roja, carne de ave y/o huevo al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. El 63% (43) de los encuestados no consume pescado y el 37% (25) consume 1 vez por semana (ver figura 10).

Figura 10

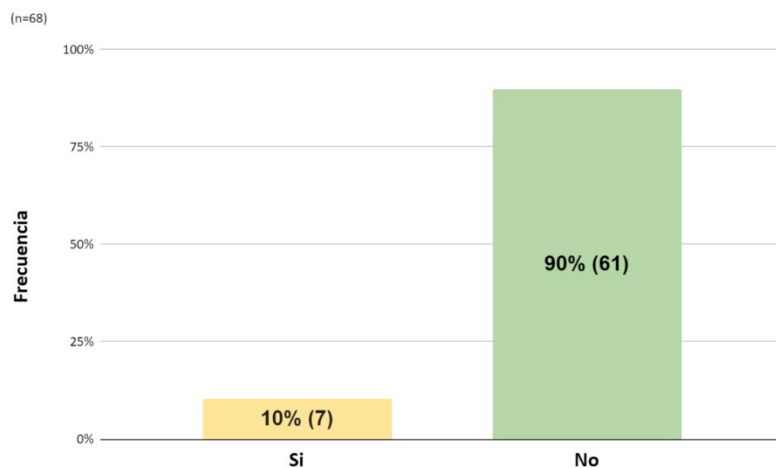
Consumo de pescado en adultos que asistieron al comedor del barrio



Los datos arrojados en cuanto al consumo de huevo es que, el 90% de los encuestados no consume diariamente (ver figura 11).

Figura 11

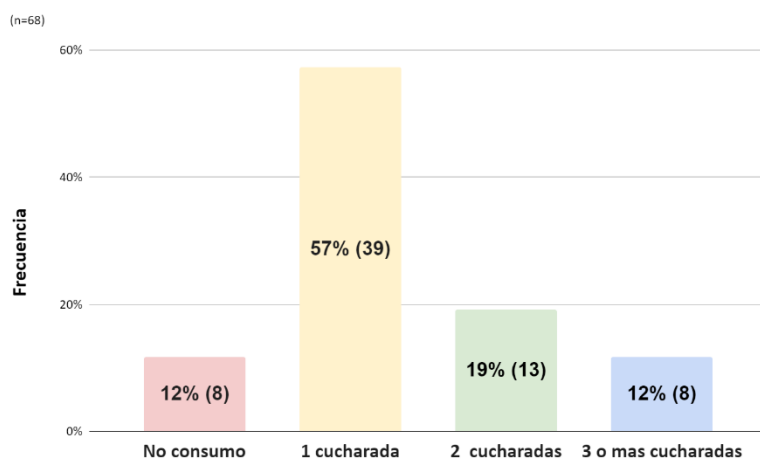
Consumo de huevo en adultos que asistieron al comedor del barrio



La recomendación de aceite crudo, frutos secos y semillas es de 2 porciones diarias, el 19% si cumple con esta recomendación brindada por las GAPA. El consumo de aceite en la población en estudio arrojó que, más de la mitad de los encuestados si consume. El 2% (8) no consume aceite crudo, el 57% (39) de los encuestados consume 1 cucharada, el 19% (13) consume 2 cucharadas, el 12% (8) consume 3 o más cucharadas (ver figura 12).

Figura 12

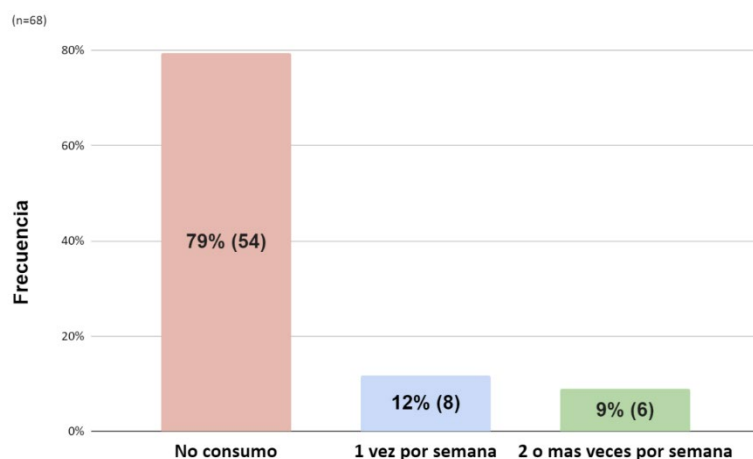
Consumo de aceite crudo en adultos que asistieron al comedor del barrio



En cuanto a los frutos secos y semillas gran parte no consume. El 79% (54) de los encuestados no consume frutos secos sin salar, el 12% (8) consume 1 vez por semana y el 9% (6) consume 2 o más veces por semana (ver figura 13).

Figura 13

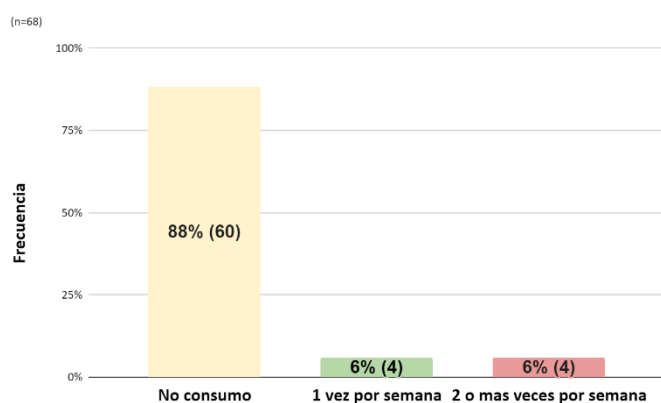
Consumo de frutos secos sin salar en adultos que asistieron al comedor del barrio



El 88% de los encuestados no consume semillas, el 6% consume una vez a la semana y solo el 6% consume 2 o más veces por semana cumpliendo las recomendaciones de las GAPA (ver figura 14).

Figura 14

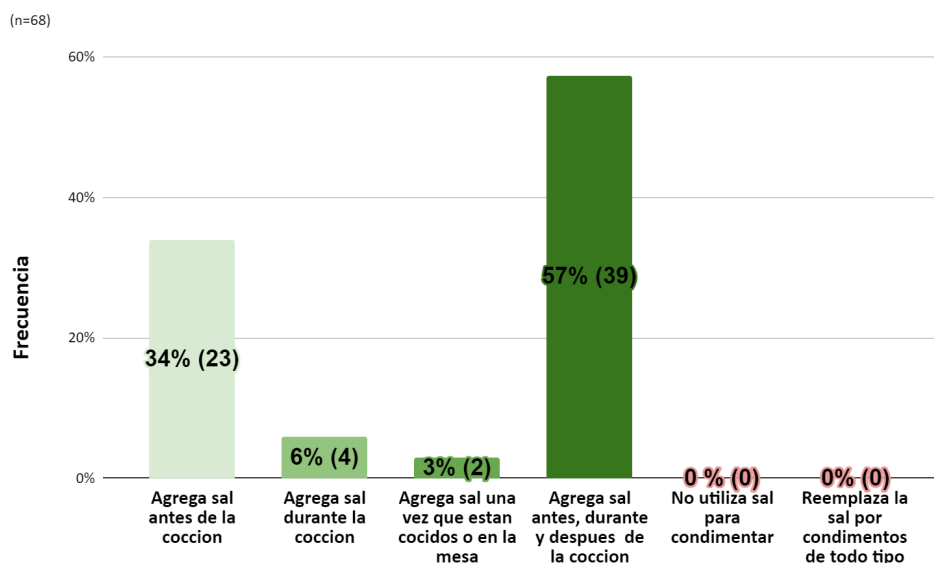
Consumo de semillas sin salar en adultos que asistieron al comedor del barrio



En cuanto al consumo de sal se observó que el 100% de la población consume. El 34% (23) de los encuestados agrega sal antes de la cocción de los alimentos, el 6% (4) agrega sal durante la cocción, el 3% (2) agrega una vez cocidos los alimentos o estando en la mesa previo al momento de consumirse, el 57% (39) agrega antes, durante y después de la cocción y el 0% de los encuestados no reemplazan la sal por algún condimento, ni limita su consumo (ver Figura 15).

Figura 15

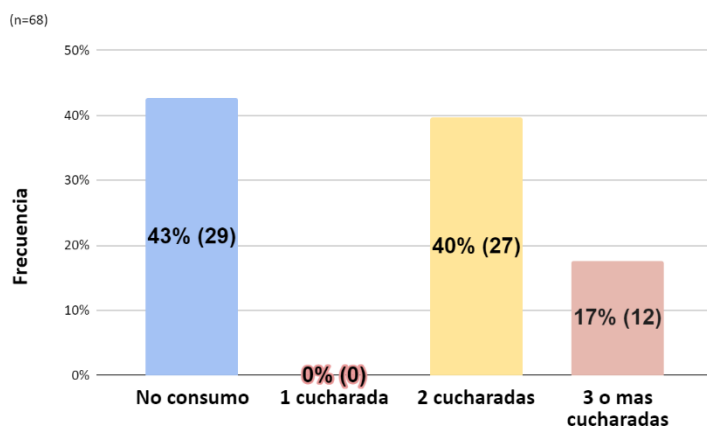
Consumo de sal en adultos que asistieron al comedor del barrio



El 57% de los encuestados consume diariamente entre 2 o más cucharadas de azúcar y el 43% (29) no la consume. Más de la mitad del grupo en estudio supera lo expuesto por La Sociedad Europea (2004) que considera 50 g/día de azúcar como aceptable. Como se observa, gran parte de los encuestados mantienen su consumo diario. El 40% (27) consumen 2 cucharadas y el 17% (12) consumen 3 o más cucharadas (ver Figura 16).

Figura 16

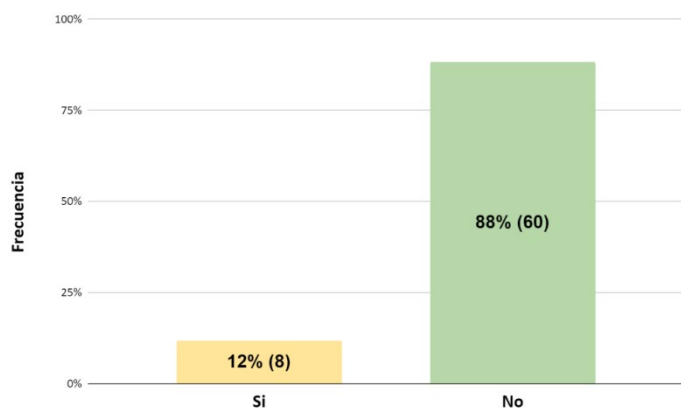
Consumo de azúcar en adultos que asistieron al comedor



Se indaga sobre el esfuerzo que realizan los sujetos por reducir el consumo de azúcar y solo el 12% intentan disminuirlo (ver Figura 17).

Figura 17

Esfuerzo por disminuir el consumo de azúcar en adultos que asistieron al comedor

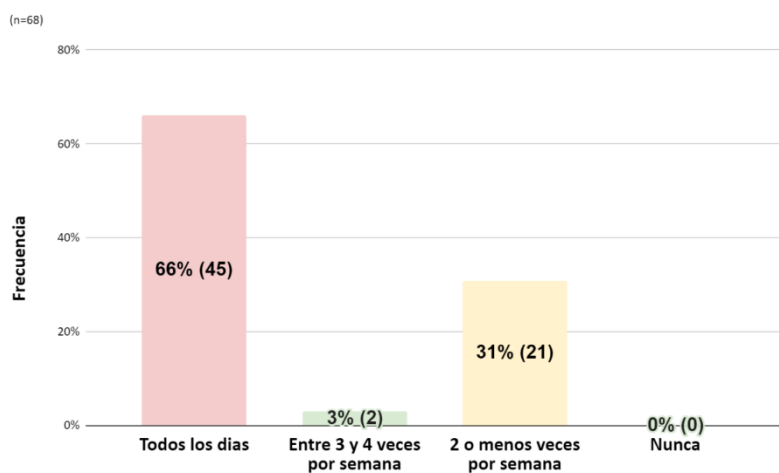


El 88% (60) de los encuestados no realizan el esfuerzo por reducir el consumo de azúcar y el 12% (8) si realizan el esfuerzo.

La recomendación brindada por las GAPA frente al consumo de alimentos procesados es que no deberían formar parte de la alimentación diaria, en los encuestados arrojó una frecuencia del 66% de ingesta diaria, es decir todos los días, no cumpliendo con lo recomendado. El 66% (45) de los encuestados consumen todos los días alimentos procesados, el 31% (21) consume 2 o menos veces por semana y el 3% (2) consume entre 3 y 4 veces por semana (ver figura 18).

Figura 18

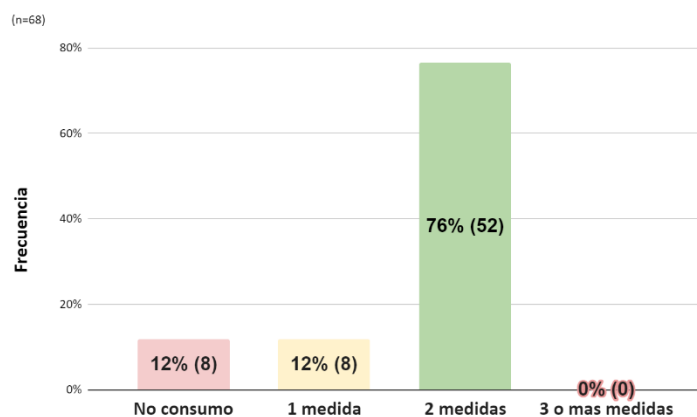
Consumo de alimentos procesados en adultos que asistieron al comedor del barrio



El 76% (52) de los encuestados consume dos medidas diarias de alcohol, el 12% (8) consume 1 medida y el 12% (8) no consume (ver Figura 19).

Figura 19

Consumo de bebidas alcohólicas en adultos que asistieron al comedor del barrio



A continuación, se presenta una tabla resumen de las características de la alimentación en adultos entre 35 a 59 años que asisten a un comedor de un barrio vulnerable (ver figura 21).

Figura 21

Resumen de características de la alimentación

Consumo alimentario Categoría		Número de respuestas	Frecuencia
Agua (se recomienda un consumo de 8 vasos diarios)	No cumplen la recomendación	65	96%
	Cumplen la recomendación	3	4%
Frutas y verduras (se recomienda 5 porciones)	No cumplen recomendación	47	69%
	Cumplen la recomendación	21	31%
Cereales (se recomienda 4 porciones)	No cumplen la recomendación	23	34%
	Cumplen la recomendación	45	66%
Lácteos (se recomienda 3 porciones)	No cumplen la recomendación	62	91%
	Cumplen la recomendación	6	9%
Carnes	No cumplen la recomendación	65	96%
	Si cumplen la recomendación	3	4%
Pescado	No cumple con la recomendación	68	100%
Huevo	Si cumple con la recomendación	7	10%
	No cumple con la recomendación	61	90%
Aceite crudo frutos secos y semillas	No cumple con la recomendación	55	81%
	Si cumplen con la recomendación	13	19%
Sal	Agrega sal antes de la cocción	23	34%
	Agrega sal durante la cocción	4	6%
	Agrega sal a los alimentos cocidos	2	3%
	Agrega sal antes, durante y después de la cocción de los alimentos	39	57%
Azúcar	No consumo	29	43%
	1 cucharada	0	0%

	2 cucharadas	27	40%
	3 o más cucharadas	12	17%
Esfuerzo por reducir el consumo de azúcar	Si	8	12%
	No	60	88%
Alimentos procesados	Todos los días	45	66%
	Entre 3 y 4 veces por semana	2	3%
	2 o menos veces por semana	21	31%
Alcohol	No consumo	8	12%
	1 medida	8	12%
	2 medidas	52	76%

Conclusiones

Este estudio revela que la población analizada presenta hábitos alimentarios alejados de las recomendaciones establecidas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). Los desafíos socioeconómicos, especialmente la alta tasa de desempleo y la pobreza que afecta a casi la totalidad de los encuestados, se identifican como factores determinantes que obstaculizan la satisfacción de las necesidades alimentarias básicas, a pesar de que la mayoría posee vivienda propia.

En cuanto a las características demográficas, la muestra se compone mayoritariamente de mujeres, con una concentración de edad entre 40 y 45 años. El bajo nivel educativo, con una proporción considerable de encuestados con estudios primarios o secundarios incompletos, puede influir en la comprensión y aplicación de pautas nutricionales saludables. La dependencia de la cobertura de salud pública y el limitado acceso a obras sociales o prepagas resaltan la vulnerabilidad socioeconómica de la población.

En relación a la frecuencia de diabetes mellitus por autoreporte 18% de la población se auto identifica como diabético. Se realizó una medición de glucemia capilar y arrojó un porcentaje menor (12%) con valores superiores a 200 ug/dl.

Respecto a los patrones alimentarios, se observa un consumo deficiente de agua, frutas y verduras, carne y huevo, pescado, lácteos y grasas saludables (aceites, frutos secos y semillas). La preferencia por cereales refinados y el alto consumo de alimentos procesados, azúcar y sal, sumado a la escasa utilización de sustitutos o la implementación de esfuerzos para reducir su ingesta, evidencian una alimentación que no logra cumplir con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. La dependencia de las viandas proporcionadas por comedores no mejora la situación alimentaria ya que no se realiza adecuaciones saludables y tampoco se tiene en cuenta la presencia de patologías.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Arteaga, L. A. (2006). El índice glicémico. Una controversia actual. *Nutrición Hospitalaria*, 21(5), 573–578.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500006
- Barclay, A. W., Petocz, P., McMillan-Price, J., Flood, V. M., Prvan, T., Mitchell, P., & Brand-Miller, J. C. (2008). Glycemic index, glycaemic load, and chronic disease risk: A meta-analysis of observational studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(3), 627–637.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/87.3.627>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021). Planificación de comida para diabéticos.
<https://www.cdc.gov/diabetes/managing/eat-well/meal-plan-method.html>

- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E., & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1031-1036.
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5859>
- Ministerio de Salud (2019). Guías alimentarias para la población argentina.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
- Ministerio de Salud. (2021). Guía de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo2_version-abreviada.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf
- Monsalve Álvarez, J. M., & González Zapata, L. (2011). Diseño de un cuestionario de frecuencia para evaluar la ingesta alimentaria en la Universidad de Antioquía, Colombia. *Nutrición Hospitalaria*, 26(6), 1333–1344.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-6112011000600021
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 HEARTS-D.
<https://www.paho.org>
- Torresani, M. E., & Somoza, M. I. (2017). Lineamientos para el cuidado nutricional (4.^a ed.). Eudeba.

Psicoterapia en la era digital: ¿la Inteligencia Artificial como evaluadora experta de la respuesta terapéutica?

Psychotherapy in the digital age. Is Artificial Intelligence an expert evaluator of therapeutic response?

Recibido para publicar el 3 de mayo de 2025

Aceptado para su publicación el 18 de septiembre de 2025

Versión final 25 de septiembre de 2025

Cómo citar este artículo: García, Horacio D.⁴¹; González, Eliana N.⁴²; Muñoz, Marcelo⁴³ y Fernández, Sergio O.⁴⁴ **Psicoterapia en la era digital: ¿la Inteligencia Artificial como evaluadora experta de la respuesta terapéutica?.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 155- 165

Resumen

Este estudio analizó si un asistente virtual basado en inteligencia artificial (IA) puede evaluar respuestas psicoterapéuticas en un caso simulado de ludopatía, comparando su desempeño con el de expertas humanas y evaluando su capacidad para discriminar entre niveles de experiencia terapéutica, contribuyendo de este modo al desarrollo de herramientas tecnológicas para la práctica y la formación en salud mental.

Implementamos un diseño pre-experimental en el que dos psicoterapeutas (uno con 8 años de experiencia y otro con 2 años) redactaron respuestas a un caso simulado. Estas fueron evaluadas por dos expertas humanas y por el asistente virtual, utilizando un instrumento ad hoc con 23 ítems que valoraron habilidades terapéuticas y características de las respuestas. La concordancia entre las evaluaciones fue medida mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC).

Los resultados muestran una concordancia alta (ICC=0.863 para el menos experimentado y ICC=0.800 para el más experimentado) entre las evaluaciones de la IA y las humanas, sugiriendo que la IA puede evaluar con precisión y discriminar niveles de experiencia terapéutica. Esto sugiere que la IA evalúa con precisión y distingue niveles de experiencia terapéutica, destacándose como una herramienta complementaria en la formación y supervisión psicoterapéutica. No obstante, reconocemos desafíos éticos y técnicos, como la privacidad de los datos y los posibles sesgos algorítmicos.

Palabras clave: Inteligencia artificial, Psicoterapia, Evaluación terapéutica, Ludopatía, Intervención psicoterapéutica

Abstract

This study aimed to analyze whether an artificial intelligence (AI) virtual assistant can evaluate psychotherapeutic responses in a simulated gambling addiction case, comparing its performance with that of human experts. Additionally, it sought to determine if AI could

⁴¹ Doctor en Psicología. Director del Proyecto PROICO 12-0420 "Personalidad desde una perspectiva sistémico-integradora. Su relación con variables cognitivas y afectivas" Profesor responsable de Metodología de la Investigación I FaPsi-UNSL. (<https://orcid.org/0000-0003-2628-6636>). E-mail: hdgarcia69@gmail.com

⁴² Dra. en Psicología. Docente de Procesos Psicológicos Básicos. Facultad de Psicología- Universidad Nacional de San Luis. Directora de Línea PROICO 12-0723 "Historias Policéntricas sobre investigación y formación universitaria en Psicología". Integrante PROICO 12-0420 "Personalidad desde una perspectiva sistémico-integradora. Su relación con variables cognitivas y afectivas". (<https://orcid.org/0009-0002-0205-5614>) E-mail: elianangonza@gmail.com

⁴³ Docente de Historia de la Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de San Luis. (<https://orcid.org/0009-0001-8872-4649>) Email: marcelomunoz80@gmail.com

⁴⁴ Estudiante de Psicología. FaPsi-UNSL (<https://orcid.org/0009-0007-5581-2478>)

distinguish between different levels of therapeutic experience, thus contributing to the development of technological tools for mental health practice and training.

A pre-experimental design was used, involving two psychotherapists (one with 8 years of experience, the other with 2 years of experience) who provided responses to a simulated case. These were evaluated by two human experts and the AI assistant by using an ad hoc instrument with 23 items assessing therapeutic skills and response characteristics. Agreement between evaluations was measured through Intraclass Correlation Coefficient (ICC).

Results show a high agreement ($ICC=0.863$ for the less experienced and $ICC=0.800$ for the more experienced therapist) between the AI and human evaluations. This suggests that AI can assess accurately and distinguish levels of therapeutic expertise standing out as a complementary tool in psychotherapeutic training and supervision. Nonetheless, ethical and technical challenges such as data privacy and possible algorithmic biases are considered.

Keywords: Artificial intelligence, Psychotherapy, Therapeutic assessment, Gambling addiction, Psychotherapeutic intervention.

Introducción

La psicoterapia ha evolucionado significativamente, especialmente con la llegada de la era digital, lo que ha exigido cambios en los métodos de intervención y en la formación profesional. La creciente demanda de servicios de salud mental, impulsada por eventos globales como la pandemia de COVID-19, ha resaltado la necesidad de nuevas modalidades de intervención psicoterapéutica, particularmente aquellas mediadas por tecnología (Torous et al., 2020).

Las intervenciones psicoterapéuticas basadas en texto han emergido como una alternativa prometedora a la psicoterapia tradicional. Este enfoque ofrece accesibilidad y conveniencia, permitiendo a los pacientes acceder a servicios de salud mental desde cualquier lugar y en cualquier momento, superando barreras geográficas y temporales (Hoermann et al., 2017). Además, la comunicación textual asincrónica favorece una reflexión más profunda y una intervención más cuidadosa por parte de los terapeutas.

El formato de texto también ofrece anonimato, reduciendo el estigma asociado con buscar ayuda para problemas de salud mental, lo cual es beneficioso para personas con ansiedad social o que temen el estigma asociado con la búsqueda de ayuda (Suler, 2004). Asimismo, genera un registro permanente de las sesiones, permitiendo un seguimiento detallado del progreso terapéutico (Althoff et al., 2016).

Estudios han demostrado que las terapias basadas en texto son efectivas para tratar trastornos como la depresión y la ansiedad, siendo comparables a las terapias cara a cara (Andersson et al., 2014; Wagner et al., 2014; Barak et al., 2008). Sin embargo, este enfoque presenta desafíos, como la falta de señales no verbales y cuestiones éticas sobre la confidencialidad y la seguridad de los datos (Suler, 2000; Childress, 2000).

La integración de la inteligencia artificial (IA) en la psicoterapia ofrece posibilidades innovadoras para mejorar la práctica clínica y la investigación. Una de sus aplicaciones potenciales es el diagnóstico asistido por IA, donde sistemas pueden analizar patrones de lenguaje y expresiones faciales para diagnosticar trastornos mentales. Por ejemplo, un modelo de aprendizaje profundo desarrollado por Al Hanai et al. (2018) detectó síntomas de depresión a través del habla con una precisión similar a los métodos clínicos estándar. Actualmente, los chatbots terapéuticos, como Woebot y Wysa, son herramientas populares que brindan intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual. Estos chatbots ofrecen apoyo 24/7, ayudando a los usuarios a desarrollar habilidades de afrontamiento, y pueden complementar la terapia humana en casos leves o actuar como puente hacia tratamientos más intensivos (Fitzpatrick et al., 2017).

La IA también permite la personalización del tratamiento al analizar grandes cantidades de datos para predecir qué enfoques terapéuticos son más efectivos para cada paciente, mejorando así los resultados del tratamiento (Lutz et al., 2019). Además, la IA facilita el monitoreo continuo del estado de ánimo y comportamiento de los pacientes, lo que permite detectar signos tempranos de recaída y realizar intervenciones oportunas (Mohr et al., 2017).

La IA está transformando la formación y supervisión de psicoterapeutas, ofreciendo retroalimentación objetiva sobre la adherencia a protocolos, la alianza terapéutica y la efectividad de las intervenciones (Goldberg et al., 2020). La IA en psicoterapia utiliza el procesamiento del lenguaje natural (NLP) y el aprendizaje automático para analizar grandes volúmenes de datos textuales, identificar patrones y proporcionar evaluaciones consistentes (Mergenthaler, 1996).

Una ventaja clave de la IA es su objetividad; a diferencia de los humanos, no experimenta fatiga ni variaciones emocionales, lo que le permite ofrecer análisis consistentes y sistemáticos (Imel et al., 2015). Además, posibilita el análisis a gran escala, revelando patrones no evidentes en estudios más pequeños (Althoff et al., 2016). Asimismo, la IA puede identificar microprocesos sutiles en las interacciones terapéuticas, como cambios emocionales o el uso de metáforas, proporcionando insights sobre los mecanismos de cambio en la psicoterapia (Salvatore et al., 2010). No obstante, debe reconocerse que los algoritmos de IA no están exentos de limitaciones: al ser entrenados con grandes volúmenes de datos, pueden reproducir sesgos presentes en esos conjuntos, lo que introduce un tipo de sesgo distinto al humano y que requiere ser considerado de manera crítica en su aplicación.

La IA puede analizar la alianza terapéutica evaluando el lenguaje para identificar colaboración y empatía (Goldberg et al., 2020) y evaluar la adherencia a protocolos en terapias manualizadas (Imel et al., 2015). También detecta momentos de cambio significativos en el discurso del paciente (Althoff et al., 2016) y correlaciona patrones terapéuticos con resultados para mejorar la eficacia del tratamiento (Lutz et al., 2019).

Sin embargo, hay desafíos, como garantizar la privacidad, interpretar matices culturales, evitar la sobredependencia de la IA y prevenir sesgos algorítmicos (Childress, 2000; Suler, 2000; Zou & Schiebinger, 2018).

Entendemos que la convergencia de la IA como herramienta de evaluación de procesos psicoterapéuticos y como recurso en la formación de profesionales puede ofrecer una oportunidad única para desarrollar un enfoque holístico e integrado en la mejora de la práctica psicoterapéutica. Esta integración tiene el potencial de crear un ciclo de retroalimentación continuo entre la práctica clínica, la investigación y la formación profesional. En este contexto, este estudio pretende no solo contribuir al creciente cuerpo de conocimiento sobre la aplicación de la IA en la psicoterapia, sino también explorar su potencial como herramienta de evaluación y formación en el campo de la salud mental. Al utilizar un caso simulado, buscamos proporcionar conocimientos acerca de cómo la IA puede complementar o desafiar las evaluaciones humanas en escenarios clínicos específicos, abriendo nuevas vías para la mejora de la práctica psicoterapéutica y la formación profesional en la era digital.

Objetivo

Este estudio pretende analizar la capacidad de un Asistente virtual para evaluar intervenciones psicoterapéuticas textuales en un caso simulado de ludopatía, comparando su desempeño en términos de concordancia con expertos humanos, y examinando su habilidad para discriminar entre diferentes niveles de experiencia terapéutica.

Hipótesis

1. Existe una concordancia significativa entre las evaluaciones realizadas por las expertas humanas y el Asistente virtual en la valoración de las respuestas de los psicoterapeutas

2. El Asistente virtual logra discriminar las respuestas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia.

Método

Diseño: El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo y emplea un diseño pre-experimental, de validación cruzada, sin grupo de control ni manipulación de variables (Roussos, 2007; Hernandez-Sampieri et al., 2014). En este diseño la prueba única (evaluación de respuestas psicoterapéuticas) se replica en dos condiciones: evaluación por expertos humanos y evaluación por IA.

Participantes: El estudio contó con dos grupos:

- Psicoterapeutas en formación: dos profesionales que trabajan en el campo de la ludopatía y que redactaron, de manera independiente, respuestas basadas en un caso simulado. El psicoterapeuta A, de sexo masculino, tenía 8 años de experiencia clínica, mientras que el psicoterapeuta B, también de sexo masculino, contaba con 2 años de experiencia. Estos participantes fueron seleccionados por su disponibilidad y por representar distintos niveles de trayectoria profesional en el área de adicciones.
- Expertas en psicoterapia de adicciones: participaron dos profesionales con más de 15 años de experiencia clínica en el tratamiento de adicciones y con formación de posgrado específica en ludopatía. Los criterios de selección de estas expertas incluyeron: (a) titulación profesional habilitante, (b) trayectoria mínima de 15 años en el campo de las adicciones y (c) formación académica de posgrado actualizada en trastornos adictivos. Las expertas actuaron como evaluadoras de las intervenciones en condición de cegamiento respecto de los terapeutas: no conocían a los psicoterapeutas, ni su identidad ni su nivel de experiencia, y tampoco recibieron información que permitiera deducirlo.

Instrumentos: Se utilizó un instrumento elaborado ad hoc con 23 ítems diseñados para evaluar tres aspectos principales: a) Habilidades de interacción: incluyendo capacidad empática, escucha activa, asertividad, retroalimentación, uso de paráfrasis y continuidad; b) Habilidades de intervención: evaluando ajuste ético, capacidad analítica, formación actualizada, identificación de creencias subyacentes, autoconciencia, reflexión, establecimiento de metas, orientación a soluciones y manejo del cambio; y, c) Características de la respuesta: midiendo claridad, concisión y precisión, ausencia de ambigüedad, pertinencia, contextualización, confiabilidad, extensión y utilidad. Cada ítem se puntuó en una escala del 0 al 9, donde 9 representa el máximo desempeño.

Este instrumento fue utilizado tanto por las expertas, como por el Asistente virtual. En el caso de este último se utilizó el modelo de inteligencia artificial de código abierto Cohere C4AI Command R+, adaptando los ítems y criterios de evaluación a un formato interpretable por la IA, manteniendo la estructura y escala de puntuación originales. La implementación consistió en el diseño de un prompt estructurado en seis componentes esenciales: (a) rol, que definió el perfil y las cualidades del chatbot; (b) contexto, que aportó información relevante sobre la situación clínica; (c) instrucciones, que delimitaban la tarea específica de evaluación; (d) formato, que establecía la estructura de la respuesta; (e) ejemplo, que funcionó como modelo de referencia; y (f) bibliografía pertinente, incorporando teorías y especialistas vinculados con el área de estudio.

El rendimiento del modelo se optimizó mediante la configuración de parámetros de generación, permitiendo controlar la coherencia, creatividad y precisión de las respuestas. Entre los ajustes utilizados se incluyeron: Temperatura (temperature), longitud máxima de la respuesta (max tokens), secuencias de parada (stop sequences) y control de repetición en prompts. Esta implementación permitió que tanto los evaluadores humanos como el sistema

de IA utilizaran criterios idénticos en sus evaluaciones, asegurando la comparabilidad de los resultados.

Procedimiento

El estudio se desarrolló en las siguientes etapas:

1. Elaboración del caso simulado: Se creó un texto biográfico detallado que representaba las características típicas de una persona con trastorno por juego patológico. Esta narrativa incluyó la sintomatología, el historial del problema, los antecedentes, la descripción del contexto, las situaciones problemáticas relacionadas y la situación actual de un supuesto consultante, cubriendo los aspectos mínimos y necesarios para permitir una intervención psicoterapéutica.
2. Reclutamiento de participantes: Se invitó a dos psicólogos con formación en psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de adicciones, con la finalidad de que brindaran una respuesta psicoterapéutica al caso simulado. Por otra parte, se convocó a dos expertas en el tratamiento de trastornos adictivos, con un enfoque teórico idéntico al de los psicoterapeutas, quienes serían las encargadas de evaluar las respuestas. A ambos grupos se les informó sobre el propósito y el alcance de la investigación, y se les solicitó la firma de un consentimiento informado, garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas y el cumplimiento de todos los aspectos éticos relacionados.
3. Generación de respuestas: Cada psicoterapeuta recibió el caso simulado y se le pidió que redactara una respuesta psicoterapéutica como si estuviera tratando al paciente de forma remota y asincrónica mediante textos.
4. Evaluación: Las evaluaciones (de los expertos y la IA) se realizaron en momentos y entornos distintos ya que, dada su naturaleza, esto no representaba una amenaza a la confiabilidad de los resultados. Sin embargo, se tuvo en cuenta que las expertas respondieran en condiciones similares en términos de inmediatez, ambiente propicio y sin interrupciones.

Procedimiento estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las evaluaciones obtenidas en cada ítem y categoría. Para calcular el índice de acuerdo entre la evaluación de las expertas y la IA, se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC, por sus siglas en inglés) de dos vías.

Resultados

Atendiendo el orden de las hipótesis propuestas se presenta inicialmente el análisis de concordancia entre las evaluaciones realizadas por las expertas humanas y el Asistente virtual.

Tabla 1.

Concordancia entre Expertas Humanas y Asistente Virtual en la valoración de las respuestas de ambos psicoterapeutas.

	ICC	IC al 95%	p valor
Respuesta del Psic. menos experimentado	0.863	0.704 - 0.939	<0,001
Respuesta del Psic. más experimentado	0.800	0.585 - 0.910	<0,001

La Tabla 1 muestra que el ICC obtenido en el análisis de la respuesta del psicoterapeuta menos experimentado fue elevado (ICC = 0.863, $p < 0.001$), lo que indica una muy buena concordancia entre las evaluadoras humanas y el asistente virtual. Para el psicoterapeuta más experimentado, encontramos un ICC de 0.800 ($p < 0.001$), lo que señala una concordancia un

tanto menor. Es importante destacar que, para el ICC, valores superiores a 0.75 indican una concordancia adecuada.

Al observar los intervalos de confianza al 95%, el intervalo más estrecho en la respuesta del psicoterapeuta menos experimentado, así como el ICC más elevado, sugieren, por un lado, una estimación más precisa, posiblemente debido a una menor variabilidad en las habilidades evaluadas, y, por otro, que, a menor desempeño de la respuesta, hay mayor acuerdo en la evaluación.

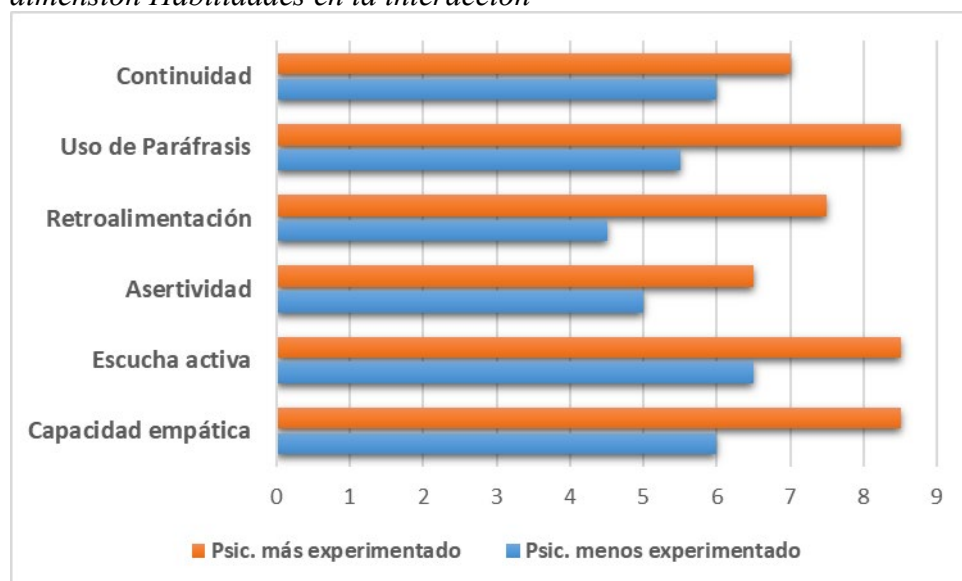
Asimismo, en relación con la hipótesis que afirma que el asistente virtual discrimina, de manera similar a los expertos humanos, las respuestas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia, podemos decir que la pequeña diferencia en los ICC de las respuestas de ambos psicoterapeutas (0.063) indica que el asistente virtual logra diferenciar entre los niveles de experiencia de los psicoterapeutas de forma comparable a los evaluadores humanos.

Análisis descriptivo de las variables destacadas

Una vez constatada la concordancia aceptable entre la IA y las evaluadoras humanas (véase Tabla 1), se procedió a examinar si dicho sistema era capaz de detectar diferencias vinculadas al nivel de experiencia terapéutica, tal como lo plantea la hipótesis 2. A continuación se presentan las puntuaciones asignadas por el Asistente Virtual a cada terapeuta.

Figura 1.

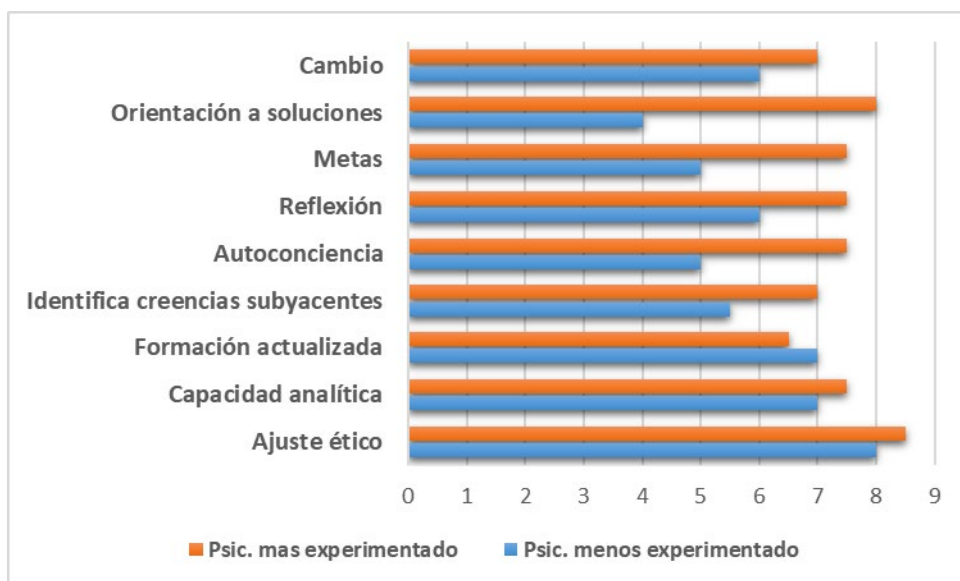
Perfil de puntuaciones del Asistente Virtual en las variables que componen la dimensión Habilidades en la interacción



En la figura 1 se observa que los psicoterapeutas más experimentados muestran un mejor desempeño en todas las variables. En particular, en Capacidad empática, Escucha activa y Uso de Paráfrasis son las variables con mayor diferencia en el desempeño.

Figura 2.

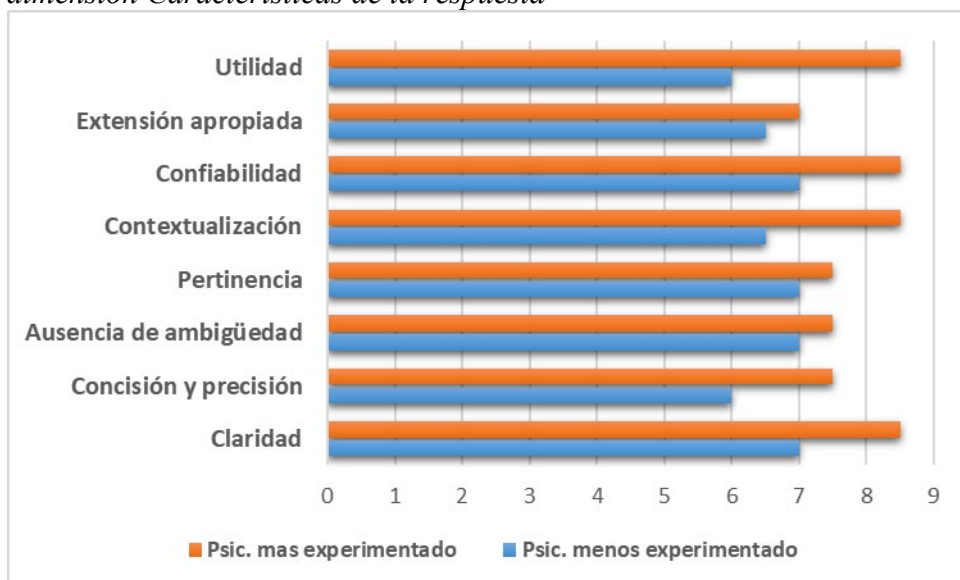
Perfil de puntuaciones del Asistente Virtual en las variables que componen la dimensión Habilidades de intervención



Respecto a las Habilidades de intervención (Figura 2), encontramos que las mayores diferencias a favor del desempeño del psicoterapeuta con mayor experiencia se observan en las variables Orientación a soluciones, Autoconciencia y Metas. Además, notamos que una de las variables con menor diferencia, pero con un puntaje elevado, es Ajuste ético (8.5 vs. 8.0), lo que podría indicar que el respeto por los derechos de los consultantes es una prioridad desde el inicio de la práctica profesional.

Figura 3.

Perfil de puntuaciones del Asistente Virtual en las variables que componen la dimensión Características de la respuesta



Finalmente, en cuanto a las Características de la respuesta, el psicoterapeuta de mayor experiencia se destaca en Utilidad, Contextualización y Claridad (Figura 3).

En términos generales, el psicoterapeuta más experimentado obtuvo puntuaciones más altas que el menos experimentado en la totalidad de las variables analizadas. El asistente virtual fue capaz de detectar estos matices, evidenciando diferencias más marcadas en Habilidades de interacción y Habilidades de intervención, mientras que en Características de la respuesta las diferencias fueron relativamente menos pronunciadas. Esto podría sugerir que algunos

aspectos de la comunicación se desarrollan más rápidamente que las habilidades terapéuticas más complejas. En conjunto, los resultados obtenidos por el asistente virtual son concordantes con los principios de formación psicoterapéutica, reforzando la idea de que la experiencia juega un papel crucial en el desarrollo de competencias que requieren comprensión profunda del proceso terapéutico y capacidad para adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de los clientes.

Discusiones y conclusiones

Los resultados obtenidos proporcionan evidencia sustancial que respaldan la hipótesis de que un Asistente virtual basado en inteligencia artificial (IA) puede evaluar intervenciones psicoterapéuticas textuales de manera comparable a los expertos humanos, mostrando además la capacidad de discriminar entre diferentes niveles de experiencia terapéutica.

La primera hipótesis planteaba la existencia de una concordancia significativa entre las evaluaciones realizadas por las expertas humanas y el Asistente virtual. Los resultados obtenidos, mediante los Coeficientes de Correlación Intraclass (0.863 y 0.800) para las respuestas de los psicoterapeutas menos y más experimentados respectivamente, respaldan fuertemente esta hipótesis. Estos valores, siendo superiores a 0.75, indican una concordancia de buena a excelente según los criterios establecidos en la literatura (Koo & Li, 2016). Lo cual sugiere que el Asistente virtual ha logrado capturar y aplicar de manera efectiva los criterios de evaluación utilizados por los expertos humanos. Esto es particularmente notable considerando la complejidad y subjetividad inherentes a la evaluación de intervenciones psicoterapéuticas. Estos hallazgos están en línea con estudios previos que han demostrado la capacidad de los sistemas de IA para analizar y evaluar aspectos complejos de las interacciones terapéuticas, como la alianza terapéutica y la adherencia a protocolos (Goldberg et al., 2020; Imel et al., 2015), así como con investigaciones previas que sugieren que los modelos de IA, como los basados en aprendizaje profundo, tienen el potencial de igualar o superar a los humanos en tareas de diagnóstico y evaluación de síntomas de salud mental (Al Hanai et al., 2018; Althoff et al., 2016).

La segunda hipótesis proponía que el Asistente virtual podría discriminar las respuestas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia. Los resultados apoyan esta hipótesis, mostrando que el Asistente virtual logró identificar consistentemente puntuaciones más altas para el psicoterapeuta más experimentado en todas las categorías evaluadas.

Esta capacidad de discriminación es particularmente evidente en las dimensiones de Habilidades de interacción y Habilidades de intervención, donde se observaron las mayores diferencias entre los psicoterapeutas menos y más experimentados, lo que indica que el Asistente virtual presenta suficiente sensibilidad para lograr capturar aspectos sutiles de la experiencia terapéutica que se manifiestan en habilidades más complejas.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura que señala cómo la experiencia influye en el desarrollo de habilidades terapéuticas más sofisticadas (Rønnestad & Skovholt, 2013). La capacidad del Asistente virtual para detectar estas diferencias sugiere su potencial como herramienta de evaluación en la formación y supervisión de psicoterapeutas, un área donde la IA ha mostrado promesa en estudios recientes (Goldberg et al., 2020).

Implicaciones para la práctica y la formación en psicoterapia

Los resultados de este estudio tienen implicaciones significativas para la práctica y la formación en psicoterapia. La alta concordancia entre las evaluaciones del Asistente virtual y los expertos humanos sugiere que la IA podría ser una herramienta valiosa para proporcionar retroalimentación consistente y objetiva a los psicoterapeutas en formación. Esto es particularmente relevante en el contexto de la creciente demanda de servicios de salud mental y la necesidad de métodos de formación y supervisión escalables (Torous et al., 2020).

Además, la capacidad del Asistente virtual para discriminar entre diferentes niveles de experiencia terapéutica podría ser útil para identificar áreas específicas de mejora en la formación de psicoterapeutas. Por ejemplo, las diferencias observadas en las habilidades de empatía, escucha activa y uso de paráfrasis podrían informar el diseño de programas de formación más focalizados.

Limitaciones y futuras direcciones

A pesar de los resultados prometedores, es importante reconocer las limitaciones de este estudio. En primer lugar, el tamaño de la muestra es pequeño, lo que limita la generalización de los resultados. Futuros estudios deberían incluir un mayor número de psicoterapeutas y expertos evaluadores para validar estos hallazgos.

Además, el estudio se basó en un caso simulado de ludopatía, lo que puede no capturar toda la complejidad de las interacciones terapéuticas reales. Investigaciones futuras podrían explorar la aplicación de esta metodología en casos reales y en una variedad más amplia de trastornos psicológicos.

Otra limitación potencial es el posible sesgo en el entrenamiento del Asistente virtual. Aunque los resultados muestran una alta concordancia con los expertos humanos, es crucial examinar y abordar cualquier sesgo potencial en los algoritmos de IA para garantizar evaluaciones justas y equitativas (Zou & Schiebinger, 2018).

En conclusión, este estudio proporciona evidencia de que un Asistente virtual basado en IA puede evaluar intervenciones psicoterapéuticas textuales de manera comparable a los expertos humanos, mostrando además la capacidad de discriminar entre diferentes niveles de experiencia terapéutica. Estos hallazgos sugieren que la IA tiene el potencial de ser una herramienta valiosa en la formación, supervisión y evaluación de psicoterapeutas, complementando, aunque no reemplazando, la experiencia humana.

Entendemos que este trabajo abre nuevas vías para la integración de la IA en la práctica y formación psicoterapéutica, prometiendo mejoras en la consistencia y eficiencia de la evaluación terapéutica. Sin embargo, es crucial continuar investigando para abordar las limitaciones identificadas y explorar plenamente el potencial y las implicaciones éticas de esta tecnología en el campo de la salud mental.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Al Hanai, T., Ghassemi, M., & Glass, J. (2018). Detecting Depression with Audio/Text Sequence Modeling of Interviews. *Proc. Interspeech*, 1716-1720. <https://doi.org/10.21437/Interspeech.2018-2522>
- Althoff, T., Clark, K., & Leskovec, J. (2016). Large-scale Analysis of Counseling Conversations: An Application of Natural Language Processing to Mental Health. *Transactions of the Association for Computational Linguistics*, 4, 463-476.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(3), 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>

- Childress C. A. (2000). Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions. *Journal of medical Internet research*, 2(1), e5. <https://doi.org/10.2196/jmir.2.1.e5>
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering Cognitive Behavior Therapy to Young Adults With Symptoms of Depression and Anxiety Using a Fully Automated Conversational Agent (Woebot): A Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>.
- Goldberg, S. B., Flemotomos, N., Martinez, V. R., Tanana, M. J., Kuo, P. B., Pace, B. T., Villatte, J. L., Georgiou, P. G., Van Epps, J., Imel, Z. E., Narayanan, S. S., & Atkins, D. C. (2020). Machine learning and natural language processing in psychotherapy research: Alliance as example use case. *Journal of counseling psychology*, 67(4), 438–448. <https://doi.org/10.1037/cou0000382>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Hoermann, S., McCabe, K. L., Milne, D. N., & Calvo, R. A. (2017). Application of Synchronous Text-Based Dialogue Systems in Mental Health Interventions: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 19(8), e267. <https://doi.org/10.2196/jmir.7023>.
- Imel, Z. E., Steyvers, M., & Atkins, D. C. (2015). Computational psychotherapy research: Scaling up the evaluation of patient–provider interactions. *Psychotherapy*, 52(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037/a0036841>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V., & Deisenhofer, A. K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour research and therapy*, 120, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103438>
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion–abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306–1315. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1306>
- Mohr, D. C., Zhang, M., & Schueller, S. M. (2017). Personal Sensing: Understanding Mental Health Using Ubiquitous Sensors and Machine Learning. *Annual review of clinical psychology*, 13, 23–47. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-044949>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.
- Roussos, A.J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Salvatore, S., Gelo, O., Gennaro, A., Manzo, S., & Al Radaideh, A. (2010). Looking at the psychotherapy process as an intersubjective dynamic of meaning-making: A case study with discourse flow analysis. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(3), 195–230. <https://doi.org/10.1080/10720531003765981>
- Suler, J.R. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151–159. <https://doi.org/10.1089/109493100315996>
- Suler, J.R. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321–326. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Torous, J., Jän Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR mental health*, 7(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>

- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders*, 152-154, 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.032>
- Zou, J., & Schiebinger, L. (2018). AI can be sexist and racist - it's time to make it fair. *Nature*, 559(7714), 324–326. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-05707-8>

Abordaje del Acoso Escolar en Preadolescentes

Adressing Bullying in Preadolescents

Recibido para publicar el 26 de mayo de 2025

Aceptado para su publicación el 19 de septiembre de 2025

Versión final 29 de septiembre de 2025

Cómo citar este artículo: Robles Ridi, Pamela E.⁴⁵; Tapia, Ma. Lourdes⁴⁶; Cobos, Oscar H.⁴⁷ y Correché, Ma. Susana⁴⁸ **Abordaje del Acoso Escolar en Preadolescentes**. Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 166- 179

Resumen

El presente tuvo como objetivo evaluar Acoso Escolar en preadolescentes de un Establecimiento educativo de la Provincia de San Luis - Argentina. A la vez, intervenir por medio de un Taller a través de tres etapas: Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento. Se administró el Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar de Caballo, Calderero, Arias, Salazar e Irurtia (CMIE-IV, 2012). La muestra estuvo conformada por 13 preadolescentes, de ambos sexos, cuyas edades estaban comprendidas entre 10 y 11 años.

El análisis se llevó a cabo por medio de un estudio longitudinal de medidas repetidas. Los resultados evidencian diferencias significativas luego de la intervención realizada. Esto indica efectividad de la misma, favoreciendo los vínculos entre pares en una etapa evolutiva de gran vulnerabilidad.

Palabras Claves: Preadolescentes, Acoso Escolar.

Abstract

The objective of this work was to evaluate bullying in pre-adolescents in an educational establishment in the Province of San Luis - Argentina. At the same time, it aimed at intervening through a workshop through three stages: Pre-Intervention, Post-Intervention and Follow-up. The Multimodal School Interaction Questionnaire by Caballo, Calderero, Arias, Salazar and Irurtia (CMIE-IV, 2012) was administered. The sample was made up of 13 pre-adolescents of both sexes between 10 and 11 years old.

⁴⁵ Lic. en Psicología. Mgter. en Psicología Clínica. Docente de la Facultad de Psicología (FAPSI-UNSL). Integrante del Proyecto de Investigación PROICO: 12-0220. Estrés y Salud. E-mail pamrobles60@gmail.com

⁴⁶ Lic. en Psicología. Mgter. en Psicología Clínica. Docente de la FAPSI (UNSL). Co-directora del Proyecto de Investigación PROICO: 12-0220. Estrés y Salud.

⁴⁷ Lic. en Psicología. Esp. en Metodología de la Investigación Científica. Docente de la Facultad de Ciencias Humanas (FCH-UNSL). Integrante del Proyecto de Investigación PROICO: 12-0220. Estrés y Salud.

⁴⁸ Lic. en Psicología. Mgter. en Psicología Clínica. Docente de la FAPSI (UNSL). Directora del Proyecto de Investigación PROICO: 12-0220. Estrés y Salud.

The analysis was carried out through a longitudinal study of repeated measures. The results show significant differences after intervention. This indicates its effectiveness thus, favoring links between peers in an evolutionary stage of great vulnerability.

Keywords: Preadolescents, School bullying.

Introducción

Este estudio tomó como referencia la definición desarrollada por Olweus en la década del 80', el cual considera al Acoso Escolar como:

Un estudiante es acosado o victimizado cuando está expuesto de manera repetitiva a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes. Se habla de acción negativa cuando alguien inflige, de manera intencionada, o intenta infligir mal o malestar a otra persona. Las acciones negativas se pueden realizar mediante contacto físico, verbal o de otras maneras (como hacer gestos), e implican una exclusión intencionada del grupo (Olweus, 1986. p.2).

Para emplear correctamente el término Acoso Escolar tiene que haber un desequilibrio de poder o de fuerza, una relación asimétrica, en donde el escolar que está expuesto a las acciones negativas tiene mucha dificultad para defenderse (Olweus,1993).

El Acoso Escolar es considerado como: La intimidación y el maltrato entre escolares de forma repetida y mantenida en el tiempo, siempre lejos de la mirada de los adultos, con la intención de humillar y someter abusivamente a una víctima indefensa por parte de un abusón o grupo de matones a través de agresiones físicas, verbales y/o sociales con resultados de victimización psicológica y rechazo grupal (Aviles, 2006. p.82).

Al Acoso Escolar también podemos llamarlo Bullying, deriva de la palabra inglesa bully, que literalmente significa matón o bravucón, son términos aceptados y utilizados en la comunidad científica internacional que hacen referencia a un fenómeno específico, evitando por consiguiente cualquier confusión terminológica (CcoicaMiranda, 2010).

En conclusión, Acoso Escolar es todo tipo de conducta que se da con una intencionalidad y premeditación y que implica un maltrato verbal, físico y psicológico en un tiempo prolongado, basado en el principio del matonaje del acosador que abusa de las debilidades de la víctima. Este tipo de violencia es más sutil y es por ello que es difícil de identificar cuándo un niño sufre realmente Acoso Escolar, ya que no toda conducta de violencia es Acoso Escolar. Se habla de Acoso Escolar cuando se cumplen al menos tres de los siguientes criterios: La víctima se siente intimidada; la víctima se siente excluida; la víctima percibe al agresor como más fuerte; las agresiones son cada vez de mayor intensidad y las agresiones suelen ocurrir en privado (Serrano e Iborra, 2005).

La dinámica del Acoso Escolar se desarrolla, cuando se involucran cuatro personajes: 1) Sujeto maltratador o victimario, presentan una personalidad dominante desde pequeños, la fuerza y el control sobre los demás es un valor y una característica destacada. Generalmente son personas impulsivas con escasa tolerancia a la frustración, mientras son pequeños prevalece la acción física sobre sus víctimas, pero a medida que van creciendo se van especializando en estrategias de acoso discursivas. 2) Sujeto sometido o víctima, presentan baja autoestima, predisposición a victimizarse, introversión y aislamiento. Se muestran sensibles y

manifiestan estados de ansiedad y angustia que a veces derivan en llanto y crisis nerviosas. Son inseguros frente a la toma de decisiones y expresión de deseos, manteniéndose al margen de los grupos y no estableciendo buenas amistades. 3) Sujeto colaborador o encubridor, que habitualmente no tienen el coraje ni la autoestima suficiente para enfrentar directamente situaciones adversas, se identifican con el agresor o con algún rasgo del mismo y suelen presentar sentimientos de impotencia y venganza. 4) Sujeto testigo no participante, mantienen una actitud pasiva frente a la dinámica del Acoso Escolar, generalmente presentan poca iniciativa, son temerosos de denunciar las injusticias que otros realizan por temor a transformarse en víctimas.

La dinámica del Acoso Escolar se despliega con una modalidad particular de los cuatro tipos de violencia: 1) física; 2) verbal; 3) psicológica y 4) simbólica. La modalidad que adquieren estos cuatro tipos de violencia puede variar, por lo tanto, para denominar una acción violenta como Acoso Escolar, se debe observar cómo se lleva a cabo y bajo qué circunstancias:

Maltrato físico: golpes, empujones, zancadillas, pellizcos, cachetadas, ahorcamiento, tironeo de pelo, golpes con objetos, otros. Es la modalidad más elegida entre niños de nivel inicial y primer ciclo de la escolaridad primaria. Para que se considere Acoso Escolar se debe dar de un sujeto sobre otro y de modo persistente.

Maltrato físico y verbal: al físico se le agregan insultos verbales, insultos relacionados a familiares, amenazas.

Maltrato físico y verbal con acoso psicológico: maltrato físico, verbal, humillaciones respecto a un rasgo físico, conductual o intelectual. Esta modalidad de Acoso Escolar es más común en el último ciclo de la escuela primaria y secundaria.

Maltrato físico, verbal con acoso psicológico y con segregación y discriminación: se toman los maltratos mencionados anteriormente y se agregan acciones tendientes a dejar aislada a la víctima o cruelmente señalada por algún rasgo de su identidad cultural, social, sexual u otros (Osorio, 2013).

Varela Torres y Lecannelier Acevedo (2008), incorporan a la clasificación de modalidades de Acoso Escolar, otros elementos:

Físico: empujones, puños patadas o golpes con objetos (siendo el más utilizado por varones).

Verbal: insultos, menosprecios, sobrenombres, etc. (habitualmente es el utilizado por las mujeres).

Psicológico: dañar la autoestima del individuo, llevándolo a experimentar temor e inseguridad.

Social: aislar a la víctima del grupo mediante chismes, rumores o pedir abiertamente a los pares que ignoren o excluyan a la víctima.

Cibernética: hostigar, intimidar o ridiculizar vía internet ya sea por correos electrónicos, mensajes instantáneos o digitales, blogs, redes sociales, entre otros.

La sociedad actual se caracteriza por las escenas de violencia en todas sus modalidades y los medios de comunicación contribuyen a la naturalización de este fenómeno. Este masivo bombardeo de violencia a través de los medios influye de manera negativa sobre

los niños, volviéndolos insensibles hacia el dolor ajeno y generando conductas de imitación. A esta situación se le debe agregar el componente familiar, el rol de la familia en la formación de la personalidad es determinante, ya que es el primer elemento de socialización del niño, siendo los modelos de familia predictores de conductas violentas. Las familias con niveles adecuados de comportamiento, comunicación, satisfacción de necesidades básicas, respeto entre los distintos miembros de sus integrantes y con reglas claras de convivencia, formarán niños capaces de respetar y valorar a los demás. Mientras que los niños provenientes de hogares conflictivos y con carencia de necesidades, por lo general tenderán a desarrollar conductas inadecuadas de relación con los demás. El segundo elemento de importancia crucial en la socialización del niño es la escuela, la misma constituye el lugar donde convergen una variedad de niños, con hábitos y características únicas y en donde la convivencia muchas veces no será fácil. En ocasiones, los educadores se sienten incapaces para resolver situaciones de conflicto y agresiones entre compañeros.

Los fenómenos del Acoso Escolar y el Ciberbullying, pueden ser explicados desde una perspectiva ecológica, donde se da importancia a la interacción compleja de variables inter e intra individuales, las cuales son influenciadas por los contextos de pares, familia, escuela y de la comunidad (Berger y Lisboa, 2009). Desde el enfoque ecológico y sociocultural, el fenómeno de la violencia trasciende la conducta individual y se convierte en un proceso interpersonal, porque afecta al menos a tres protagonistas: quien la ejerce, quien la padece y quien la contempla sin poder o querer evitarla.

Ortega (2012), considera la importancia de las habilidades sociales dentro del ambiente educativo ya que el déficit en las mismas se manifiesta en problemas de conducta, dificultando el proceso de aprendizaje y generando altos niveles de agresividad y conflictos dentro de la escuela. En la etapa escolar sobre todo en la adolescencia, se evidencia el déficit de las habilidades sociales, se observa la aparición de conducta hostil, agresiva y pasiva en algunos estudiantes, esto indica la importancia de poder afianzar y desarrollar las habilidades sociales, actuando como factor protector de conductas de riesgo. Lograr que los niños y adolescentes, mejoren las interacciones con sus pares, se adapten apropiadamente, muestren conductas más asertivas, expresen adecuadamente sus deseos, sus sentimientos y pensamientos, favorecerá el desarrollo de una autoestima adecuada y un proceso certero de toma de decisiones para sus proyectos de vida. Con el manejo de todas estas habilidades se puedan disminuir las conductas agresivas, el acoso escolar, problemas emocionales, psicosociales, conductas de riesgo, embarazos precoces, delincuencia, entre otros.

Caballo (1997), expresa que la evolución de las habilidades no se da espontáneamente, sino que se da y se desarrolla en la interrelación con los demás, por lo que estas podrían ser entrenadas o adiestradas para mejorar la competencia social. Para este autor, el aprendizaje y desarrollo de las habilidades sociales o cognitivas, no depende solamente de los padres, sino de la relación con los pares, que sería una importante fuente de reforzamiento social sobre todo en la adolescencia.

El aprendizaje social de Bandura (1982) es la teoría que mejor permite comprender este proceso. Las habilidades sociales se consideran esenciales ya que, las interacciones sociales proveen bienestar y generan malestar cuando hay déficit. Las personas con bajas habilidades sociales pueden llegar a padecer ansiedad, depresión entre otras enfermedades

psicológicas. La ausencia de habilidades sociales hace que la percepción de sí mismo sea negativa, afectando directamente el autoconcepto y la autoestima (Roca, 2014).

Lo expuesto anteriormente, respecto a la importancia del desarrollo de las habilidades sociales, el autoconcepto y la autoestima como factores protectores del Acoso Escolar, es lo que motivó y orientó a la elección de los temas abordados en el Taller de la presente investigación. La temática de la violencia en las escuelas se ha instalado en la opinión pública desde hace varios años y su tratamiento es recurrente en los medios masivos de comunicación. Sin embargo, en la Argentina existen pocos estudios de investigación que aborden la problemática en su complejidad, ocupándose de su etiología, de las distintas modalidades que adopta y de las consecuencias que tiene en los establecimientos educativos. Para poder formular políticas educativas que favorezcan una mejora en la convivencia escolar y que permitan trabajar preventivamente, se requiere desarrollar conocimiento sobre la violencia en las escuelas y contar con información rigurosa sobre este fenómeno.

Estos datos ponen de relieve la importancia que puede tener en esta fase de la vida una estrategia de detección e intervención temprana, a fin de minimizar sus efectos tanto en el momento presente como en el desarrollo futuro de los niños y adolescentes.

El Taller realizado abordó los siguientes temas: Autoestima, Autoconcepto y distintas Habilidades Sociales como Resolución de Problemas, Toma de decisiones, Asertividad, Empatía, Reconocimiento y manejo de Emociones. Estos temas fueron elegidos teniendo en cuenta la base empírica, que los sitúa como un recurso especial para la protección y promoción de la salud, debido a que benefician la adaptación y la interacción con otros, siendo factores protectores del Acoso Escolar.

Una baja autoestima, un negativo autoconcepto y un déficit en las habilidades sociales generan mayor vulnerabilidad en esta etapa evolutiva. Mientras que, el incremento del sentido de autoeficacia, la autoestima, el autoconcepto y las habilidades sociales de la persona, reduce los niveles de vulnerabilidad.

El modelo explicativo desde el cual se trabajó fue la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura(1982), quien incorporó el concepto de determinismo recíproco y aprendizaje por observación para explicar la relación entre persona y ambiente. El ser humano es un ser social que se conforma a partir de las relaciones con los otros, aprende de lo que ve y de sus experiencias. Por lo tanto, la familia, los medios de comunicación, tecnológicos y la escuela, sirven de modelos de aprendizaje de conductas funcionales y disfuncionales, lo que permite aproximarse a la comprensión de las conductas relacionadas con el Acoso Escolar y al abordaje de las mismas desde esta perspectiva.

Objetivos

- Describir la presencia de conductas de Acoso Escolar en alumnos de Quinto Grado de una escuela de San Luis-Argentina.
- Desarrollar y aplicar un programa de intervención con fines preventivos, analizando la efectividad del mismo.
- Realizar una evaluación Pre-intervención, Post-Intervención y Seguimiento.

- A partir de las distintas actividades desarrolladas en el programa aplicado, aportar herramientas para las prácticas preventivas y de intervención en el ámbito de la educación.

Material y Métodos

Diseño

Es un diseño cuasi-experimental, de un grupo. Se tomó en cuenta la variante longitudinal de medidas repetidas o intra sujeto. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, comparativo y correlacional entre las siguientes etapas: Pre-intervención, Post-intervención y Seguimiento.

Es un estudio prospectivo, debido al interés que existe respecto a los efectos y consecuencias futuras de la intervención, a corto y mediano plazo.

Muestra

La muestra intencional quedó conformada por 13 alumnos preadolescentes (7 varones y 6 mujeres) cuyas edades oscilaron entre 10 y 11 años, pertenecientes a 5º Grado de un Colegio de la Pcia. de San Luis-Argentina. Se trata de una Institución educativa privada, laica y de gestión autónoma, ubicada en la ciudad, a la que acceden mayoritariamente estudiantes pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-alto.

Se solicitó a la Institución Educativa la colaboración para la realización del trabajo. El acceso a la misma se efectuó a través de un convenio de cooperación con la dirección del centro, lo que facilitó la aproximación al campo de estudio.

Este grupo fue elegido intencionalmente debido a la identificación de problemáticas recurrentes relacionadas con la dinámica vincular entre pares.

La participación fue de carácter voluntario y con Consentimiento Informado firmado por los tutores y asentimiento de los participantes. Además, se consideró como criterio de inclusión, la adherencia a la totalidad de los encuentros programados, garantizando así la validez interna del estudio.

Instrumentos

La muestra intencional quedó conformada por 13 alumnos preadolescentes (7 varones y 6 mujeres) cuyas edades oscilaron entre 10 y 11 años, pertenecientes a 5º Grado de un Colegio Privado de la Pcia. De San Luis-Argentina.

Se solicitó a la Institución Educativa la colaboración para la realización del trabajo. La participación fue de carácter voluntario y con Consentimiento Informado firmado por los tutores y los participantes.

Se aplicó el Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar (CMIE-IV), de Caballo, Calderero, Arias, Salazar e Iruña (2012), sin adaptaciones previas al trabajo de campo. El cuestionario consta de 36 ítems que pueden responderse en una escala tipo Likert de 1 a 4 (1= nunca; 4= muchas veces) dependiendo de las veces que han vivido desde que empezó el año escolar, cada una de las situaciones incluidas en el cuestionario. El cuestionario mide la presencia de Acoso Escolar. Los 36 ítems del instrumento se distribuyen en cinco factores: 1) Comportamientos intimidatorios (F1): se refiere a los comportamientos que realiza el acosador con el fin de provocar o agredir a la víctima. Entre ellos se pueden mencionar reírse, burlarse, agresiones físicas o verbales, bromas pesadas, inventar rumores y alentarlos, fomentar peleas, manipulación, entre otras. Presentando una Media entre 20,20 y 24,00 en

ambos sexos. 2) Victimización recibida (F2): situaciones que la víctima ha vivido o recibido por parte del/los acosadores/es. Por ejemplo, ser insultado, agredido físicamente, molestado, criticado, expuesto al ridículo, sobrenombres, ser ignorado, ser obligado a hacer cosas que no ha querido. Presentando una Media entre 17,49 y 18,06 en ambos sexos. 3) Acoso extremo/Ciberacoso (F3): Haber recibido amenazas por medios virtuales, teléfono, redes sociales, videos, entre otras. Quedar expuesto en videos, fotos, etc. sin haber dado el consentimiento. Aparición de conductas de evitación de lugares como la escuela o públicos por temor a seguir siendo agredido. Presentando una Media entre 8,13 y 8,28 en ambos sexos. 4) Observador activo en defensa del acosado (F4): comportamientos orientados a intervenir en situaciones donde se observa que un compañero es agredido, buscando los recursos necesarios para que la situación se detenga. Presentando una Media entre 17,48 y 17,70 en ambos sexos. 5) Observador pasivo (F5): se refiere a conductas donde, frente a la situación de observar que un compañero está siendo agredido, el observado no interviene realizando comportamientos de evitación e ignorando lo que sucede. Presentando una Media entre 12,94 y 13,66 en ambos sexos. Al final del cuestionario se les pregunta sobre los lugares en los que suelen suceder las situaciones anteriores, brindando información cualitativa para enriquecer la información obtenida. La consistencia interna reflejada en el alfa de Cronbach para la puntuación total del cuestionario es de $\alpha=0,81$, mientras que para los distintos factores es el siguiente: a) Comportamientos intimidatorios (acosador), $\alpha=0,90$; b) Victimización recibida (acosado), $\alpha=0,87$; c) Observador activo en defensa del acosado, $\alpha=0,78$; d) Acoso extremo/Ciberacoso, $\alpha=0,62$; y e) Observador pasivo, $\alpha=0,61$. La fiabilidad Guttman de las dos mitades es de 0,85.

Procedimiento

Antes de iniciar el Taller se informó sobre la utilización de los datos para fines de la investigación. Se acordó realizar una devolución de los resultados una vez finalizado el trabajo. El trabajo se realizó en cuatro etapas: Pre-intervención, Intervención, Postintervención y Seguimiento. Se desarrolló en 8 encuentros, de 70 minutos reloj dentro de los horarios de la Institución Educativa. En el primer encuentro (Pre-intervención), se realizó la presentación y explicación de la modalidad de trabajo y se aplicó el cuestionario seleccionado. Los 5 encuentros siguientes (Intervención) se llevaron una vez por semana durante cinco semanas consecutivas, en los cuales se aplicaron diferentes técnicas psicológicas. En el séptimo encuentro (Post-intervención), se aplicó nuevamente el mismo cuestionario del primer encuentro. En el octavo encuentro (Seguimiento), transcurridos sesenta días, se volvió a tomar el mismo cuestionario.

Resultados

Se realizó el análisis estadístico del Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar (CMIE-IV). Se tuvieron en cuenta las puntuaciones medias de los factores del CMIE-IV realizada por Caballo, Calderero, Arias, Salazar e Irurtia (2012), en una muestra de población española, para comparar los resultados obtenidos en las instancias de PreIntervención, Post-Intervención y Seguimiento de la siguiente investigación.

El grupo (N=13), presentó puntuaciones por debajo de las obtenidas por el autor en 4 de los Factores que analiza el Cuestionario: Comportamientos Intimidatorios (F1), Victimización recibida (F2)), Observador Activo en defensa del acosado (F4) y Observador Pasivo (F5). Estos puntajes bajos se observaron en las tres instancias, presentando una disminución de los mismos entre ellas, a excepción de Observador Activo en defensa del acosado (F4), el cual aumentó en la instancia del Seguimiento. El Factor Acoso Extremo/Ciberacoso (F3), presentó una puntuación levemente por encima de la media en la instancia Pre-Intervención y Post-

Intervención, y un valor promedio en el Seguimiento (Tabla 1).

Tabla 1: Estadística Descriptiva de los Factores del CMIE-IV. Obtenidos en las tres Instancias: Pre, Post y Seguimiento (N=13).

	PRE		POST		SEG	
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE
F1	16,15	4,39	14,23	3,24	12,46	3,10
F2	12,38	2,84	11,92	3,15	10,77	2,52
F3	8,92	1,19	8,23	0,44	8,08	0,28
F4	10,92	3,04	9,46	2,88	12,77	3,39
F5	5,77	1,96	4,77	1,96	4,54	1,13

F1: Comportamientos Intimidatorios. F2: Victimización Recibida. F3: Acoso Extremo/Ciberacoso. F4: Observador Activo en defensa del acosado. F5: Observador Pasivo. Seg: Seguimiento

Esta Tabla describe las puntuaciones promedio obtenidas en los Factores del Acoso Escolar.

Se realizó la Prueba de Normalidad de la muestra para cada factor del CMIE-IV (2012), al no cumplir con los criterios de normalidad se utilizaron Pruebas No Paramétricas (Kruskal-Wallis y Mediana de Mood) para el análisis de los mismos en las tres instancias de Pre Intervención, Post Intervención y Seguimiento.

Se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis en el Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar (CMIE-IV, 2012), para analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las instancias (Pre Intervención, Post-Intervención y Seguimiento). Se obtuvieron los siguientes resultados significativos:

En Acoso extremo/Ciberacoso (F3), en Observador activo en defensa del acosado(F4) y Observador Pasivo (F5), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las distintas instancias ($p=0,027$; $p=0,007$; $p=0,016$) (Tabla 2, 3 y 4).

Tabla 2: Prueba de Kruskal-Wallis: F3CMIE-IV en función de la Instancia (N=13).

Prueba de Kruskal-Wallis en F3				
Clasificación				
Instancia	N	Mediana	promedio	Z
Pre	13	9,000	25,5	2,12
Post	12	8,000	17,5	-0,91
Seg	14	8,000	17,1	-1,20
General	39		20,0	

H = 4,48 GL = 2 P = 0,106

H = 7,21 GL = 2 P = **0,027** (ajustados para los vínculos)

F3: Acoso extremo/Ciberacoso. GL: Grados de Libertad

En esta Tabla se muestra la diferencia estadísticamente significativa del Factor 3 del Acoso Escolar en las instancias.

Tabla 3: Prueba de Kruskal-Wallis: F4 CMIE-IV en función de la Instancia (N=13).

Prueba de Kruskal-Wallis en F4				
Instancia	Clasificación		del promedio	Z
	N	Mediana		
Pre	13	10,000	19,7	-0,13
Post	12	9,000	12,6	-2,69
Seg	14	13,000	26,6	2,72
General	39		20,0	

H = 9,78 GL = 2 P = 0,008

H = 9,98 GL = 2 P = **0,007** (ajustados para los vínculos)

F4: Observador Activo en defensa del acosado. GL: Grados de Libertad

En esta Tabla se muestra la diferencia estadísticamente significativa del Factor 4 del Acoso Escolar en las instancias.

Tabla 4: Prueba de Kruskal-Wallis: F5 CMIE-IV en función de la Instancia (N=13).

Prueba de Kruskal-Wallis en F5				
Instancia	Clasificación		del promedio	Z
	N	Mediana		
Pre	13	5,000	26,6	2,55
Post	12	4,000	17,1	-1,05
Seg	14	4,000	16,4	-1,49

$H = 6,52$ $GL = 2$ $P = 0,038$

$H = 8,27$ $GL = 2$ $P = \mathbf{0,016}$ (ajustados para los vínculos)

F5: Observador pasivo. GL: Grados de Libertad

En esta Tabla se muestra la diferencia estadísticamente significativa del Factor 5 del Acoso Escolar en las instancias.

Para evaluar las diferencias de cada factor en las distintas instancias: Pre Intervención, Post-Intervención y Seguimiento, se aplicó la Prueba de mediana de Mood. Se obtuvieron los siguientes resultados significativos:

En Acoso extremo/Ciberacoso (F3), hay diferencias estadísticamente significativas entre la instancia Pre Intervención con respecto a Post Intervención y Seguimiento ($p=0,042$).

En Observador activo en defensa del acosado (F4), hay diferencias estadísticamente significativas entre la instancia Post Intervención y Seguimiento ($0,022$).

En Observador Pasivo (F5), hay diferencias significativas entre la instancia Pre Intervención y Seguimiento ($p=0,005$).

Con respecto a los lugares donde aparecen las conductas relacionadas con el Acoso Escolar en la muestra se obtuvieron los siguientes resultados:

En la etapa de Pre-Intervención en primer lugar se encuentra la Clase (84,2%), en segundo lugar, el Celular (61,54%) y en tercer lugar el Patio (46,15%).

En la etapa de Post-Intervención en primer lugar se encuentra la Clase o Aula (84,2%), en segundo lugar el Celular y Escuela (53,85%) y en tercer lugar el Patio y Pasillo (46,15%).

En la Etapa de Seguimiento en primer lugar se encuentra la Clase o Aula (84,62%), en segundo lugar, el Patio (76,92%) y en tercer lugar el Celular (69,23%) (Tabla 5).

Tabla 5: Situaciones donde aparecen conductas relacionadas con el Acoso Escolar (CMIE-IV) ($N=13$).

	Pre	Post	Seg
Escuela	38,46%	53,85%	53,85%
Pasillo	23,08%	46,15%	46,15%
Celular	61,54%	53,85%	69,23%
Patio	46,15%	46,15%	76,92%

Clase	84,62%	84,62%	84,62%
Calle	15,38%	0,00%	0,00%

Esta Tabla muestra los lugares o situaciones donde aparecen conductas relacionadas con el Acoso Escolar, durante las distintas instancias

Conclusiones

El grupo se caracterizó al comienzo por manifestar escasos comportamientos de agresiones físicas y verbales en las interacciones con pares; predominando una actitud pasiva (no intervenir) frente a situaciones de agresión hacia un compañero. Las situaciones de victimización estaban relacionadas a los medios tecnológicos (celular, redes sociales, entre otras).

Los Comportamientos Intimidatorios como provocar o agredir físicamente o verbalmente, burlarse, manipular, inventar rumores hacia un compañero, eran poco frecuentes en la muestra, continuando su disminución después de haber realizado el Taller y logrando mantenerse en el tiempo (Seguimiento). Similares resultados se observaron en aquellas situaciones que podía haber vivido algún miembro del grupo, quedando ubicado en el lugar de víctima en la dinámica del Acoso Escolar, por ejemplo, ser insultado, agredido, expuesto al ridículo y manipulado.

En el grupo, no se evidenciaron sujetos que ocuparan el rol de agresores, ni de víctimas. Por otra parte, los comportamientos orientados a intervenir en situaciones donde un compañero es agredido, buscando los recursos necesarios para que la situación se detenga, fueron bajos antes de la intervención. Al finalizar el Taller y después de transcurrido un tiempo (Seguimiento), se observó un mayor compromiso en los vínculos entre ellos, adoptando una actitud más activa en estas situaciones.

Ortega y Cols. (2004) y Smith y Cols. (2008), plantean que el Acoso Escolar presenta una multicausalidad y una compleja interacción entre distintos factores personales, familiares, escolares y sociales, todos pueden ser comprendidos desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1982). Estos autores expresan que analizando las variables anteriores parecería que existe un conjunto de factores de riesgo que predisponen a que un niño o adolescente sea agresivo y acose, humille e intimide a sus pares o que se convierta en víctima de ellos/as y otros factores protectores (como, por ejemplo, el desarrollo de una buena autoestima y autoconcepto, las habilidades sociales) que tienen un papel preventivo y amortiguador de riesgos futuros.

El Acoso extremo/Ciberacoso manifestado en conductas como, haber sido agredido, amenazado o insultado por medios tecnológicos (teléfono, redes sociales, videos, entre otros), estaba más presente antes de la intervención y durante la misma. Finalizado el Taller, durante la etapa de Seguimiento este tipo de acoso disminuyó notablemente.

Autores como Couvillon e Ilieva (2011), Snakenborg, Van Acker y Gable (2011), plantean que existen programas que trabajan directamente el Ciberacoso y resaltan el rol de la escuela para implementar diferentes estrategias orientadas a la seguridad digital de todos.

Castro y Varela (2013) plantean que la violencia cambia de acuerdo con el momento histórico cultural. En estos últimos tiempos, atravesados por la hipermodernidad, el ciberbullying aparece como nueva modalidad.

La preadolescencia se presenta como una etapa evolutiva de mayor vulnerabilidad, donde muchos chicos constituyen un grupo de riesgo para distintas problemáticas. En esta etapa realizar intervenciones preventivas contribuye a disminuir la aparición de conductas relacionadas con el Acoso Escolar.

Con respecto al estudio del Acoso escolar, los trabajos son escasos en muestras hispanohablantes. Por su parte argentina, no dispone de instrumentos que permitan evaluar esta temática con diseño y validación regional, hecho que sucede con la mayoría de los instrumentos disponibles. En este sentido, si bien los resultados obtenidos en este trabajo de investigación brindan información acerca de la importancia de instancias de intervención preventivas, este aporte sería mucho más preciso si se contara con baremos regionales para la comparación de resultados.

La Psicoeducación realizada durante el Taller fue de utilidad para mejorar la adaptación y relación entre pares dentro de la institución escolar. En cuanto a los objetivos propuestos, se observó en las variables estudiadas una disminución efectiva a lo largo de cada una de las instancias del Taller. El grupo con el que se trabajó, según lo referido por la Institución, presentaba dificultades en las relaciones interpersonales. El análisis de los datos cuantitativos, muestran diferencias significativas luego de la intervención realizada.

Tomando como modelo explicativo la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1982), se considera que la intervención desde el ámbito educativo es fundamental, partiendo de la idea que las conductas pueden ser adquiridas, inhibidas o desinhibidas a través del aprendizaje y la interacción con otros. Desde este lugar se trabajó con el Taller realizado, ofreciendo en el mismo la posibilidad de nuevos aprendizajes, con el objetivo de mejorar la relación entre pares y disminuir los factores de riesgo asociados al Acoso Escolar

La convivencia escolar es un elemento indispensable del derecho a la educación, se puede observar que en la escuela se reproducen las tensiones de nuestra sociedad, sin embargo, no se puede responsabilizar en forma exclusiva a la escuela, ni al sistema educativo en su conjunto, del deterioro de la convivencia. El ámbito escolar es un espacio en donde pueden crearse algunas condiciones que permitan un mejor desarrollo entre sus individuos, por esto, se considera importante el desarrollo de distintas actividades orientadas a abordar las problemáticas presentes en los alumnos. Las intervenciones por medio de talleres brindan un espacio de nuevas oportunidades y nuevos aprendizajes, actuando también como generadores de factores protectores de conductas de riesgo. Se conoce el impacto positivo que tienen en el Acoso Escolar los programas de intervención orientados al desarrollo de la autoestima, autoconcepto y de habilidades sociales en niños y adolescentes.

El Taller que se llevó a cabo tuvo una finalidad preventiva, con el objetivo de promover habilidades sociales que permitieran una buena adaptación, bienestar emocional entre pares, desarrollo saludable de autoestima y autoconcepto y la disminución de conductas negativas que generaban conflictos y malestar entre ellos. Se pudo observar que los lugares en que mayormente se manifiestan las conductas relacionadas con el Acoso Escolar son la clase (aula), el celular, el patio(recreo) y pasillo. Es de importancia considerarlo, teniendo en cuenta que

son espacios que pueden ser supervisados por adultos, generando normativas dentro de la institución escolar, que apunten a brindar espacios controlados por personal capacitado. En relación con el celular, dentro de la Institución su uso puede limitarse, sin embargo, su utilización excede el ámbito escolar. El Ciberacoso es una problemática en crecimiento, debido al avance de las tecnologías y a su uso para diversos fines. El anonimato que producen las nuevas tecnologías, por un lado, protegen al sujeto, pero por otro, lo dejan expuesto a sufrir Ciberacoso. La sensación de no tener un lugar donde resguardarse, la falta de control y la rapidez con la que se difunde una imagen, comentario, video, etc., dejan en una zona de alta vulnerabilidad a la víctima. Por lo tanto, es fundamental abordar esta problemática cada vez más presente.

Se considera importante intentar comprender cuales son las características en común que tienen los preadolescentes de hoy. No con el fin de hacer juicios de valores, ni concluir si una adolescencia de una época fue mejor que otra, pero si, para comprender mejor cuáles son las características por las cuales transitan los jóvenes de la actualidad y cuáles son las posibilidades que le brinda el entorno actual.

Los resultados alcanzados permiten concluir la importancia de la participación en Talleres Psicoeducativos con fines preventivos. La modalidad de trabajo grupal genera un sentido de pertenencia, que favorece el intercambio y la reflexión entre pares, permitiendo el desarrollo potencial de cada uno y favoreciendo los vínculos.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

- Avilés, J. M. (2006). *Bullying: el maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca, España: Amarú.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. España: Espasa.
- Berger, C. y Lisboa, C. (2009). Hacia una comprensión ecológica de la agresividad entre pares en el microsistema escolar. En Berger y Lisboa (Eds). *Violencia escolar. Estudios y posibilidades de intervención en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Caballo, V. E. (1997,2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V., Calderero, M., Arias, B., Salazar, I. e Irurtia, M. (2012). Cuestionario multimodal de interacción escolar (CMIE-IV). *Psicología Conductual*, 20 (3), 625 647.
- Castro, A. y Varela, J. (2013). *Depredador escolar: Bully y Cyberbully*. Salud mental y violencia. Buenos Aires: Bonum.
- Ccoica-Miranda, T. (2010). *Bullying y funcionalidad familiar en una institución educativa del Distrito de Comas (tesis de pregrado)*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Couvillon, M. A. y Ilieva, V. (2011). Recommended practices: A review of schoolwide preventative programs and strategies on cyberbullying. *Preventing School Failure*, 55(2), 96-101. doi:10.1080/1045988X.2011.539461.

- Olweus, D. (1986). *Mobbning vad vi vet och vad vi kan göra*. Stockholm, Suecia: Liber.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Malden, EE.UU: Blackwell Publishing Ltd.
- Ortega V. (2012). Programa de entrenamiento en habilidades sociales para fomentar la mejora de relaciones interpersonales dirigido a un grupo de 6to grado de educación primaria. Universidad pedagógica nacional. México.
- Ortega, R., Del Rey, R. y Mora-Merchan, J. A. (2004). SAVE model: an anti-bullying intervention in Spain. En P. K. Smith, D. Pepler, y K. Rigby (dirs.), *Bullying in schools: how successful can interventions be?* (pp. 167-186). Cambridge, England: Cambridge University.
- Osorio, F. (2013). *Bullying, Matón o Víctima. ¿Cuál es tu hijo?* Buenos Aires, Argentina: Urano.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE Ediciones. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/pdf>.
- Serrano, S. y Iborra, M. (2005). *Violencia entre compañeros en la escuela*. España: Goaprint, S.L.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S. y Tippett, N. (2008). Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 376-385.
- Snakenborn, J., Van Acker, R., y Gable, R. (2011). Cyberbullying: Prevention and intervention to protect our children and youth. *Preventing School Failure*, 55(2), 88-95. doi:10.1080/1045988X.2011.539454
- Varela Torres, J. y Lecannelier Acevedo, F. (2008). Violencia escolar (bullying): ¿Qué es y cómo intervenir? Recuperado de <http://www.ocse.mx>