

2016



# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PACIENTE OBESO



UNIVERSIDAD FASTA  
FACULTAD DE CS. MÉDICAS  
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Gonzalez Mariela  
Tutora: Lic. Monica Navarrete

Asesoramiento metodológico.  
Dra. Mg. Vivian Minnaard



*Confío en el proceso de la vida  
que se ocupa siempre de todo  
lo que necesito en su tiempo justo.*

*Estoy a salvo*

Luis Hay

Dedico y agradezco este trabajo a cada persona que se cruzó en mi camino y levantó mis brazos cuando estuvieron cansados.

A cada uno de ellos, gracias por las palabras de aliento que me empujaron a seguir adelante.

A mi familia, por el apoyo en cada uno de todos estos años.

Desde lo más profundo de mi corazón agradezco a ...

- ❖ La Jefa del Servicio de Nutrición del Hospital Interzonal General de Agudos y co-tutora de mi tesis, la Licenciada Virginia García, por ayudarme tanto y guiarme, por escucharme y darme fuerzas para seguir y cumplir con mis objetivos.
- ❖ A todas las residentes en Nutrición del Hospital H.I.G.A, a la licenciada en Nutrición Olga Algañaraz y Belén Castillo.
- ❖ A mi amigo y colega Profesor de Educación Física Marcelo Peralta, un ser con mucha luz que me alentó a seguir y lo hace día a día, en cada recreo siempre con una palabra de aliento.
- ❖ A mi familia, mis dos hermanos Carolina y Sebastián y un especial agradecimiento a mi mamá porque siempre estuvo al lado mío cuando yo la necesite.
- ❖ A mi papá, que, desde algún lugar, seguramente estará muy orgulloso de ver el trabajo terminado, gracias por enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.
- ❖ A mi tutora Mónica Navarrete, por recibirme siempre con tanto cariño.
- ❖ Asesoramiento metodológico y en especial a Vivian Minnaard y Natalia Sordini, gracias por impulsarme a seguir.
- ❖ Al Licenciado Jorge Razul, una persona que siempre me tendió su mano cuando lo necesite.
- ❖ A Elvira Festorasi, un abrazo desde aquí muy fuerte y que llegue.
- ❖ A mi gran amor, Sebastián, que me apoya día a día en todo y su fuerza me sostiene.
- ❖ A todos los que siguen estando cerca, y le regalan a mi vida algo de ellos, a los que sin saberlo me ayudaron, ya sea poniendo a mi disposición el valor incalculable de sus conocimientos, compartiendo mis dudas y ansiedades y apoyándome a seguir.

A nivel mundial nos encontramos frente a una pandemia de obesidad creciente y nuestro país no es ajeno a ello. La obesidad es una enfermedad que desencadena trastornos metabólicos y junto con ello predispone a diabetes, hipertensión, dislipemias y otras enfermedades.

**Objetivo General:** Evaluar los conocimientos, actitudes y practicas sobre actividad física y alimentación saludable, y el estado nutricional de los pacientes con obesidad, que concurren al Programa de apoyo nutricional en zapatillas de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata.

**Metodología:** La investigación es cuantitativa y se desarrolla de forma descriptiva de corte transversal. La muestra, no probabilística por conveniencia está conformada por pacientes con obesidad que concurren a un hospital público de la ciudad de Mar del Plata. La unidad de análisis es cada uno de los pacientes que asisten al Programa a quienes se les realiza una encuesta CAP.

**Resultados:** De la encuesta realizada a un total de 32 pacientes que asisten al Programa, el 91% de la muestra corresponde al sexo femenino. Del 94% de pacientes que registraron obesidad, el 37% presento obesidad mórbida, un 27% obesidad de grado 1, y el restante 36% obesidad de grado 2. El 75% de los pacientes registraron conocer la gráfica de la alimentación saludable. De una muestra de 32 personas, solo 6 personas, respondieron que les resulta fácil comer de manera saludable, en tanto que el 40% respondió que le resulta muy difícil hacerlo. El 75% de las mujeres realiza actividad física. Solo el 12% de los encuestados realiza actividad física cuya duración no alcanza la recomendación que establece la Guía Alimentaria, la de ejercitarse media hora por día.

**Conclusiones:** En la muestra se observa en general bastante conocimiento acerca de temas relacionados a la alimentación, actitudes positivas frente a la alimentación saludable y actividad física y practicas adecuadas. Razón por la cual sería conveniente implementar Programas en el ámbito de la Salud Publica que promueva los buenos hábitos de alimentación y actividad física y de esta manera reducir la aparición de enfermedades.

**Palabras claves:** Obesidad– conocimientos – actitudes – prácticas –alimentación – actividad física.

Globally we are faced with growing obesity pandemic and our country is no stranger to it. Obesity is a disease that triggers metabolic disorders and with it predisposes to diabetes, hypertension, dyslipidemia and other diseases.

**General Objective:** To evaluate the knowledge, attitudes and practices on physical activity and healthy eating, and nutritional status of patients with obesity, which contribute to nutritional support program slippers a public hospital in the city of Mar del Plata.

**Methodology:** The research is quantitative descriptive and develops cross-sectional shape. The sample, not probabilistic for convenience is made up of obese patients attending a public hospital in the city of Mar del Plata. The unit of analysis is each of the patients attending the Program who undergo a KAP survey.

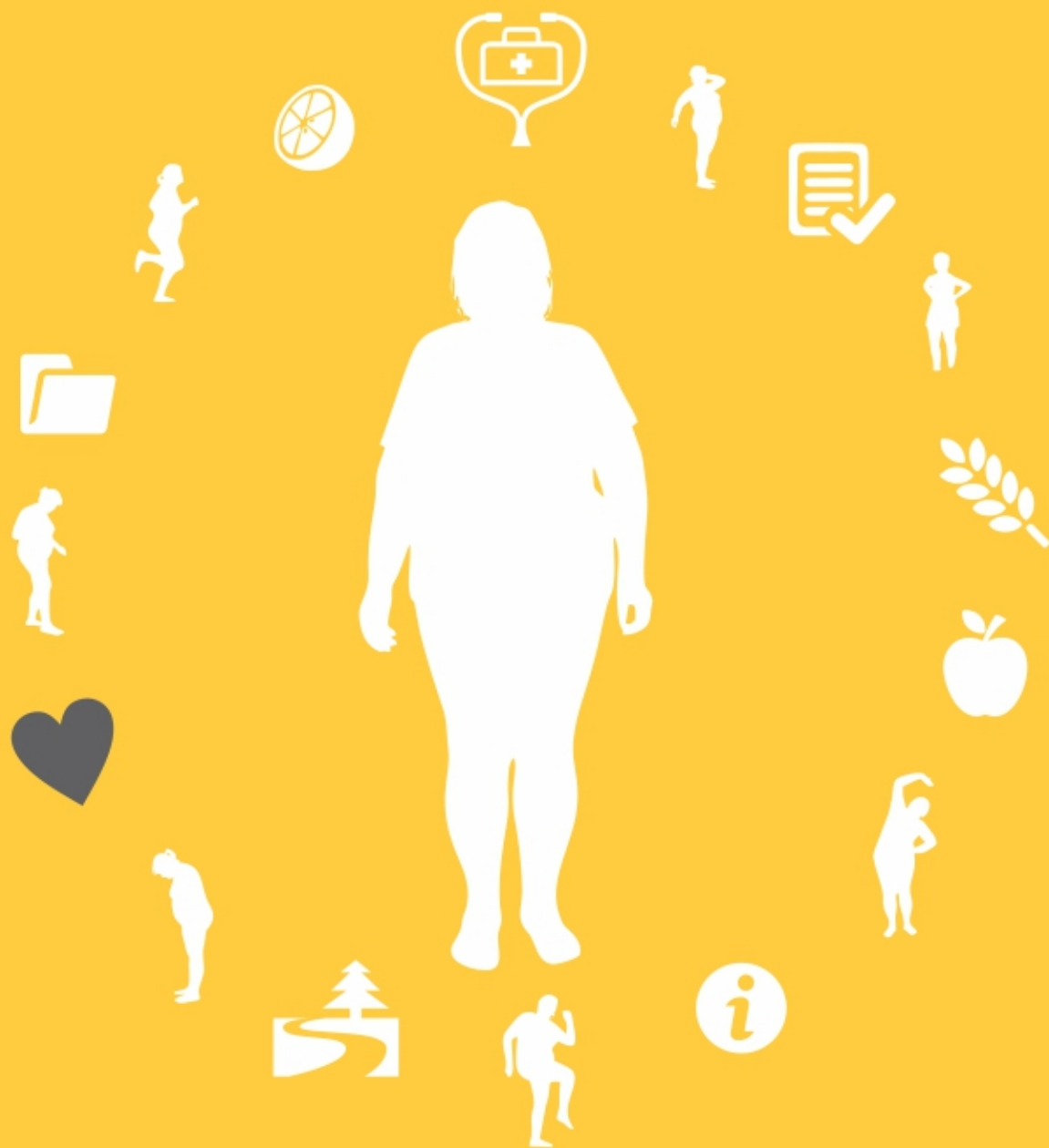
**Results:** Of the survey of a total of 32 patients attending the program, 91% of the sample corresponds to the female sex. 94% of patients showed obesity, 37% present morbid obesity, 27% obesity grade 1, and the remaining 36% obesity grade 2 75% of patients recorded know the graph of healthy eating. From a sample of 32 people, only 6 people, they said they find it easy to eat healthy, while 40% responded that it is very difficult to do. 75% of women physically active. Only 12% of respondents do physical activity whose duration does not reach the recommendation stable Food Guide, the exercising half an hour per day.

**Conclusions:** In the sample enough knowledge about issues related to food, positive attitudes towards healthy eating and physical activity and good practices observed in general. Which is why it would be appropriate to implement programs in the field of Public Health that promotes good eating habits and physical activity and thus reduce the occurrence of diseases.

**Keywords:** obesity- knowledge - attitudes - practices -food - physical activity.

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>SISTEMA DE SALUD</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO II</b>	
<b>ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>17</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>28</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>62</b>





# INTRODUCCIÓN

A nivel mundial nos encontramos frente a una pandemia de obesidad creciente y nuestro país no es ajeno a ello. La obesidad es una enfermedad que desencadena trastornos metabólicos y junto con ellos predispone a diabetes, hipertensión, dislipemias y otras enfermedades, (Salinas 2003)<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002)<sup>2</sup> ha considerado a la obesidad como un problema de salud pública de carácter mundial, que es catalogada como una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar numerosas complicaciones.

Según Braguinsky (1997)<sup>3</sup>, la obesidad como expresión sociocultural se ha constituido en una epidemia que demanda por la sociedad en general estrategias que incluya actividades preventivas y de control, las cuales deben enfocarse a reducir la exposición a un medio ambiente que favorezca el desarrollo de esta enfermedad. Así mismo, sostiene que el ambiente obesogénico es la suma de las influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad de los individuos o de las poblaciones. Dicho ambiente juega un papel fundamental a la hora de entender cómo se generalizan ciertos hábitos alimenticios y de actividad física en grandes grupos de gente.

El modo en que vivimos, particularmente en lo relacionado con qué, cuándo y cómo comemos y trabajamos ha cambiado drásticamente con la transformación gradual de la sociedad agrícola a la sociedad de consumo en los últimos 50 años, Davis (2001)<sup>4</sup>.

Además de los estilos de vida, y de los elementos relacionados con el entorno, las creencias y las actitudes Aranceta (2006)<sup>5</sup> coincide en que los sistemas de creencias culturales y sus nociones sobre las comidas apropiadas influyen mucho más en la selección de los alimentos que las necesidades biológicas de energía.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2002)<sup>6</sup>, la OMS indicó que 76% de todas las defunciones en el continente americano en el año 2000 se debieron a enfermedades no

---

<sup>1</sup> Salinas, (2003), sostiene que la obesidad es hoy uno de los principales problemas sanitarios de la mayoría de los países industrializados, considerándola una enfermedad en si misma debido a su relación directa o indirecta con enfermedades como la hipertensión, diabetes tipo II, hiperlipemia, hipercolesterolemia, o insuficiencia respiratoria.

<sup>2</sup> La obesidad de manera sostenida en el mundo, ha conllevado a considerarla como una indudable epidemia, datos según la OMS

<sup>3</sup> Braguinsky, (1997), particularmente conllevando un mayor conocimiento a la población sobre los factores determinantes y cuya variación geográfica y diversidad cultural predisponen esta susceptibilidad a la ganancia de peso entre las personas. La cultura se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social

<sup>4</sup> Explica Davis (2001) "la comida está fácilmente disponible para un enorme segmento de la población, mientras que la oportunidad de realizar trabajo físico y gastar energía ha disminuido"

<sup>5</sup> Los beneficios para la salud que se asocian con la práctica de los deportes y ejercicios aeróbicos con regularidad han sido ampliamente documentados por más de 30 años. No obstante, durante el último decenio han surgido nuevos datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios de salud.

<sup>6</sup> En dicho informe refiere que para las enfermedades no transmisibles los factores de riesgo más importantes son la Hipertensión Arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y verduras,

transmisibles (ENT), siendo esta proporción semejante a la encontrada en zonas desarrolladas de Europa (86%) y del Pacífico Occidental (75%). La mala alimentación, poco saludable y la falta de actividad física constituyen las principales causas de enfermedades cardiovasculares, diabetes 2 y determinados tipos de cáncer y contribuyen a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad (OMS 2004)<sup>7</sup>.

América Latina y el Caribe han llegado a convertirse en la región del mundo en desarrollo que tiene la mayor urbanización, puesto que más de 60% de la población habita en centros urbanos. Argentina, nuestro país, el 90% de la población, vive en zonas urbanas, esto genera que el acceso a los alimentos sea a través del mercado y que las opciones de comidas ricas en grasas y azúcares sea más fácil al tiempo que observa un aumento del sedentarismo. De lo mencionado, Torresani (2009)<sup>8</sup> sostiene que los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero.

En el año 2005 se llevó a cabo en Argentina, la primera encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR), sus resultados permitieron disponer de información relevante para la toma de decisiones en cuanto a políticas de prevención. Desde aquel momento, y hasta la fecha, se han llevado a cabo múltiples acciones, como la puesta en marcha del Programa Nacional de Control de Tabaco, la aprobación de leyes provinciales de control de tabaco y el Plan Argentina Saludable y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles.

La segunda ENFR se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre de 2009. Entre 2005 y 2009 se observó un incremento significativo de la inactividad física y de la alimentación menos saludable. A su vez, y probablemente como consecuencia, se incrementaron la obesidad, la diabetes y el colesterol elevado. Los resultados de la ENFR 2009 reafirman la necesidad de intensificar los esfuerzos en estrategias efectivas de prevención y control, en especial sobre alimentación saludable y vida activa<sup>9</sup>.

La tercera ENFR se llevó a cabo en el año 2013, cuyos objetivos fueron proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, proceso de atención y prevalencias de las principales ENT en la población de 18 años y más como también

---

exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores de riesgo están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física.

<sup>7</sup> La Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud fue aprobada por unanimidad por los Estados Miembros. La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo determinantes de la enorme y creciente carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, que causa hoy un 60% de las defunciones mundiales y casi la mitad (el 47%) de la carga mundial de morbilidad. Entre las enfermedades no transmisibles figuran las cardiovasculares, la diabetes de tipo II, el cáncer y afecciones relacionadas con la obesidad.

<sup>8</sup> Este acelerado crecimiento de la población urbana ha avanzado con más rapidez que el desarrollo de la infra-estructura social y física, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda

<sup>9</sup> Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda goba) sobre la base de datos de Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social e Indec. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009

monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT de Argentina y la evolución del impacto de las políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial. Se recogió información sociodemográfica y se indagó sobre la salud general, la actividad física, el acceso a la atención médica, el proceso de atención, la alimentación, el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, el consumo de alcohol, el peso corporal, la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, las afecciones crónicas, las lesiones y detección precoz de cáncer.

Según los resultados y las diferencias estadísticas reflejadas en las tres ENFR, se puede determinar que hubo indicadores que empeoraron.

En el año 2005, el 19,9% de la población tenía un estado de salud general malo o regular, siendo este resultado del 19,2% en la encuesta realizada en el año 2009, y elevándose a un 21% en el año 2013. Con respecto al bajo nivel de actividad física los resultados fueron de un 46% en el año 2005, 54,9% en el año 2009 y elevándose a 55% en el año 2013. Los resultados obtenidos para el indicador de exceso de peso fueron 49% en el año 2005, 53,4% en el año 2009 y 57,9% en el año 2013. En la encuesta realizada en el año 2005, el 49% de la población presentó exceso de peso, el mismo ítem empeoró en la encuesta realizada en el año 2009 con un resultado de 53%, aumentando a un 57,9% en la última encuesta realizada en el año 2013.

Con respecto al sobrepeso y a la obesidad, los resultados de las tres encuestas demuestran que el estado nutricional de la población ha ido desmejorando, siendo un 34,4% la población con sobrepeso en el año 2005, elevándose este valor a un 35,4% en el año 2009 y 37,1% en el año 2013. Con respecto a la obesidad, el 14,6% de la población en el año 2005 padecía obesidad, aumentando a un 18% en el año 2009 y finalmente a un 20,8% en el año 2013.

Otro dato de interés es el promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas, siendo de un 2% el resultado obtenido en la encuesta del año 2009 y de un 1% en el año 2013. El control de la presión arterial en los últimos dos años, la prevalencia de colesterol elevado, el control de la glucemia alguna vez y la prevalencia de glucemia elevada/diabetes son indicadores evaluados en las ENFR de los años 2005, 2009 y 2013 y cuyos resultados fueron empeorando a lo largo del tiempo<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Para ampliar la información consultar Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recuperado de: [www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf)

Surge el siguiente problema de investigación:

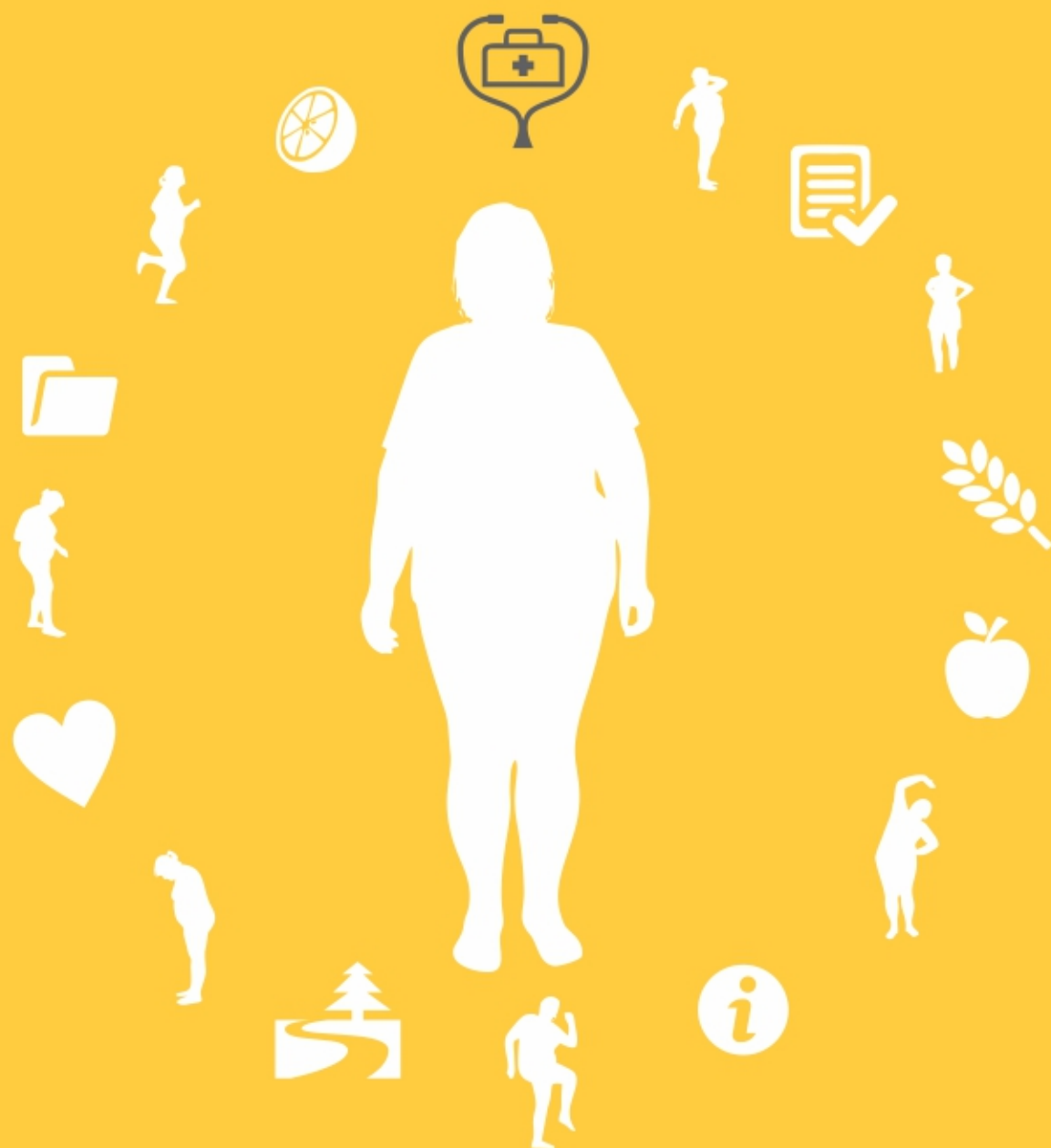
¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre actividad física y alimentación saludable, y el estado nutricional de los pacientes con obesidad, que concurren al Programa de apoyo nutricional en zapatillas de un hospital Público de la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo general es:

- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre actividad física y alimentación saludable, y el estado nutricional de los pacientes con obesidad, que concurren al Programa de apoyo nutricional en zapatillas de un hospital público de la ciudad de mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

- Establecer el estado nutricional de la población en estudio correspondiente al Programa de apoyo nutricional en zapatillas de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata, de acuerdo a indicadores antropométricos.
- Evaluar los conocimientos sobre alimentación saludable que posee la población en estudio (grupo de alimentos fuente, funciones de los nutrientes y porciones recomendadas de cada uno de ellos) y los conocimientos sobre la actividad física que posee la población en estudio (beneficio de la practica regular de actividad física y tiempo recomendado de actividad física)
- Registrar las actitudes hacia alimentación saludable que posee la población en estudio (percepción del esfuerzo por parte del paciente por cumplir con pautas de alimentación saludable) y las actitudes hacia la actividad física que posee la población en estudio (percepción del esfuerzo por parte del paciente por realizar actividad física de manera regular)
- Estimar las practicas sobre alimentación saludable que posee la población en estudio (frecuencia de consumo de cada grupo de alimentos y sus porciones) y las practicas sobre la actividad física de la población en estudio (frecuencia y duración de la actividad física)



# CAPITULO 1

## SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

La presencia de un profesional dedicado a la nutrición en un hospital radica en la importancia que tiene la alimentación, tanto en el tratamiento de la enfermedad como en la prevención y promoción de la salud. Dentro de un establecimiento asistencial como es un hospital existe un Área de alimentación y dietoterapia cuyas acciones se pueden clasificar en base a tres niveles de riesgo que puede presentar establecimiento: Nivel I, o de bajo riesgo, el Área se centra en la atención primaria y ambulatoria, con énfasis en acciones de prevención; Nivel II, o de mediano riesgo, se focaliza en acciones de recuperación de la salud con participación en la atención de diversas patologías y Nivel III, o de alto riesgo, aborda el tratamiento de pacientes que requieren de especialización dietoterápica y/o con alto compromiso de su estado de salud (Salinas, 2003)<sup>1</sup>.

El Nutricionista es un profesional formado con una visión integral del paciente y una capacidad de distinguir la multiplicidad de factores que influyen en la alimentación y en el estado nutricional del mismo. Considerando estos puntos es claro que tanto el nutricionista como el médico nutricionista pueden desempeñarse profesionalmente dentro de un hospital. Con respecto a esto un estudio realizado en España en el año 2005 cuyo objetivo fue justificar la introducción del dietista-nutricionista en la Atención Primaria de la salud sostiene que

*“...la labor de dicho profesional beneficia la salud individual y colectiva, ejerce un papel clave en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas más prevalentes, evita el intrusismo y la multiplicación de aficionados y organizaciones o individuos con planteamientos para-científicos o acientíficos, abarata el gasto sanitario y defiende los intereses de la ciudadanía”.*  
(Torresani, 2000)<sup>2</sup>

Según Flores et. al. (2004)<sup>3</sup> sostienen que un estudio realizado con 250 médicos de atención primaria, valoró sus conocimientos en cuestiones de nutrición y dietética, y concluyó

---

<sup>1</sup> De acuerdo al nivel de riesgo serán necesarias determinadas acciones, cantidad de personal, recursos físicos y equipamiento. El Licenciado en Nutrición está presente en los tres niveles de riesgo, en un número determinado por la cantidad de raciones completas que sirve el establecimiento, y sus funciones incluyen los sectores de: elaboración de alimentos, internación, preparación de fórmulas líquidas, consultorios externos y área de influencia

<sup>2</sup> Torresani, (2000), también se hace referencia a una diferencia entre el Proceso de cuidado nutricional y la Terapia Nutricional Médica. Cabe distinguir, tal como señala la Asociación Americana de Dietética, entre Proceso de Cuidado Nutricional y Terapia Nutricional Médica. El Proceso de Cuidado Nutricional es un conjunto amplio de acciones que requiere conocimientos detallados de: composición de los alimentos (contenido en nutrientes y no nutrientes), valoración del estado nutricional, nutrición y dietética a lo largo del ciclo vital y su aplicación tanto en la salud como en la enfermedad. La Terapia Nutricional Médica es, sin embargo, una parte no menos importante del Proceso de Cuidado Nutricional que dedica sus esfuerzos al tratamiento terapéutico nutricional cuando ya existe enfermedad o el individuo está en alto riesgo de padecerla

<sup>3</sup> Es en este punto donde el número de Licenciados en nutrición dentro de un hospital adquiere mayor relevancia. Ya que para llevar a cabo las acciones que plantea el proceso de cuidado nutricional sería

que la mayoría no se consideraba capaz de abordar el seguimiento dietético por falta de formación y tiempo de dedicación<sup>4</sup>.

La relación de la nutrición con el desarrollo de las enfermedades crónicas está sobradamente demostrada. La atención primaria es el nivel asistencial mejor ubicado para asumir la mayor parte de las actividades preventivas, incluyendo el consejo nutricional. Dada la creciente prevalencia de obesidad y de enfermedades crónicas asociadas, es de alta prioridad desarrollar acciones preventivas y de abordaje nutricional en la práctica diaria en atención primaria. Para esto es fundamental que los profesionales que integran el equipo de salud conozcan y manejen los fundamentos de la alimentación y su adecuación a los pacientes a través de un modelo único consensuado que evite controversias en el discurso nutricional (Flores, 2000)<sup>5</sup>.

Para Salinas (2003) la Nutrición en Salud Pública es la actividad no asistencial que tiene como finalidad el estudio de los sistemas que hacen a la atención de la nutrición humana en poblaciones o comunidades y su relación con el medio ambiente, incluyendo la producción de alimentos y su red de distribución y accesibilidad. Así mismo, desarrolla actividades inherentes a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del estado nutricional de las personas como también analiza la situación alimentaria-nutricional de la población con un enfoque epidemiológico y gestiona recursos y técnicas para la prevención de los mismos. Cabe agregar y según se ha citado, que la Nutrición Clínica es una disciplina que exige un abordaje a partir de un paradigma de complejidad creciente teniendo en cuenta que el estado nutricional de las personas es el resultado de la interrelación de una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales<sup>6</sup>.

El estado nutricional durante los procesos patológicos desempeña un reconocido papel en la evolución de los mismos. La dinámica de su equilibrio merece y exige un monitoreo tanto como manejo adecuado y oportuno por parte de un equipo interdisciplinario que cuente con profesionales especializados en la Nutrición Clínica. El equipo Interdisciplinario debe estar conformado por Médicos, Licenciados en Enfermería, Licenciados en Nutrición o Nutricionistas y Químicos Farmacéuticos. Los avances de la Ciencia Médica y la Nutrición, agregados a los de la tecnología aplicada al diagnóstico y tratamiento de patologías, han

---

necesario contar con un determinado número de profesionales. De lo contrario esas acciones podrán tomar dos direcciones: no ser realizadas en su totalidad, o ser realizadas por otros profesionales

<sup>4</sup> Es por ello, entre otros argumentos, que la investigación plantea y justifica que el personal mejor capacitado para llevar a cabo el proceso de cuidado nutricional es el Licenciado en nutrición

<sup>5</sup> Consideremos que a pesar de la enorme importancia que en los últimos años se le ha dado al área de la nutrición, la gran parte de los tratamientos no farmacológicos a patologías crónicas fracasan. Esto se refleja comúnmente en el fracaso de los tratamientos que se realizan en forma aislada sin contar con la interdisciplina.

<sup>6</sup> Su campo de acción va desde la prevención de los problemas nutricionales más frecuentes, al tratamiento de la enfermedad, y sus complicaciones.



hecho posible una mayor sobrevida de los pacientes, generando así el desafío de ofrecer planes terapéuticos y apoyo nutricionales que permitan prevenir y reducir complicaciones en la evolución de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes (Gutiérrez, 1998)<sup>7</sup>.

Tobar (2001)<sup>8</sup> sostiene que la situación alimentaria mundial se encuentra polarizada entre el hambre y las enfermedades ocasionadas por excesos y desequilibrios nutricionales. Las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles que se han convertido en la principal causa de muerte y discapacidad prematura en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y dominan el cuadro de salud de numerosos países.

Por otro lado, Neri (2005)<sup>9</sup> señala que la malnutrición es un flagelo que azota al mundo e incrementa la morbi-mortalidad, que conlleva un aumento de estancia hospitalaria, incrementando los costos en salud, lo que afecta sustancialmente la relación costo-riesgo-beneficio. En este sentido, Tobar afirma que la formación de grado del Licenciado en Nutrición tiene un abordaje general sobre todo el espectro de inserción profesional que incluye la Nutrición Clínica. El papel que este profesional cumple dentro de los equipos del Sistema de Salud, genera la necesidad de profundizar su formación, tanto en los aspectos fisiopatológicos y dietoterápicos como en la adecuación a diferentes modalidades de abordaje del paciente, según su realidad particular y al desarrollo de competencias en comunicación y de las relaciones interpersonales favorecedoras de la adherencia a los tratamientos<sup>10</sup>.

Según Goiburú et al. (2006)<sup>11</sup> señalan que el Nutricionista Clínico en el área desempeña una función concreta mediante sus conocimientos y habilidades específicas, en la aplicación terapéutica de la ciencia de la nutrición. El carácter interdisciplinario de la formación posibilita la actuación en distintos ámbitos laborales como hospitales públicos y privados, atención de pacientes internados, en servicios o áreas de alimentación y nutrición de los hospitales,

---

<sup>7</sup> La participación y el trabajo en equipo permiten interactuar con profesionales de diferentes disciplinas, lo cual tiene un efecto positivo sobre la atención y el cuidado del paciente. La Nutrición clínica es un campo muy dinámico que cambia de manera constante en la medida de la disponibilidad de nueva información y tecnología.

<sup>8</sup> La desnutrición hospitalaria en Latinoamérica se presenta entonces como un grave problema y son pocos los países de la región que cuentan con una política gubernamental que normalice la práctica de la terapia nutricional.

<sup>9</sup> A pesar de los importantes avances en las Ciencias Médicas, aún existe desnutrición iatrogénica en el ámbito hospitalario, donde algunos pacientes siguen muriendo de hambre

<sup>10</sup> Las acciones a desarrollar en este sentido implican el trabajo conjunto de los profesionales relacionados con la salud, en especial de los Licenciados en Nutrición, quienes deben participar activamente en la promoción de hábitos y costumbres alimentarias saludables, así como en la prevención específica, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades donde la alimentación y la nutrición constituyen un componente del tratamiento, para lo cual es necesario una fuerte formación en la temática, acorde con los adelantos científicos y tecnológicos actuales.

<sup>11</sup> Su modo de actuación se basa en intervenir en el tratamiento nutricional del paciente teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas y/o la patología presente, considerando hábitos alimentarios, condiciones socioeconómicas, religiosas y culturales, para contribuir al tratamiento y/o prevención de la enfermedad y preservar o recuperar su estado nutricional

clínicas, sanatorios o centros de salud, unidad local de atención primaria de salud, cumpliendo funciones preventivas, terapéuticas, gestión, educación, docencia, investigación, asesoría y de auditoría en el campo de la nutrición, donde sea necesario realizar la prevención y/o tratamiento de enfermedades relacionadas con la nutrición.

Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: la situación de salud de la población, sus políticas de salud y su sistema de salud (Tobar, 2001)<sup>12</sup>.

Contrariamente a lo que parecería a primera vista, para González et al. (1997)<sup>13</sup> la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud. Por otro lado, las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

Y, en tercer lugar, el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas sanitarios de la población (OPS-OMS 2000)<sup>14</sup>.

El sistema en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado (Belmartino, 1999)<sup>15</sup>.

La Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ve disminuidas sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más importantes. En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud (Cepal, 2008)<sup>16</sup>.

A su vez, para Acuña et al. (2002)<sup>17</sup> esta situación actuó como disparador de un crecimiento expansivo del sistema de seguridad social, que se convirtió en el principal

---

<sup>12</sup> La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos.

<sup>13</sup> La salud es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos.

<sup>14</sup> El concepto de equidad significa contar con un sistema que resulte en sí mismo igualador de las oportunidades y que contribuya con sus resultados a equiparar oportunidades de las personas en las competencias por otros logros, tanto económicos como sociales y políticos. La equidad no resulta ser un estado de igualdad potencial sino un mecanismo de equiparación real de situaciones desiguales originadas en distintos ámbitos, como el económico, el social y el geográfico. La igualdad, más que una propuesta niveladora es un proyecto que habilita a las personas para acceder a oportunidades que le permitan su superación y desarrollo.

<sup>15</sup> Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan

<sup>16</sup> Los mismos funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones nacional, provincial o municipal y prestan servicios de provisión gratuita

<sup>17</sup> En la Argentina, este problema se hizo visible, aunque no se profundizó como era esperable suponer puesto que, aún ante el incremento cada vez mayor del empleo informal y la consecuente pérdida de

proveedor de servicios hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la década de los ochenta como consecuencia de múltiples factores, entre ellos, la pérdida de recursos y la debilidad institucional. Sin embargo, un elemento aún más importante que influyó en la crisis de las Obras Sociales se desprende del creciente proceso internacional de tercerización del trabajo y la consiguiente pérdida de peso de los sindicatos.

El subsistema público es un subsector cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población (Chudnosky, 2002)<sup>18</sup>.

Según Repetto, (2001)<sup>19</sup>, hay en el país más de mil doscientos establecimientos públicos con internación. Los recursos humanos del sector público, en su mayoría desarrollan actividades en el sector privado en forma independiente o vinculados a los establecimientos públicos. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles, nacional, provincial y municipal.

La provincia de Buenos Aires está compuesta por 134 Municipios, se encuentra dividida en 12 Regiones Sanitarias, en las cuales funcionan aproximadamente 2092 Centros de Primer Nivel de la Salud.

El Hospital H.I.G.A "Oscar E. Allende" del Partido de General Pueyrredón, es una institución que brinda servicios de salud ambulatorios y con internación, gratuitos al momento de la atención, dependiente del presupuesto provincial y que se ajusta al marco legal, de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires. Su área de influencia se extiende a 16 partidos provinciales vecinos con una población de 1.087.000 habitantes.

Las acciones que desarrolla su personal profesional, técnico y auxiliar de la salud actuando directamente sobre las personas, son de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación integral<sup>20</sup>.

El H.I.G.A por ser referencia de complejidad en la Zona Sanitaria VIII se encuentra en el vértice de la derivación, teniendo en cuenta que el concepto de regionalización se utiliza ampliamente cuando se trata la atención médica siendo variadas sus acepciones, pero en concreto se reduce a la idea de coordinación de los esfuerzos, que realizan establecimientos o programas de una región con el objeto de darles una estructura racional, a los recursos existentes para que con los mismos obtener el máximo de utilización evitando las omisiones

---

los aportes obligatorios de los trabajadores que se ligaban a su condición de trabajadores formales, no se debilitó en igual medida, la cantidad de usuarios de las Obras Sociales.

<sup>18</sup> En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos.

<sup>19</sup> La mayoría de los establecimientos públicos son hospitales La mayor parte de ellos son provinciales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional.

<sup>20</sup> Se entiende que la buena atención médica a la comunidad por parte del H.I.G.A "Oscar E. Allende" debe cumplir con algunas características como la equidad, la calidad, servicio integral y la accesibilidad y oportunidad de la atención de sus recursos.

o duplicaciones y facilitando el acceso a los servicios a la población, en forma piramidal, en cuya base se ubican las necesidades de la población y demandas de la comunidad (2009)<sup>21</sup>.

Imagen N ° 1 Hospital Interzonal General de Agudos. Ciudad de mar del Plata



Fuente: Central estadística del Hospital Interzonal General de Agudos Doctor O. Allende. Ciudad de Mar del Plata, 2009.

A través del tiempo se fueron dando diferentes definiciones del término salud, "Se tenía salud cuando no se estaba enfermo", pero los conceptos que llevaron a dar esta definición, aunque no se encontraban tan alejados de esta idea, tendían a variar según las imponentes del momento, como en 1941, Henry E. Sigerist, quien fue el primero en diferenciar salud de enfermedad al definir que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas, siendo estas la promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento del enfermo y la rehabilitación. El definió que:

*"...La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de responsabilidades que la vida impone al individuo..."* (Sigerist, 1940)<sup>22</sup>

En el año 1945, Stampar presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada por la Organización Mundial de la salud (OMS):

*"...La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque..."*, (OMS 1946)<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Central Estadística H.I.G.A (2009)

<sup>22</sup> Henry Sigerist, médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en los Estados Unidos, en donde llegaría a consagrarse como el máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale, rescató las ideas de los precursores, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció, perfilando de manera más concreta la noción de "Promoción de la Salud"

<sup>23</sup> Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia

En los años 50 se critican algunos aspectos de esta definición, equiparar bienestar a salud, es utópico, pues rara vez o nunca se alcanzará el completo bienestar físico, mental y social; la definición es estática, subjetiva; por lo que, en 1956 René Dubos nos dice que la salud es un espejismo que merece la pena buscar, aunque es esencialmente inalcanzable. Y nos la define como:

*"...Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado..."* (Dubos, 1956)<sup>24</sup>.

En la 1º conferencia internacional para la promoción de la salud, celebrada en Canadá en 1986, la OMS elaboro la CARTA OTAWA y propone este concepto:

*"...La salud es el resultado de las condiciones de Alimentación, vivienda, educación, Ingreso, medioambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de Salud".* (OMS, 1986)<sup>25</sup>

La carta de Ottawa fue celebrada en el año 1986, en la cual se abordó con mucha relevancia el tema de la Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción. En la declaración final de esa conferencia se plantearon cuatro grandes líneas directrices, como primer elemento, la promoción de la salud es una responsabilidad que debe ser compartida entre todos los actores claves del sector salud, los que diseñan las políticas, los trabajadores de la salud, los administradores, los usuarios, las personas, los ciudadanos que utilizan los servicios (1986)<sup>26</sup>.

En el marco de esa responsabilidad compartida es que se plantea el segundo elemento, el cual está dirigido a garantizar políticas de salud que tomen en cuenta la promoción, que marquen una direccionalidad. Políticas que entienden el carácter intersectorial de la salud. Este es un planteamiento central de Ottawa, la salud está determinada y depende de muchos

---

de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico

<sup>24</sup> En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

<sup>25</sup> Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

<sup>26</sup> La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Para ampliar la información se sugiere consultar en [www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf)

otros sectores que están por fuera del sector salud; de allí la necesidad de la acción intersectorial y la necesidad de políticas públicas de salud que estén dirigidas hacia la promoción y la participación y faciliten la acción intersectorial <sup>27</sup>.

El tercer elemento de la Carta de Ottawa es la reorientación de los servicios de salud. Es necesario hacer que los servicios sean vistos, más que como atención curativa individual, como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación.

El cuarto elemento plantea la necesidad de investigar, de producir conocimientos y evidencias que sustenten todas estas propuestas promocionales y, formar los recursos humanos que entiendan y asuman la prioridad de la intersectorialidad y el carácter promocional de la acción sanitaria.

Según la OMS, los servicios de salud son aquellos entregados por personal de salud en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas, con los propósitos de, en primer lugar, de promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar, de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población.

Por otro lado, para Feo Oscar (2004)<sup>28</sup>, los servicios de salud han estado tradicionalmente orientados por la oferta que hacemos a la población y no desde las necesidades de la comunidad. La oferta ha prevalecido sobre la demanda. Nos encontramos con un aumento exagerado de los costos que no solo tiene que ver con el desarrollo tecnológico si no con la conversión de la salud en un espacio mercantil, para hacer negocios, y particularmente los servicios de salud se han convertido en un espacio donde los productores de insumos y tecnologías juegan un papel fundamental<sup>29</sup>, señala Feo Oscar.

Según informes de la OMS, existen centenares de millones de personas en el mundo sin acceso a servicios de salud, explica Feo (2004)<sup>30</sup>.

Sabemos que hay países en donde la salud es uno de los problemas fundamentales que percibe la población, y que uno de los temores que tiene la población es el de enfermarse, y eso se deduce no solo por el impacto potencial sobre la vida, sino también por el impacto

---

<sup>27</sup> Ottawa, 1986. El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud. La promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas. Las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades.

<sup>28</sup> Ese es un elemento fundamental, la reorientación de servicios de salud hacia la demanda y en función de las necesidades y exigencias de salud de la población.

<sup>29</sup> La OMS señala como ejemplo de lo anteriormente citado, una investigación efectuada por la Universidad de Harvard, que demuestra cómo los costos del tratamiento de un paciente seropositivo que puede estar en el orden de los 1.000 a 1.500 dólares mensuales se puede reducir en diez veces, es decir, a 100 dólares mensuales, si se extrae de esa negociación el carácter lucrativo que la industria farmacéutica tiene y desea mantener.

<sup>30</sup> Esas inequidades en el acceso como así también las deficiencias en la asignación de los recursos son problemas actuales en muchos países,

económico de la enfermedad. El carácter empobrecedor de la enfermedad es un hecho evidente y manifiesto en algunos casos, explica Brito, P (2000)<sup>31</sup>.

De lo mencionado, (Rigoli 2006)<sup>32</sup> sostiene que en muchos países los sectores más desposeídos terminan subsidiando sectores de más amplios recursos a partir de la existencia de pequeños núcleos de privilegiados, que tienen acceso a seguros que les dan una cobertura universal, mientras que hay sectores de la población que no tienen acceso absolutamente a nada, o solo a paquetes mínimos o básicos de salud.

América Latina ha adolecido de la falta de una gerencia eficiente en los servicios de salud. Uno de los retos principales es la búsqueda del equilibrio entre los servicios curativos que han dominado el escenario de la salud y los servicios de fomento y promoción. En esa perspectiva, un elemento clave es la construcción de políticas y de estrategias promocionales de la calidad de la vida y de la salud (Rigoli, 2002)<sup>33</sup>.

Una trampa en la que se ha caído ha sido la de oponer y volver contradictorias la prevención y la curación. Son dos elementos, ambos muy importantes, que forman parte del continuo de los servicios de salud. No podemos seguir haciendo aparecer la prevención como opuesta a la curación, o el componente social de la enfermedad como opuesto al componente biológico de la enfermedad, o el carácter colectivo de la salud como opuesto al carácter individual de la enfermedad. Son todos elementos de un continuo; hemos estado fundamentalmente en una línea que privilegia lo curativo e individual y tenemos que pasar a un momento en el que, sin hacer contradicción, sin olvidarnos de la importancia de esos aspectos, rescatemos los elementos promocionales y de prevención fundamentales en estas estrategias de integralidad destaca Feo, G (2006)<sup>34</sup>.

Según Davini (2002) la acción intersectorial, la coordinación, la capacidad para diseñar políticas y para implementar acciones con otros sectores de la sociedad son elementos fundamentales, se unen con la necesidad de encontrar nuevos espacio para los servicios de

---

<sup>31</sup> Una trampa en la que se ha caído, es hacer opuesta y contradictoria la prevención a la curación. Son dos elementos, ambos muy importantes que forman parte del continuum de los servicios de salud. No podemos seguir haciendo que aparezca la prevención como opuesta a la curación, o el componente social de la enfermedad como opuesto al componente biológico de la enfermedad, o el carácter colectivo de la salud opuesto al carácter individual de la enfermedad.

<sup>32</sup> Estas son deficiencias que, por supuesto tienen que ver con la forma de asignación de los recursos, señalo Rigoli, con el modelo de financiamiento, con el predominio de la competencia sobre la solidaridad, y también, con la ausencia de mecanismos de evaluación, con la impunidad para los servicios de baja efectividad y baja calidad, y por supuesto, con una gran insatisfacción de los usuarios.

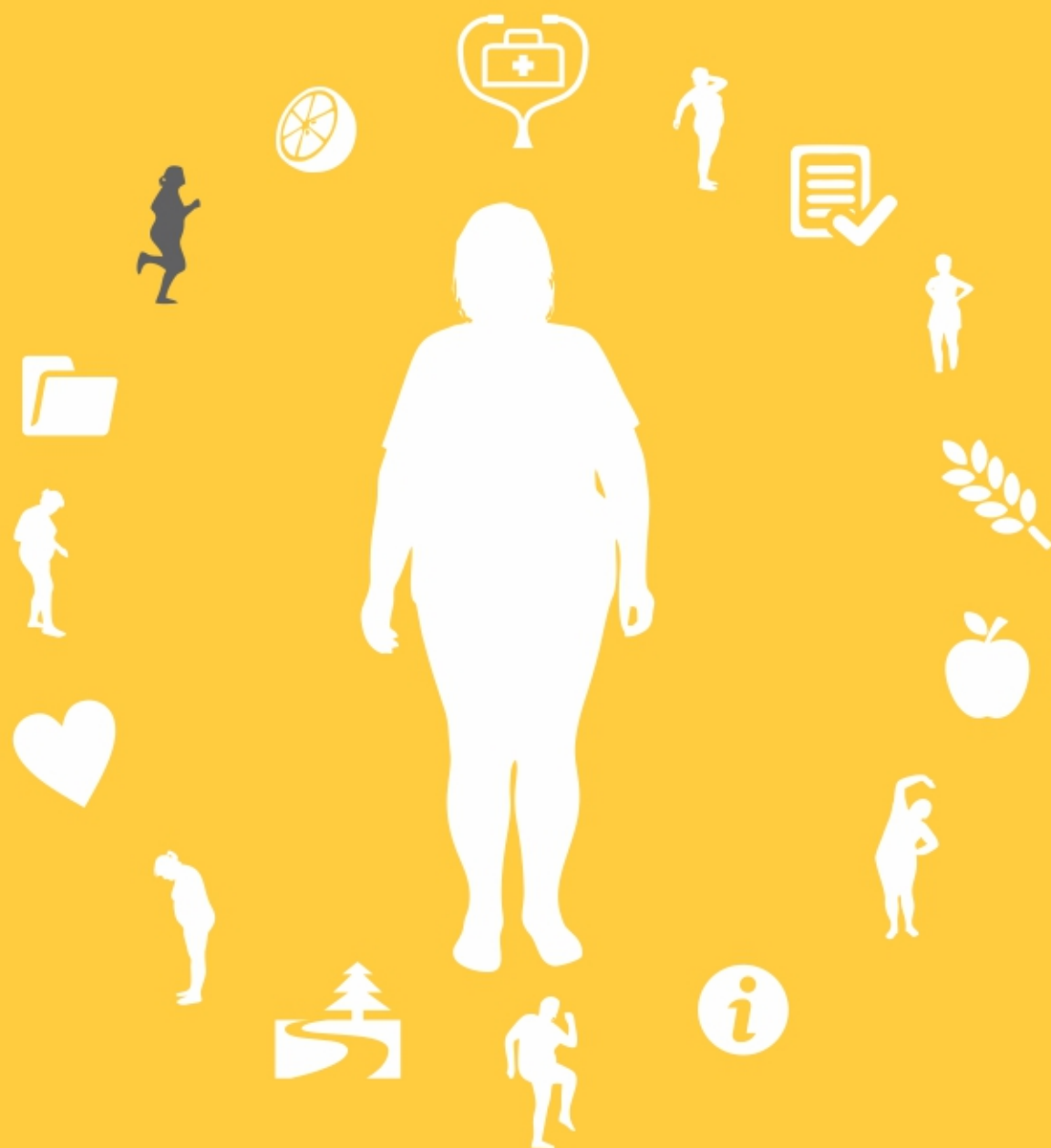
<sup>33</sup> La universalidad y la equidad son los elementos que acompañan ese continuo que va desde la educación para la salud y pasa por la protección de la vida, la prevención de la enfermedad, la atención curativa, el manejo de la enfermedad y la rehabilitación

<sup>34</sup> Ese continuo de los servicios de salud va desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta los cuidados especializados, pasando por todos los otros elementos interrelacionados de modo que terminamos resaltando la necesidad de la intersectorialidad para la promoción de la vida y la salud.

salud. Existen múltiples experiencias más cercanas a la comunidad que nos llevan a pasar de la estrategia tradicional hospitalaria a estrategias en donde es en la comunidad, en casas de salud, núcleos de atención primaria, en sitios que están ubicados directamente en la comunidad, en donde se potencia ese trabajo de tipo intersectorial.

En mayo de 2004, la 57<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. La Estrategia se elaboró sobre la base de una amplia serie de consultas con todas las partes interesadas, en respuesta a la petición que formularon los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2002. Los gobiernos desempeñan un papel fundamental para crear, en cooperación con otras partes interesadas, un entorno que potencie e impulse cambios en el comportamiento de las personas, las familias y las comunidades para que éstas adopten decisiones positivas en relación con una alimentación saludable y la realización de actividades físicas que les permitan mejorar sus vidas.





## **CAPITULO 2** **ALIMENTACIÓN SALUDABLE** **Y ACTIVIDAD FÍSICA**

La dieta saludable y la actividad física suficiente y regular son los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida. Las dietas malsanas y la inactividad física son dos de los principales factores de riesgo de hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad y de las principales enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes, Geneva, World Health Organization, (2005)<sup>1</sup>.

Reconociendo que la mejora de la dieta y la promoción de la actividad física representan una oportunidad única para elaborar y aplicar una estrategia eficaz que reduzca sustancialmente la mortalidad y la carga de morbilidad mundiales, la Organización Mundial de la salud (OMS), adoptó en mayo de 2004 la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Según Masson (2006)<sup>2</sup> para cambiar los hábitos alimentarios y de actividad física serán necesarios los esfuerzos combinados de muchas partes interesadas, públicas y privadas, durante varios decenios. Se necesita la combinación de acciones racionales y eficaces a nivel mundial, regional, nacional y local, así como un atento seguimiento y evaluación de sus repercusiones. Las dietas poco saludables y la inactividad física son dos de los principales riesgos, que pueden ser modificados, de la mayoría de las enfermedades crónicas<sup>3</sup>.

La Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud tiene cuatro objetivos principales, en primer lugar, reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública, en segundo lugar, incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas, el tercer objetivo es establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de

---

<sup>1</sup> En general, 2,7 millones de muertes anuales son atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas y verduras. En general, 1,9 millones de muertes anuales son atribuibles a la inactividad física

<sup>2</sup> Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial, 6% de las muertes registradas en todo el mundo. Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

<sup>3</sup> Con respecto a la dieta, establece Masson, las recomendaciones, tanto poblacionales como individuales, deben consistir en lograr un equilibrio calórico y un peso saludables, reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans, aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, reducir la ingesta de azúcares libres, y reducir el consumo de sal, cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada.

todos los sectores y finamente y en cuarto lugar seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física, OMS (2004)<sup>4</sup>.

Según la OMS, al elaborar las políticas y directrices dietéticas nacionales deben tenerse en cuenta estas recomendaciones y la situación local. La mejora de los hábitos dietéticos es un problema de toda la sociedad, y no solo de cada uno de los individuos que la componen. Por consiguiente, requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales (OMS, 2004)<sup>5</sup>.

Para Majem (2006)<sup>6</sup> la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, debe tener carácter integral y abordar todos los riesgos importantes de enfermedades crónicas; debe ser multisectorial y adoptar una perspectiva a largo plazo.

Cada gobierno debe seleccionar la combinación idónea de políticas y programas con arreglo a la capacidad y la realidad económica del país. Los gobiernos han de desempeñar un importante papel director y rector en el inicio y el desarrollo de la estrategia y en la vigilancia de su aplicación y de sus consecuencias a largo plazo. Se pueden conseguir cambios si los gobiernos actúan resueltamente y se comprometen a largo plazo. Los gobiernos no pueden actuar solos. Señala Bartrina A. (2006)<sup>7</sup>, para lograr progresos sostenidos es imprescindible combinar la energía, los recursos y los conocimientos de la empresa privada, incluidos, entre otros, los sectores de la alimentación, bebidas, artículos deportivos, organizaciones deportivas, comercio minorista, publicidad, seguros y medios de comunicación, los órganos de profesionales sanitarios y las agrupaciones de consumidores, los docentes y los investigadores

---

<sup>4</sup> La carga de mortalidad, morbilidad y discapacidad atribuible a las enfermedades no transmisibles es más pesada, y tiende a aumentar, en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son como promedio más joven que en los países desarrollados y donde se registra el 66% de las muertes causadas por dichas enfermedades. La rápida transformación de los hábitos en materia de alimentación y actividad física contribuyen asimismo a acelerar esa tendencia.

<sup>5</sup> El objetivo general de la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud consistirá en orientar a nivel local, nacional e internacional el desarrollo de actividades que, emprendidas conjuntamente, redundarán en mejoras cuantificables del nivel de los factores de riesgo y reducirán las tasas de morbilidad y mortalidad de la población por enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario y la actividad física.

<sup>6</sup> La acción debe basarse en evaluaciones sistemáticas de las necesidades y en datos comprobados. Para cambiar el régimen alimentario y la actividad física habrá que aunar los esfuerzos de muchos participantes durante varios decenios. En muchas áreas es necesario combinar estrategias sólidas y viables con una estrecha vigilancia y evaluación de sus repercusiones; así pues, con la excepción de los proyectos piloto basados en la comunidad, se aconseja evitar las intervenciones y las evaluaciones a corto plazo. Se alienta a los gobiernos a que aprovechen las estructuras que ya se están ocupando de muchos aspectos del régimen alimentario y la nutrición.

<sup>7</sup> La intervención de los gobiernos locales es esencial para el éxito operativo, el Ministerio de Salud debe asumir la función crucial de convocar a los muchos otros ministerios que han de participar activamente como son por ejemplo los encargados de las políticas sobre alimentos y agricultura, juventud y deportes, educación, comercio e industria y finanzas, transporte, planificación y desarrollo sostenible y medio ambiente así como a las autoridades locales y a las encargadas de la ordenación urbana

Es posible que los gobiernos tengan que abordar simultáneamente problemas de desequilibrio nutricional y sobrenutrición además de la desnutrición y las carencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad. Ello hará posible una política más coherente en materia de nutrición, agricultura y alimentos. A la industria alimentaria le corresponde un papel importantísimo en el suministro de alimentos saludables y asequibles. Sus iniciativas de reducción de las cantidades de sal, azúcar y grasas añadidas a los alimentos industriales y de revisión de muchas de las actuales prácticas de comercialización podrían acelerar las mejoras de la salud en todo el mundo, Molnar (2000)<sup>8</sup>.

Por otro lado, Bartrina (2006)<sup>9</sup> establece que es esencial aplicar un enfoque abarcador de toda la vida a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, desde los servicios de salud materno-infantiles y para adolescentes, pasando por las estructuras y las actividades escolares y en el trabajo, hasta la atención domiciliar para los ancianos y los discapacitados.

Según Majem (2006)<sup>10</sup>, todos los países se beneficiarían también de la vigilancia mundial de los principales factores de riesgo y de las tendencias del consumo, así como de las investigaciones internacionales sobre las causas y la evolución de la transición nutricional y la inactividad física. El mismo establece que hay muchas estrategias que benefician principalmente a las poblaciones más pudientes; las beneficiosas para la vida de los estratos más pobres de un país requerirán generalmente una intervención y vigilancia gubernamentales más firmes.

La OMS (2004)<sup>11</sup> afirma que la estrategia debe además adaptarse a las distintas edades. Finalmente, las decisiones familiares en materia de alimentación y nutrición suelen tomarlas las mujeres, y las pautas de actividad física dependen del sexo y de la edad, por lo tanto, la estrategia debe tener en cuenta el género. Es estimado que las enfermedades crónicas son responsables por 60% de todas las muertes en 2005 y que 80% ocurren en países de bajos y medianos.

---

<sup>8</sup> Para que estas recomendaciones se traduzcan en políticas y actuaciones nacionales y locales de apoyo, harán falta tiempo, un compromiso político constante y la colaboración de muchas partes interesadas. Esas iniciativas podrían propiciar cambios sin precedentes en la salud de la población y deberían poner a las poblaciones en la senda adecuada para mejorar constantemente su salud durante toda la vida

<sup>9</sup> La globalización de los regímenes alimentarios y de las pautas de actividad física requiere respuestas globales. Los Estados Miembros no pueden hacer solos todo lo necesario para promover una alimentación idónea y un estilo de vida sano

<sup>10</sup> La estrategia debe concebirse de manera que tenga un claro impacto en las comunidades más pobres de los países

<sup>11</sup> En algunos países desarrollados donde las enfermedades crónicas han constituido el grueso de la carga nacional de morbilidad, las tasas de mortalidad y morbilidad por edades han disminuido lentamente. Aunque muchos países desarrollados están progresando en la reducción de las tasas de mortalidad prematura por enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y algunos cánceres de los fumadores, la carga general sigue siendo alta, y muchos de esos países registran aumentos del sobrepeso y la obesidad entre los niños y los adultos, y un incremento paralelo de la incidencia de diabetes de tipo 2

Los factores de riesgo más importantes de enfermedades crónicas incluyen: hipertensión, alto índice de colesterol, toma inadecuada de frutas y verduras, el sobrepeso y la obesidad, inactividad física y el uso de tabaco. Cinco de estos factores son relacionados a actividad física y régimen alimentario. En total, los grandes factores de riesgo son responsables por aproximadamente 80% de las muertes de enfermedades cardiovasculares y ataques fulminantes<sup>12</sup>.

Desde el punto de vista científico ya es evidente que la alimentación saludable, adecuada, placentera, equilibrada, variada y suficiente, acompañada de la práctica habitual de ejercicio físico son claves en la prevención y control de muchas enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, algún tipo de cáncer, artrosis, osteoporosis y algunas otras relacionadas con la salud mental, Molnar (2000)<sup>13</sup>.

La nutrición comunitaria pretende la promoción de la salud por medio de la nutrición y la actividad física y la prevención de la morbilidad relacionada con estos estilos de vida en la población. Enfermedades crónicas como cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el cáncer y las enfermedades respiratorias representan el 59% de las causas de mortalidad<sup>14</sup>.

Serra Majem (2006)<sup>15</sup> cada año más de dos millones de muertes pueden atribuirse a la falta de actividad física. El sedentarismo duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, y obesidad, la practica regular de actividad física tiene efectos beneficiosos en personas que ya padecen de estas enfermedades.

Señala Braguinky (1996)<sup>16</sup> a veces se ha extendido la creencia de que sólo es posible mantener un nivel de actividad física y de nutrición saludable en determinadas circunstancias; nada más falso, los hábitos saludables deben mantenerse en todos los momentos de la vida, en la infancia, en los mayores, y en cualquier otra situación, adaptándolos a ella

---

<sup>12</sup> Con el reconocimiento de la carga de enfermedades crónicas, en la 53ª Asamblea Mundial de la Salud (Mayo 2000) la actividad física había afirmada como factor de riesgo clave en la prevención y el control. Una resolución (AMS53.17) fue adoptada para alentar la OMS a proveer liderazgo en la lucha contra inactividad física y factores de riesgo asociados

<sup>13</sup> Sin embargo, no siempre se asocian ni potencian los beneficios de una alimentación ajustada y correcta con el ejercicio de la actividad física. Es habitual que, por ejemplo, cuando se pretende bajar el peso, se adopten solo cambios o medidas de hábitos ligados a la alimentación y su cantidad y menos a incrementar la actividad física.

<sup>14</sup> De acuerdo con el informe sobre salud en el mundo 2002 elaborado por la OMS, 5 de os 10 principales factores de riesgo globales de mortalidad, morbilidad y discapacidad (Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, consumo insuficiente de frutas y verduras) están relacionadas con la dieta y la actividad física. Junto con el consumo de alcohol y tabaco, estos factores de riesgo modificables desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de las enfermedades crónicas.

<sup>15</sup> El aumento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular refleja importantes cambios en los hábitos dietéticas y en la práctica de la actividad física, acontecidos en las últimas décadas como resultados de los procesos de urbanización, industrialización y globalización del mercado

<sup>16</sup> Está demostrado es que el sedentarismo supone un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas

En la actualidad, la evidencia científica sugiere que la introducción de cambios en los hábitos alimentarios, y en la actividad física puede modificar de manera significativa los factores de riesgo en la población. Este hecho ha llevado a la OMS a desarrollar la Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud, aprobada en la LXII Asamblea Mundial de Salud celebrada en mayo de 2004. Entre las recomendaciones establecidas se incluye consumir más fruta, verduras y cereales integrales, reducir el consumo de grasa saturada, disminuir el consumo de alimentos refinados ricos en grasa, azúcar y/sal y la práctica habitual de actividad físicas<sup>17</sup>.

Para Serra Majem (2006)<sup>18</sup>, los términos actividad físicas, ejercicio físico y acondicionamiento físico se utilizan muchas veces indistintamente y sin embargo representan conceptos muy diferentes. La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que da origen a un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal.

Revisiones sistemáticas de la literatura científica concluyen que la practica regular de la actividad física es una medida adecuada para prevenir la ganancia, pero no para la reducción de peso. La evidencia epidemiológica sugiere que el riesgo de obesidad aumenta considerablemente cuando el nivel de actividad física. Las personas obesas o con mayor susceptibilidad para la ganancia ponderal seguramente necesitaran realizar un gasto calórico mayor por actividad física para conseguir el mismo objetivo.

Según Astrup A., en su publicación de nutrición saludable "El rol de la dieta y la actividad física", existe una interacción entre el contenido de grasa en la dieta y la actividad física, lo que sugiere que las personas que realizan una dieta pobre en grasa y rica en hidratos de carbono necesitan menor grado de ejercicio físico. Según Astrup S, en un metanálisis de estudios de intervención sobre la obesidad se pudo ver que la intervención dietética para reducir la ingesta grasa permitió una pérdida de 2,8 Kg, mientras que la asociación de una dieta baja en grasa y actividad física consiguió una pérdida de 5,7 Kg<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Durante mucho tiempo se ha subestimado la importancia de la actividad física, tanto por parte de los clínicos como por los responsables de las políticas de salud pública. La mayor parte de los avances y la investigación sobre el impacto de la actividad física en la salud se han producido en los últimos veinte años.

<sup>18</sup> Los grados de actividad física Son muy variables de unas personas a otras y son muy difíciles de cuantificar. El ejercicio físico es una forma de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y con la finalidad de mantener o mejorar la forma física.

<sup>19</sup> La disminución en la actividad física de la población puede ser responsable del importante aumento de la prevalencia de obesidad, aunque estudios poblacionales demuestran que en los últimos años la ingesta dietética de grasa ha disminuido, este descenso no es suficiente para compensar el efecto del sedentarismo

Como menciona Matsudo et. al. (2002)<sup>20</sup> la actividad física por sí sola, no es muy efectiva para conseguir una reducción de peso, pero si para mantenerlo y prevenir una ganancia ponderal. La misma contribuye en dos aspectos del gasto energético, por un lado, favorece el desarrollo y mantenimiento de la masa muscular o masa corporal magra, que es el componente metabólicamente activo y por otro lado contribuye al 60% del gasto energético en reposo. El ejercicio físico es muy importante para compensar la pérdida de masa muscular, sobre todo en hombres después de los 50 años, además de permitir una distribución corporal de la grasa más favorable. Por otro lado, la actividad física aumenta el gasto energético por actividad, que puede representar el 30% del gasto energético total (Matsudo, 2002)<sup>21</sup>.

No hay suficiente evidencia científica de que el ejercicio físico reduce la adiposidad visceral. Se ha observado una ligera reducción de la tasa metabólica basal (TMB) entre el 5 y 25 % como respuesta a la restricción calórica, por ejemplo, cuando se sigue una dieta hipocalórica, debido en buena parte a la pérdida de la masa magra que con frecuencia acompaña a la pérdida de peso inducida por la restricción dietética, señala Matsudo (2002).

Varios estudios sugieren que el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza muscular pueden contribuir a mantener la masa magra metabólicamente activa durante el seguimiento de dietas hipocalóricas y evitar de esta forma la disminución de la TMB inducida por la dieta<sup>22</sup>. Muchos efectos biológicos de la actividad física regular se traducen en un descenso de la morbilidad y la mortalidad, especialmente a partir de las enfermedades crónicas y degenerativas de mayor prevalencia en los países desarrollados, como la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 o la osteoporosis, es por ello, que la práctica habitual de actividad física moderada de manera regular es suficiente para reducir el riesgo, OMS (2001)<sup>23</sup>.

Diferentes instituciones y organismos han propuesto medidas relacionadas con la dieta y la actividad física para prevenir las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en las sociedades desarrolladas, entre ellas se destaca el cáncer. La Fundación Mundial para la Investigación del Cáncer y el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer iniciaron en

---

<sup>20</sup> La TMB disminuye en los adultos con la edad en torno al 2- 3 % por década, principalmente debido a la pérdida de masa magra, lo que favorece la ganancia ponderal si se mantiene estables la ingesta energética y la actividad física

<sup>21</sup> Incluidas acá actividades de la vida cotidiana como subir escaleras, la contracción muscular espontánea, como así también el mantenimiento postural puede contribuir a la prevención de la ganancia ponderal

<sup>22</sup> En los últimos años se ha realizado un importante avance en el conocimiento de la fisiología del ejercicio físico y sus efectos sobre la composición corporal, adaptaciones del tejido graso y muscular al entrenamiento, la movilización del tejido graso, variaciones en la respuesta política del tejido adiposo subcutáneo y visceral como respuesta a la noradrenalina y las interacciones entre la dieta y el ejercicio físico durante la pérdida de peso.

<sup>23</sup> Las intervenciones que se encaminan a fomentar la práctica habitual de ejercicio físico, tienen un efecto potencial muy positivo. La dieta adecuada y la práctica habitual de actividad física tienen efectos favorables sinérgicos y en parte aditivos.

la década de los años noventa un intenso programa encaminado a fomentar el consumo de frutas y verduras. El proyecto Europeo Eurodiet formulo unos objetivos nutricionales para alcanzar el mismo objetivo, partiendo del análisis de la situación alimentaria y epidemiológica.

Según Serra Majem y Aranceta entre los años 1999 y 2001, la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria coordino el trabajo de más de 100 expertos en nutrición y salud pública. Más recientemente la OMS ha lanzado Estrategia Global en Nutrición y Actividad Física, invitando a todos los países miembros a poner en marcha planes nacionales de acción<sup>24</sup>. La evidencia disponible sugiere que la mayor parte de la población podría conseguir efectos saludables de practicar la mayor parte de los días o todos los días actividad física moderada.

La recomendación es acumular 30 minutos diarios de actividad física moderada en aquellos adultos sedentarios, la población obtendría mayores beneficios si se promocionara la práctica de actividad física moderada entre los grupos de población más sedentarios que incrementando el grado de actividad de los que ya son activos; la que contribuye a la promoción de la salud, incluye además de las prácticas deportivas estructuradas, otro tipo de actividades como los paseos a pie, desplazarse en bicicleta o actividades de tiempo libre que requieren actividad física, OMS (2001)<sup>25</sup>

La actividad física que contribuye a la promoción de la salud, puede entenderse por sus características fisiológicas, tales como la intensidad, la duración y la frecuencia o también por el tipo de actividad física ejemplo de ello sería andar en bicicleta, nadar y futbol entre otros. Según Foster (2000)<sup>26</sup> desde el punto de vista de la promoción de la salud, es importante tener en cuenta otras características psicológicas y ambientales que permiten clasificar a la actividad física en cinco categorías en función de la actitud necesaria para su práctica, recursos, instalaciones o tiempo dedicado, la primera, actividades ocupacionales, refiriéndose aquí a la actividad física en las tareas laborales, la segunda categoría, actividades cotidianas, como el desplazarse a pie o en bicicleta; la tercera categoría, actividades recreativas, tales como el sedentarismo y baile; la cuarta menciona a las actividades para estar en forma, como la gimnasia y la natación y la última y quinta categoría se refiere a la actividad deportiva como las prácticas deportivas de entrenamiento y competición.

---

<sup>24</sup> En esta línea el ministerio de sanidad y Consumo convoco en 2004 un comité multidisciplinario de expertos para coordinar y desarrollar un plan específico para la prevención de la obesidad y la puesta en marcha de nutrición y actividad física.

<sup>25</sup> Ejemplo de dicho es caminar a paso ligero en la vida diaria No obstante se añadirían efectos beneficiosos con la práctica de ejercicio físico de mayor duración e intensidad.

<sup>26</sup> Individualmente una persona puede conseguir el grado recomendable de actividad física que contribuya a la promoción de la salud, por medio de actividades de una o varias de las categorías mencionadas durante la mayor parte de los días de la semana. Entre la población las diversas circunstancias y condicionantes hacen necesario fomentar la práctica de actividad física en cada una de las categorías



Las actuaciones en el campo de la nutrición comunitaria intentan mejorar los estilos de vida ligados al consumo alimentario, lo cual se traduce en identificar y evaluar problemas nutricionales de la comunidad y diseñar, organizar, realizar y evaluar programas de intervención nutricional mediante distintas estrategias orientadas a colectivos de riesgos. La obesidad ha alcanzado unas proporciones suficientemente alarmantes como para que resulte de suma urgencia la aplicación de todas las medidas posibles encaminadas a su prevención que la nutrición comunitaria tenga a su alcance, Serra Majen (2001)<sup>27</sup> parece que disminuir el aporte de grasas e incrementar el de hidratos de carbono en la dieta junto con un desayuno adecuado y una actividad física regular en el tiempo libre se apuntan como los factores determinantes para la prevención de la obesidad en niños y jóvenes.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>28</sup>, establece que seis de los siete principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y la práctica de actividad física. Realizar una alimentación equilibrada, practicar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas, incluido ciertos tipos de cáncer.

En España, los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2006)<sup>29</sup> indican que la prevalencia media de obesidad en adultos es de un 15,25% y de nada menos que un 37,43% de sobrepeso. La respuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo ante este reto ha sido la puesta en marcha, en febrero de 2005, de la Estrategia de Nutrición, Actividad Física, prevención de la Obesidad y Salud (NAOS), coordinada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), ha sido premiada por la Organización Mundial de la Salud durante la Conferencia Ministerial contra la Obesidad, celebrada en noviembre de 2006 en Estambul, destacándose así el valor de la Estrategia NAOS como modelo en la lucha contra la obesidad.

Durante años se ha actuado a través de campañas de información a los ciudadanos sobre las consecuencias que una alimentación inadecuada y el sedentarismo tienen sobre su salud, junto con programas educativos, principalmente en las escuelas, donde se daban las pautas que deben guiar estos hábitos. De esta forma se consideraba que, si el individuo disponía de suficiente información y conocía cómo realizar una alimentación equilibrada y la

---

<sup>27</sup> Todas las medidas dirigidas en esta dirección tales como las intervenciones sobre la disponibilidad de alimentos dirigidos a la población infantil y juvenil ricos en grasa y de alta densidad energética, el control en el medio familiar del tiempo dedicado a los niños a mirar la televisión y a jugar con videos juegos, la creación de espacios libres donde puedan llevarse a cabo actividades deportivas.

<sup>28</sup> Además de la preocupación existente en términos de salud pública, prevenir la obesidad también es importante para evitar una futura escalada de los costes en los servicios sanitarios.

<sup>29</sup> La Estrategia NAOS tiene como objetivos sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y reunir e impulsar aquellas iniciativas, tanto públicas como privadas, que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos saludables a lo largo de toda la vida. Con un enfoque integral, comprende tanto recomendaciones generales como iniciativas muy concretas destinadas a sectores específicos.

suficiente actividad física, adoptaría unos hábitos más saludables, Ministerio de Sanidad y Consumo (2006)<sup>30</sup>

Existe una enorme presión ambiental que induce al consumo de alimentos con una alta densidad energética y a la práctica de actividades sedentarias, junto con ciertas barreras que dificultan la generalización del consumo de alimentos saludables como son las frutas y verduras, o la escasez de áreas cercanas donde practicar deporte sin asumir grandes riesgos. Sólo con dar información y educación no es suficiente para provocar el necesario cambio social que lleve a invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de obesidad, sino que, además, debe actuarse sobre el entorno facilitando la adopción de estas opciones saludables, establece en Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Organización Mundial de la Salud, en su «Informe sobre la salud en el mundo 2002», estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo.

Según Murray y col. (2002) en el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad, Global Burden of Disease Study, se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, o años de vida ajustados por discapacidad en el mundo.

Posteriormente, se ha iniciado un proceso encaminado al desarrollo de una estrategia global sobre dieta, actividad física y salud. En esta iniciativa se destaca la gran importancia de la promoción de la actividad física, la abstención del tabaco y el seguimiento de una dieta sana como pilares en la prevención de numerosas enfermedades no transmisibles. Asimismo, en un informe conjunto con la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la OMS insiste en la necesidad de realizar cambios en los estilos de vida y en la alimentación como medida preventiva básica para disminuir la carga global de enfermedad<sup>31</sup>.

Según Cenarruzabeitia et. al. (2000)<sup>32</sup> las relaciones entre la actividad física y la salud aglutinan un conjunto muy amplio y complejo de factores biológicos, personales y socioculturales. Dependiendo del énfasis y la manera de entender cada uno de dichos factores pueden establecerse diferentes concepciones de las relaciones entre la actividad física y la salud. La misma se vincula al concepto de calidad de vida, la percepción por parte de los

---

<sup>30</sup> A sí mismo, el mismo Ministerio de Sanidad y consumo señala que cada individuo vive en un contexto socioeconómico que va a condicionar, de manera decisiva, su forma de vivir.

<sup>31</sup> Existen fundamentos fisiológicos que justifican el papel del ejercicio físico en el control del peso corporal. Los ensayos de intervención, no aportan datos sufrientes que sugieran que el ejercicio físico aeróbico o de resistencia contribuye a la pérdida de peso, si no se acompaña de dieta, aunque el ejercicio de resistencia contribuye a mantener la masa magra. Si parece que el ejercicio físico habitual contribuye a mantener la pérdida de peso conseguida mejor que la dieta.

<sup>32</sup> Desde una concepción terapéutico-preventiva, la actividad física es considerada fundamentalmente como un remedio para curar o prevenir enfermedades diversas. En esta concepción la enfermedad se convierte en el principal referente para explicar las relaciones entre actividad física y la salud

individuos o los grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niega oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. Desde esta perspectiva, la actividad física, además de poder prevenir o curar enfermedades, encierra potencialmente otros beneficios saludables que no se traducen en adaptaciones orgánicas.

Para Devis (2000)<sup>33</sup> además de sus potenciales efectos en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, la práctica de actividad física permite entrar en contacto con uno mismo, conocer a otras personas o, simplemente, disfrutar 'porque sí' de la práctica de las actividades. Estos rasgos no se vinculan a consecuencias tras la práctica, sino a la manera en que personas y grupos, con sus propios intereses, gustos, capacidades y posibilidades, experimentan el proceso de llevarla a cabo<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Desde la perspectiva de proceso la actividad física se considera fundamentalmente una experiencia personal y una práctica sociocultural, enfatizándose el potencial beneficio de la práctica de actividad física en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente.

<sup>34</sup> En este sentido, las relaciones entre actividad física y salud no pueden objetivarse o prescribirse, sino comprenderse y orientarse en función de las características de las personas y los grupos que la practican. Se sugiere la lectura de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista10/artpromoci%F3n.html>



El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, caracterizado por evaluar el estado nutricional, los conocimientos, actitudes y prácticas sobre actividad física y alimentación saludable de los pacientes que concurren a un Programa en Hospital público la ciudad de Mar del Plata.

Es cuantitativa porque permite examinar los datos obtenidos en la investigación de manera numérica con el propósito de estudiar con métodos estadísticos, posibles relaciones entre las variables.

En relación al tiempo de ocurrencia de los hechos, el estudio es transversal, debido a que se hará en un momento determinado y no existe continuidad en el tiempo. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado<sup>1</sup>.

La población del presente trabajo está conformada por Pacientes con Obesidad que concurren a un Programa de un Hospital Público de la ciudad de Mar del Plata, con un tiempo mínimo de concurrencia al Programa de tres meses consecutivos.

La unidad de análisis es cada uno de los pacientes que concurre al Programa.

Para la recolección de datos, en el enfoque cuantitativo de la investigación se utilizará como técnica la encuesta tipo CAP utilizando como instrumento un cuestionario de preguntas cerradas de opción múltiple.

Criterio de inclusión: La muestra no probabilística por conveniencia es de todos aquellos pacientes que integran el Programa con edades comprendidas entre los 40 y 50 años, con una concurrencia en el tratamiento de tres meses.

## 1. Sexo

**Definición conceptual:** Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.

**Definición Operacional:** Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la determinación del sexo del paciente que asiste al grupo P.A.N-za, los datos se obtendrán mediante encuesta y se registrará femenino o masculino.

## 2. Edad

**Definición Conceptual:** Tiempo en años, desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista cara a cara con el encuestador.

**Definición Operacional:** Tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista de los pacientes que asisten al Programa del Hospital público, se registrara la edad en años.

---

<sup>1</sup> M. en C. Roberto Hernández Sampieri, ob.cit.,

### 3. Estado Nutricional

**Definición Conceptual:** Situación en la que se encuentra la nutrición de una persona en un momento determinado de su vida, resultante de la ingestión de alimentos y la utilización biológica de los mismos, Sarria, A. (2003).

**Definición Operacional.** Situación en la que se encuentra la nutrición del paciente que asiste al Programa, resultante de la ingestión de alimentos y la utilización biológica de los mismos. Para determinar el estado nutricional se utilizará el dato del peso corporal, el mismo se obtendrá mediante la utilización de una balanza de bioimpedancia, donde la persona deberá estar descalza al momento de la medición, con pantalón y remera. Los datos obtenidos se expresarán en kilogramos. A su vez se evaluará la talla, la cual es un indicador de la altura del individuo. El paciente se encontrará descalzo al momento de la medición, con talones y espalda ubicados contra una pared, el mentón paralelo al piso y con una cinta métrica se realizará la medición, dato que se expresará en centímetros.

A través de los indicadores de peso y talla se obtiene el Índice de la masa corporal (IMC) o Índice de Quetelet, el mismo se obtiene de dividir el peso de la persona expresado en kilogramos, sobre su talla al cuadrado, expresada en metros.

Para poder determinar el estado nutricional de la personal se utilizará la siguiente clasificación del peso corporal según su IMC.

Tabla N° 1 Clasificación del peso corporal según el IMC

Clasificación	Rango de IMC
Bajo peso	$\leq 18,5$
Normo peso	18,6 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad	$\geq 29,9$

Fuente: FAO / OMS

### 4. Conocimientos sobre alimentación saludable

**Definición conceptual:** Información, conceptos, comprensión y análisis de las características adecuadas de la ingesta diaria establecida en las guías alimentarias para la población argentina.

**Definición Operacional:** Información, conceptos, comprensión y análisis de las características adecuadas de la ingesta diaria establecida en las guías alimentarias para la población argentina, de cada uno de los pacientes de la muestra en estudio. Las dimensiones a considerar para estudiar el conocimiento que tiene el paciente sobre alimentación saludable

serán: grupos de alimentos, alimentos fuente de nutrientes y sus funciones y porciones recomendadas de cada uno de ellos.

Con respecto al conocimiento de los grupos de alimentos, se evaluará si la persona conoce cuantos grupos hay. Se considera respuesta correcta si la persona contesta seis, en caso contrario la respuesta es incorrecta.

Con respecto al conocimiento de los alimentos fuente de nutrientes se evaluará si la persona a través de preguntas de múltiple opción, conoce el grupo de alimento fuente principal de hidratos de carbono y fibras. Se considerará correcto si la persona elige el grupo de cereales, caso contrario se considerará incorrecto.

A sí mismo, se evaluará si el paciente reconoce los grupos de alimentos fuente de proteína, considerándose correcta la respuesta de carnes, huevos y lácteos, caso contrario se considerará incorrecto.

A si también, se indagará sobre el conocimiento que tiene el paciente acerca de los alimentos fuente de vitaminas y minerales, considerándose correcta la opción de frutas y verduras, caso contrario, la respuesta será incorrecta.

Otra dimensión a evaluar será el conocimiento acerca de las funciones de los nutrientes. Se indagará sobre la función de las proteínas y se considerará correcto cuando el paciente elija la opción formación de huesos y tejidos.

Se preguntará sobre la función de las vitaminas y minerales y se considerará correcto cuando el paciente elija la opción reguladora.

Se examinará sobre la función de las grasas y los hidratos de carbono, se considerará correcto cuando el paciente elija la opción energética.

Se evaluará el conocimiento acerca de las porciones diarias recomendadas del grupo de frutas y verduras, se considerará respuesta correcta si el paciente responde un plato de verduras crudas, un plato de verduras cocidas y tres frutas diarias.

## **5. Actitudes hacia la alimentación saludable**

**Definición Conceptual:** Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento o manera de obrar ante cierto hecho o situación.

**Definición Operacional:** Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de cada uno de los pacientes de la muestra en estudio. que dan lugar a un determinado comportamiento o manera de obrar ante el episodio relacionado con la alimentación.

Se evaluará la percepción del esfuerzo del paciente por cumplir con pautas de alimentación saludable, se utilizará para ello una escala del 1 al 5, donde el número 1 representa la respuesta "muy fácil", el número 2 representa la respuesta "bastante fácil", el

número 3 representa la respuesta “ni muy fácil ni muy difícil”, el número 4 representa la respuesta “bastante difícil” y el número 5 representa la respuesta “muy difícil”.

## 6. Prácticas alimentarias

**Definición Conceptual:** Particularidad de un comportamiento que consiste en repetir una misma acción o en hacer algo siempre de la misma manera.

**Definición Operacional:** Particularidad de un comportamiento que consiste en repetir una misma acción o en hacer algo siempre de la misma manera por cada uno de los pacientes de la muestra en estudio del Programa. Las dimensiones a considerar para evaluar las prácticas alimentarias serán la frecuencia de consumo de cada uno de los grupos de alimentos y sus porciones y los resultados serán comparados con las recomendaciones que establece las guías alimentarias para la población argentina, como así también, se evaluará número de comidas que realiza diariamente, con quien come, lugar donde realiza las comidas, si ingiere comida durante la noche y si realiza picoteos entre comidas.

Diagrama 3: Ingesta de cada grupo de alimentos respecto de la recomendación

	Lácteos	Carnes y huevos	Frutas y verduras	Cereales	Grasas y aceites	Azúcares y dulces
<b>Inadecuado por defecto</b>	Menor a la recomendación	Menor a la recomendación	Menor a la recomendación	Menor a la recomendación	Menor a la recomendación	
<b>Adecuado</b>	igual a la porción recomendada	igual a la porción recomendada	igual a la porción recomendada	igual a la porción recomendada	igual a la porción recomendada	Menor o igual a la porción recomendada
<b>Inadecuado por exceso</b>	Mayor a la porción recomendada	Mayor a la porción recomendada	Mayor a la porción recomendada	Mayor a la porción recomendada	Mayor a la porción recomendada	Mayor a la porción recomendada
<b>Recomendación aproximada diaria</b>	2 tazas diarias	un churrasco mediano o ¼ de pollo sin piel más un huevo 3 o 4 veces por semana	un plato de verduras cocidas, un plato de verduras crudas y dos frutas mediana	½ plato de arroz, pastas, polenta u otro cereal cocido más una cucharada chica de legumbres más tres panes chicos	Tres cucharadas soperas de aceites	7 cucharaditas

Fuente: Elaboración propia

## 7. Conocimientos sobre actividad física saludable

**Definición conceptual:** Entendimiento, inteligencia, razón natural. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

**Definición Operacional:** Entendimiento, inteligencia, razón natural. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que posee el paciente de la muestra en estudio del Programa, con respecto a la actividad física necesaria para promover o mejorar la salud.



Las dimensiones a considerar para estudiar el conocimiento que tiene el paciente sobre actividad física saludable serán: beneficios de la actividad física y tiempo recomendado de actividad física diaria.

Para evaluar los conocimientos que posee el paciente acerca de los beneficios de la actividad física se realizará una encuesta cerrada de opción múltiple. Se considerará correcta si el paciente responde: la actividad física aumenta el porcentaje de masa muscular y disminuye el porcentaje de grasa del cuerpo.

Con respecto al conocimiento del tiempo recomendado de actividad física se evaluará si la persona conoce cuantos minutos diarios de actividad física hay que realizar para llevar una vida saludable. Se realizará una encuesta cerrada de opción múltiple y se considera respuesta correcta si la persona contesta treinta minutos diarios.

## 8. Actitudes hacia la actividad física

**Definición Conceptual:** Organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, y otros.

**Definición Operacional:** Organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, de cada uno de los pacientes de la muestra en estudio.

Se evaluará la percepción del esfuerzo del paciente por realizar actividad física de manera regular, se utilizará para ello una escala del 1 al 5, donde el número 1 representa la respuesta "muy fácil", el número 2 representa la respuesta "bastante fácil", el número 3 representa la respuesta "ni muy fácil ni muy difícil", el número 4 representa la respuesta "bastante difícil" y el número 5 representa la respuesta "muy difícil".

## 9. Prácticas de Actividad Física

**Definición Conceptual:** Ejecución de todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que origina un gasto de energía mayor al que se produce en reposo<sup>2</sup>.

**Definición Operacional:** Ejecución de todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que origina un gasto de energía mayor al que se produce en reposo, de cada uno de los pacientes de la muestra en estudio del Programa.

Las dimensiones a considerar para evaluar las prácticas de actividad física será la frecuencia semanal de actividad física y la duración de la actividad.

---

<sup>2</sup> Howley E. y Franks B. OMS

Para evaluar la frecuencia semanal de actividad física se realizará una encuesta cerrada de respuesta múltiple, donde las opciones serán: 1. una vez a la semana, 2. dos o tres veces semanales, 3. más de tres veces semanales, 4. no realizo actividad física.

Para evaluar cuantos minutos de actividad física a diario realiza el paciente, se realizará una encuesta cerrada de respuesta múltiple, donde las opciones serán: a. 15 minutos, b. 30 minutos, c. 1 hora.

A continuación, se presentan el consentimiento informado y la encuesta utilizada para la recopilación de datos.

Por la presente solicito a la encuestada autorización para formar parte del trabajo de investigación correspondiente a la tesis de Licenciatura en Nutrición de la estudiante González Mariela, perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad F.A.S.T.A. El tema a evaluar serán los conocimientos, actitudes y prácticas sobre actividad física y alimentación saludable, y el estado nutricional de los pacientes con obesidad, que concurren al Programa de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata, si usted accede a participar de este estudio, se le pedirá completar una encuesta simple y se les tomará su peso y su talla.

La decisión de participar en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Se garantiza el secreto estadístico y la confidencialidad de la información brindada por los encuestados exigidos por la ley.

Desde ya agradezco su colaboración.

En carácter de evaluado, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del trabajo de investigación correspondiente a la tesis de Licenciatura de la estudiante González Mariela acepto formar parte del mismo.

N° DE ENCUESTA: .....

FECHA: .....

1.Sexo:  F  M    2. Edad: .....    3.1. Peso: .....    3.2. Talla: .....  
 3.3. ICM .....

4. ¿Conoce la gráfica de la alimentación saludable de las Guías alimentarias?     SI  
 NO

5. ¿Cuántos grupos de alimentos integran la gráfica de la alimentación saludable?     3  
 5  
 6

6. De los siguientes grupos de alimentos, ¿cuáles son fuente de hidratos de carbono y fibra?     1. Verduras y frutas  
 2. Carnes y huevos  
 3. Cereales  
 4. Leche, yogurt y queso

7. ¿Cuáles de los siguientes grupos de alimentos son fuente principal de proteínas, hay dos opciones correctas.     1. Carnes y huevo  
 2. Lácteos  
 3. Frutas y Verduras  
 4. Cereales

8. ¿Cuáles de los siguientes grupos de alimentos, son fuente principal de vitaminas y minerales?     1. Frutas y verduras  
 2. Leche-yogurt y queso  
 3. Cereales  
 4. Carnes y huevo

9. ¿Cuál es la función de las proteínas?     1. Formación de huesos y tejidos  
 2. Reguladora  
 3. Favorece la absorción de nutrientes  
 4. Energética

10. ¿Cuál es la función que cumplen las vitaminas y los minerales en nuestro organismo?     1. Formación de huesos y tejidos  
 2. Reguladora  
 3. Favorece la absorción de nutrientes  
 4. Energética

11. ¿Cuáles es la función que tienen las grasas y los hidratos de carbono?     1. Formación de huesos y dientes  
 2. Reguladora  
 3. Favorece la absorción de nutrientes  
 4. Energética

12. ¿Cuál es la porción diaria recomendada de frutas y verduras?.

1. Un plato de vegetales cocidos y dos frutas diarias.
2. Un plato de vegetales crudos, un plato de vegetales cocidos y tres frutas diarias.
3. ½ plato de vegetales cocidos, dos platos de vegetal crudo y dos frutas diarias.

13. En su opinión, ¿Qué número de la escala refleja mejor su esfuerzo por cumplir con pautas de alimentación saludable. Marque con una cruz según corresponda, el 1 representa la respuesta “muy fácil”, y el número 2 “bastante fácil”, el número 3 “ni muy fácil ni muy difícil”, el número 4 “bastante difícil” y el número 5 “muy difícil”.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

14. ¿Usted consume lácteos habitualmente?  
Si su respuesta es “no” pase a la pregunta N°16

- SI
- NO

15. ¿Cuándo usted consume lácteos, ¿Cuál es la opción de respuesta más cercana a su porción?

1. 1 taza diaria
2. 2 tazas diarias
3. Más de dos tazas diarias

16. ¿Usted consume carnes y huevos habitualmente?  
Si su respuesta es “no” pase a la pregunta N°18

- SI
- NO

17. Cuando usted consume carnes y huevo, ¿Cuál es la opción de respuesta más cercana a su porción?

1. 1 bife chico mas un huevo dos veces por semana.
2. 1 churrasco mediano, mas ¼ de pollo y tres huevos semanales.
3. Mas de 1 churrasco mediano, ¼ de pollo y tres huevos semanales.

18. ¿Usted consume frutas y verduras habitualmente?  
Si su respuesta es “no” pase a la pregunta N°20

- SI
- NO

19. Cuando usted consume frutas y verduras, ¿Cuál es la opción de respuesta más cercana a su porción?

1. 1 plato de verduras crudas y 1 plato de verduras cocidas y 3 frutas diarias.
2. Mas de un plato de verduras cocidas y cuatro frutas diarias.

20. ¿Usted consume cereales habitualmente? Si su respuesta es “no” pase a la pregunta N°22.

- SI
- NO

21. Cuando usted consume cereales ¿Cuál es la opción de respuesta más cercana a su porción?

1. ½ plato de cereal cocido, mas una cucharada chica de legumbres y tres panes chicos por día.
2. Mas de ½ plato diario de cereal cocido y 4 panes chicos por día.

22. ¿Cuánto consume de grasas y aceites diariamente?  1. Menos de tres cucharadas soperas diarias.  
 2. Tres cucharadas soperas diarias.  
 3. Mas de tres cucharadas soperas diarias.
23. ¿Usted consume azúcares y dulces habitualmente?  SI  
Si su respuesta es "no" pase a la pregunta N°25.  NO
24. Cuando usted consume azúcares y dulces ¿Cuál es la opción de respuesta más cercana a su porción?  1. Menos de 7 cucharadas diarias de azúcar  
 2. Mas de 7 cucharadas diarias de azúcar
25. ¿Cuántas comidas realiza usted por día?. Elija una opción.  1. 2 comidas diarias  
 2. 4 comidas diarias  
 3. 6 comidas diarias  
 4. Otros
26. ¿Con quién come diariamente?. Elija una opción.  1. Solo  
 2. Acompañado y en familia  
 3. Otro
27. ¿Dónde realiza usted las comidas?. Elija una opción.  1. En su casa  
 2. En el trabajo  
 3. Otros
28. ¿Ingiere comida durante la noche?. Marque la respuesta con una cruz. EN CASO AFIRMATIVO:  SI  
 NO
29. Mencione que alimento ingiere mas frecuentemente: .....
30. ¿Realiza picoteos entre comidas?. Indique la respuesta con una cruz .  SI  
 NO
31. ¿Cuáles son los beneficios que trae al organismo, realizar actividad física de manera regular?.  1. La actividad física aumenta el porcentaje de masa muscular y disminuye el porcentaje de grasa del cuerpo.  
 2. La actividad física disminuye el porcentaje de masa muscular y también, el porcentaje de grasa del cuerpo.  
 3. No lo sé.
32. ¿Cuántos minutos diarios de Actividad física deberíamos realizar para llevar una vida saludable?.  1. Menos de 30 minutos diarios.  
 2. 30 minutos diarios.  
 3. Más de treinta minutos diarios.

33. ¿Cuál es su interés por realizar Actividad Física para mantener un buen estado de salud?

- 1. Ningún interés
- 2. Muy poco interés
- 3. Bastante interés
- 4. Mucho interés

34. En su opinión, ¿Qué número de la escala refleja mejor su esfuerzo por realizar actividad física de manera regular. Marque con una cruz, donde el 1 representa la respuesta “muy fácil”, y el número 2 “bastante fácil”, el número 3 “ni muy fácil ni muy difícil”, el número 4 “bastante difícil” y el número 5 “muy difícil”

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

35. ¿Realiza usted actividad física? Marcar la respuesta correcta con una cruz. Si su respuesta es “No”, finalizó la encuesta.

- SI
- NO

36. ¿ Cuántas veces a la semana realiza usted actividad física?.

- 1. 1 vez a la semana
- 2. 2 o 3 veces semanales
- 3. Mas de tres veces semanales

37. ¿Cuántos minutos de actividad física a diario usted realiza?.

- 1. 5 minutos
- 2. 30 minutos
- 3. 1 hora

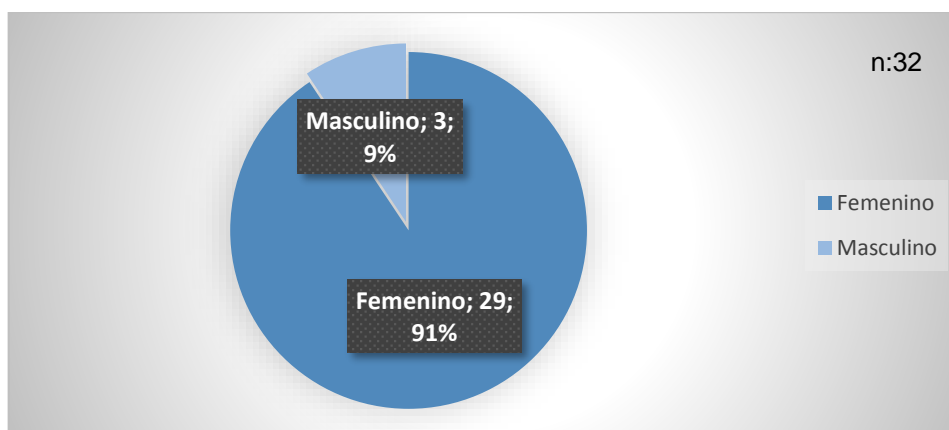




En la presente investigación se efectúa un trabajo de campo que consiste en la realización de una encuesta a fin de recabar datos sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física en una muestra de 32 pacientes que concurren a un Programa dictado en un Hospital público la ciudad de Mar del Plata.

A continuación, se detalla la distribución por sexo del total de los pacientes encuestados.

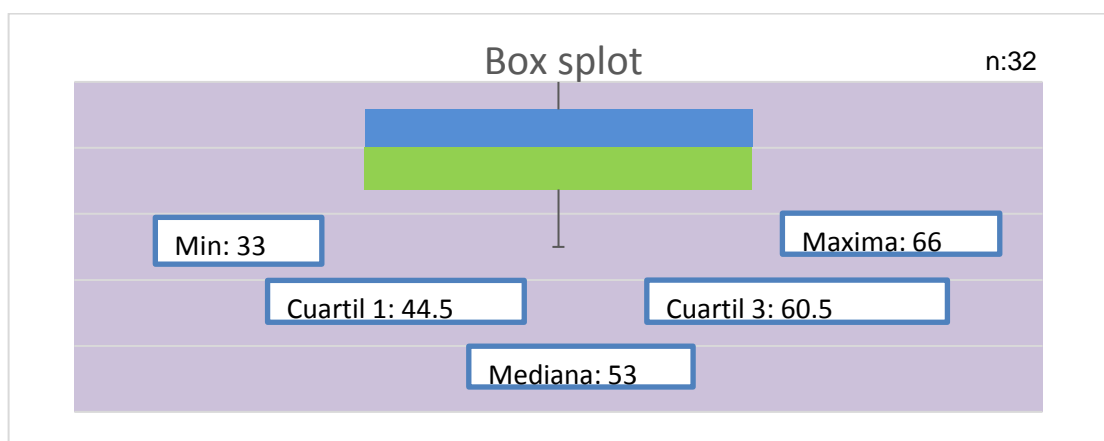
**Gráfico N° 1:** Distribución según sexo



Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior nos demuestra un predominio del sexo femenino sobre el masculino con el 91% en la muestra de estudio. En cuanto a la edad, la distribución de la misma se presenta a continuación

**Gráfico N° 2:** Distribución etaria de la muestra

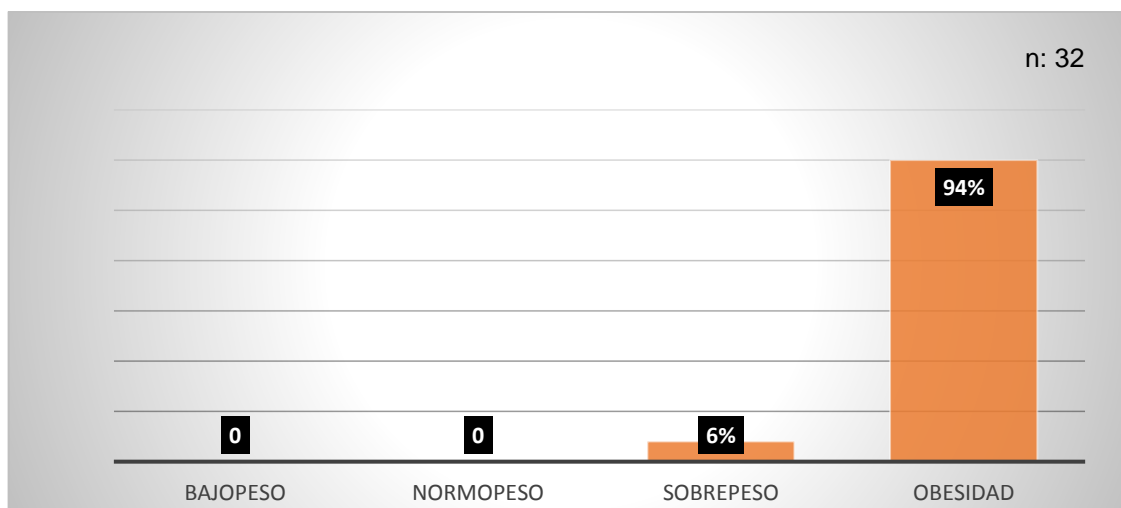


Fuente: Elaboracion propia

En el gráfico anterior, se puede observar que la edad mínima de los pacientes encuestados fue de 33 años, la máxima de 66 años, en tanto que la edad promedio de la muestra fue de 53 años.

A continuación, se diagnostica el estado nutricional de cada paciente a partir de la evaluación antropométrica y el cálculo del IMC, el cual se obtiene realizando el cociente entre el peso y la talla al cuadrado. Una vez obtenido este valor, se clasifica el estado nutricional de los pacientes en base a los criterios propuestos por la OMS

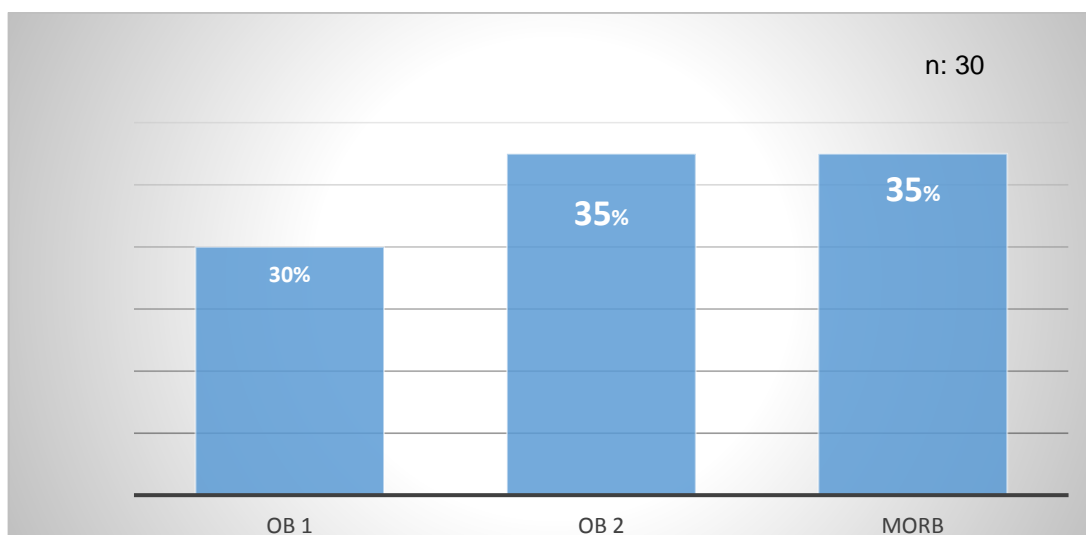
**Gráfico N° 3 Estado Nutricional**



Fuente: Elaboración propia

Se observa que, la mayoría de los pacientes encuestados registra un estado nutricional de obesidad representando un 94% de la muestra, seguido por un 6% que presentan sobrepeso. No se registraron pacientes con un estado nutricional normopeso y bajopeso.

**Gráfico N° 4 Grados de Obesidad**

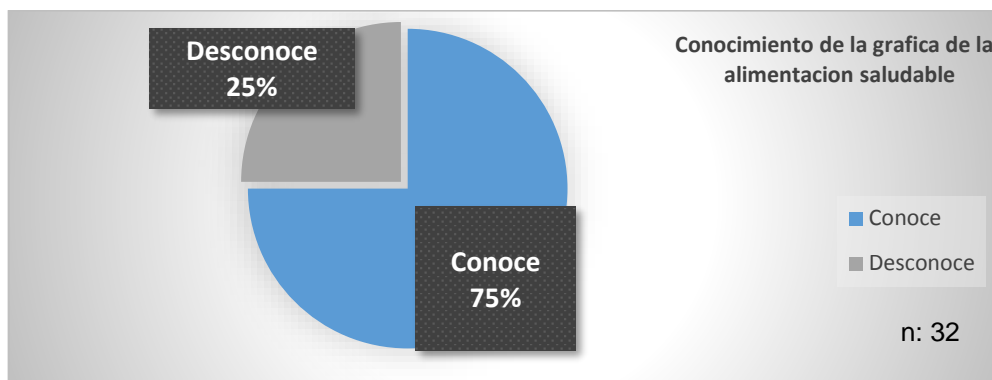


Fuente: Elaboración propia

De los 30 pacientes que presentaron obesidad, el 35% representado por 11 pacientes de la muestra, registraron un IMC mayor a 40, diagnosticándose Obesidad tipo III, el 35%

presento Obesidad tipo II cuyos índices se situaron entre 35 y 39,9, y finalmente un 30% de pacientes con obesidad tipo I.

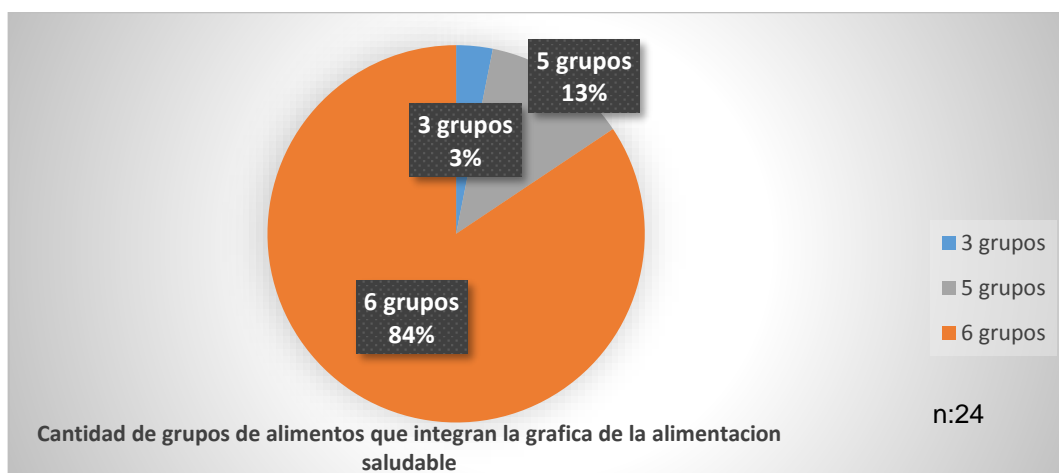
**Gráfico N° 5 Conocimiento acerca de la Gráfica de la alimentación saludable y cantidad de grupos de alimentos que la integran**



Fuente:Elaboracion propia

Del total de la muestra de 32 pacientes, el 75% refiere tener conocimientos acerca de la grafica de la alimentacion saludable y cantidad de grupos de alimentos, en tanto que el restante 25% desconoce dicha informacion.

**Gráfico N° 6 Conocimiento acerca de la cantidad de grupos de alimentos que integran la gráfica de la alimentación saludable**

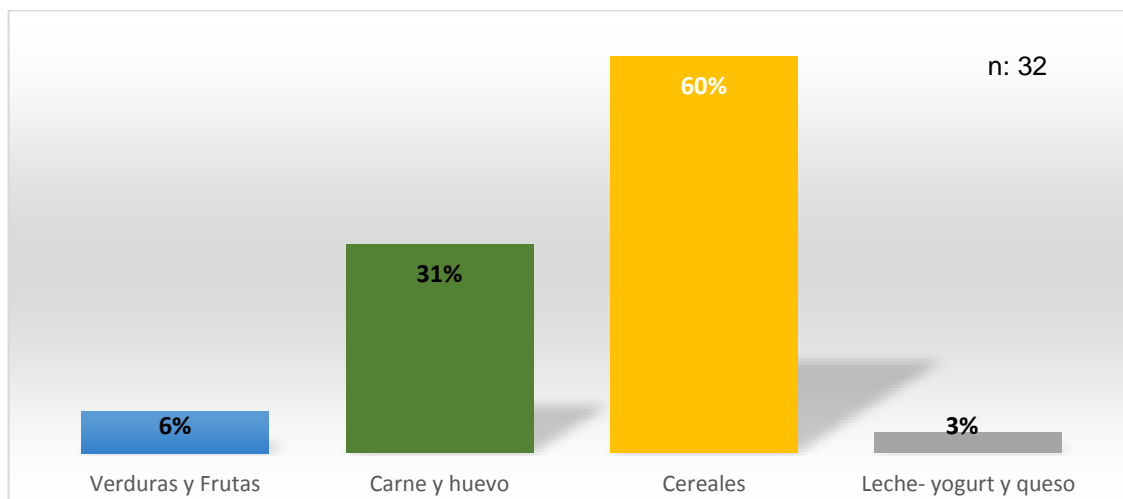


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las preguntas sobre conocimiento acerca de lo que se denomina una “alimentación saludable”, lo primero que se pregunta es si conocen el óvalo nutricional también conocido como “gráfica de la alimentación saludable”. Este gráfico muestra la variedad de los alimentos diarios y de las proporciones del consumo de alimentos necesarias para lograr una alimentación saludable. Se puede observar que más de la mitad de la muestra, el 75% de ella, conoce la Gráfica de la alimentación saludable y lo que significa que el 25 %

restante no la conoce. En cuanto al conocimiento de los grupos que integran la gráfica de la alimentación saludable, el 84% de los encuestados conocen que la misma está integrada por seis grupos de alimentos.

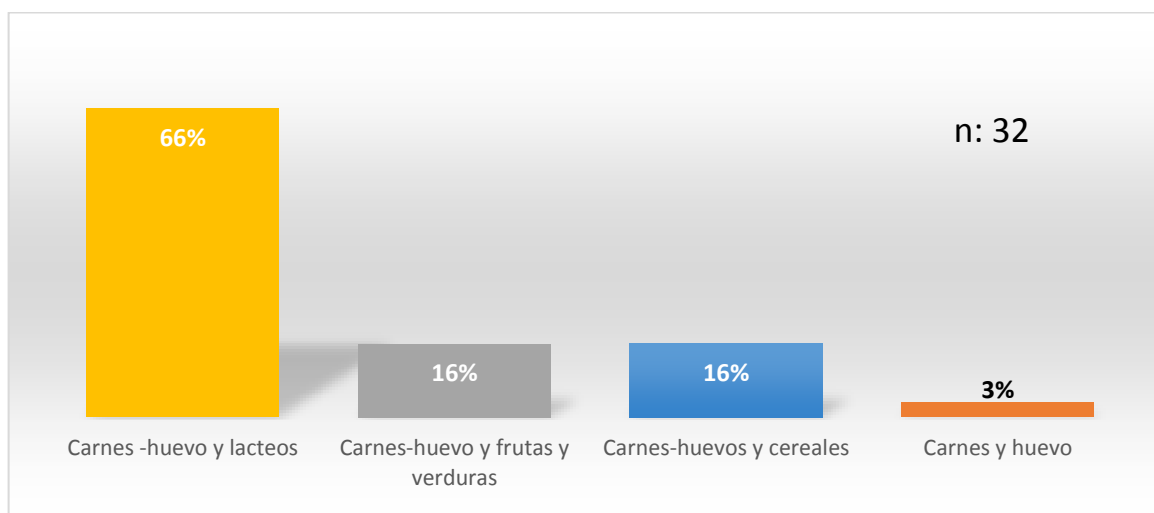
**Gráfico N° 7 Conocimiento de los alimentos fuente de hidrato de carbono y fibra**



Fuente: Elaboración propia

Basándonos en lo establecido por la Guía alimentaria Argentina<sup>1</sup>, se observa que el 60 % de los pacientes encuestados, representado este valor por 19 personas de la muestra, respondió correctamente al elegir el grupo de los cereales como principal fuente de hidrato de carbono y fibra, en tanto que el 40% selecciono respuestas erróneas, eligiendo entre los grupos de carnes y huevo, verduras y frutas y leche- yogurt y quesos.

**Gráfico N° 8 Conocimiento de los alimentos fuente de proteínas**



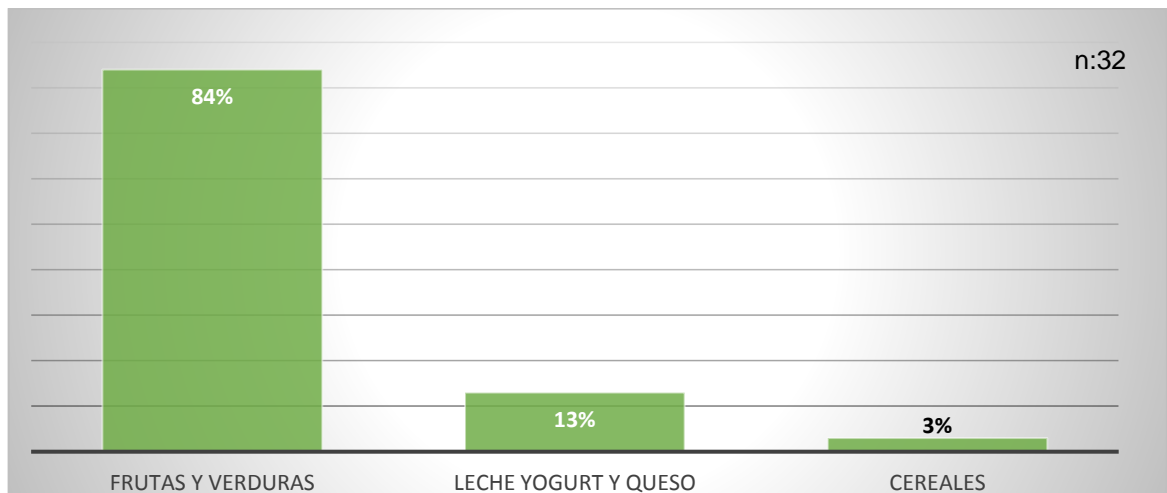
Fuente: Elaboración propia

<sup>1</sup> Mensajes prácticos consensuados por profesionales de la Nutrición de todo el país que traducen los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de los alimentos para orientar a nuestra población en la selección y consumo de alimentos y estilos de vida saludables.

Se indago acerca del conocimiento de los alimentos fuente de proteínas, donde dos eran las respuestas correctas.

Todas las personas encuestadas respondieron correctamente a una de las opciones al elegir el grupo de carnes y huevos, el 66% de la muestra respondió acertadamente al considerar también a los lácteos como fuente principal de proteínas.

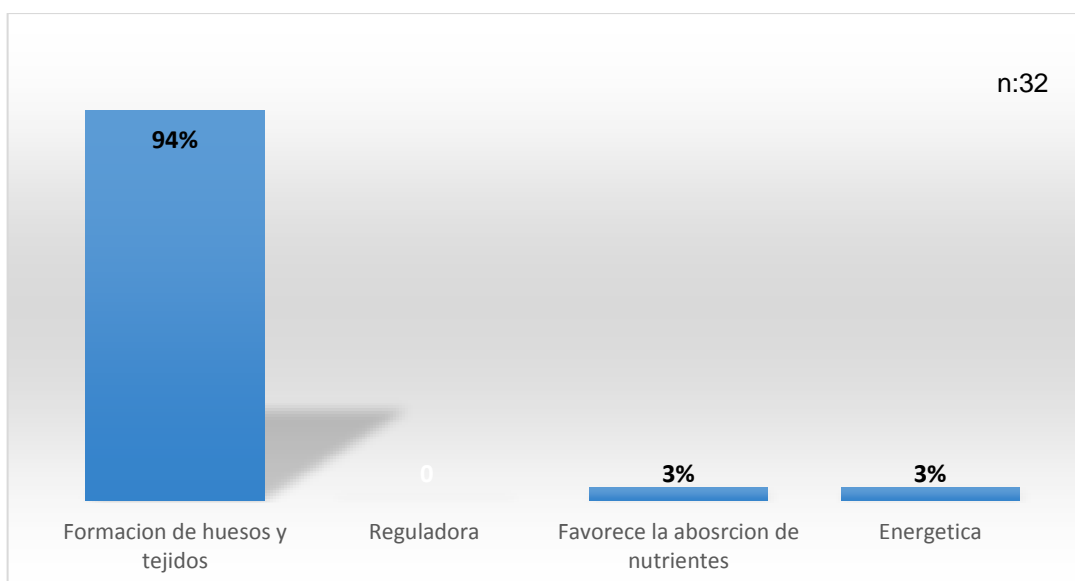
**Gráfico Nº 9 Conocimiento de los alimentos fuente de vitaminas y minerales**



Fuente: Elaboración propia

Para continuar evaluando el conocimiento acerca de la alimentación saludable, se indago sobre los alimentos fuente de vitaminas y minerales. Se observa que el 84% de los encuestados respondieron correctamente al considerar al grupo de frutas y verduras, el 16% restante selecciono respuestas erróneas.

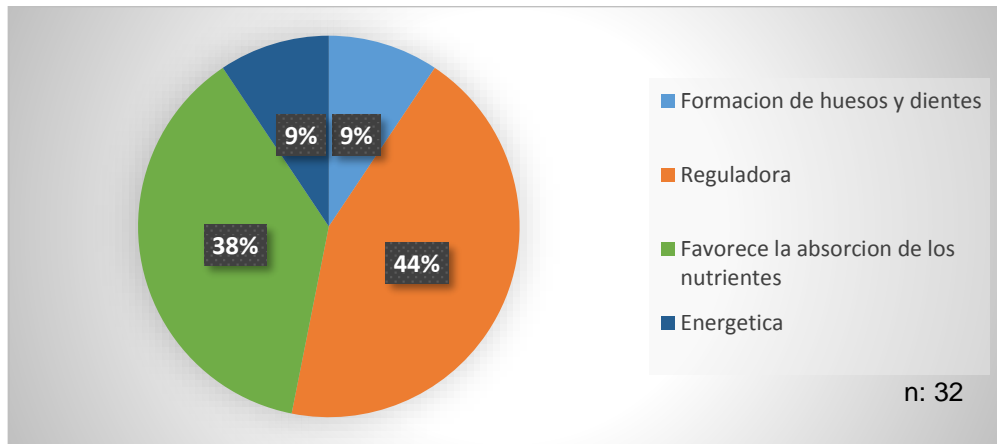
**Gráfico Nº 10 Conocimiento de la función de las proteínas**



Fuente: Elaboración propia

Podemos observar aquí los resultados obtenidos al preguntar acerca de la función que cumplen las proteínas, donde el 94% de la muestra respondió correctamente "Formación de huesos y tejidos".

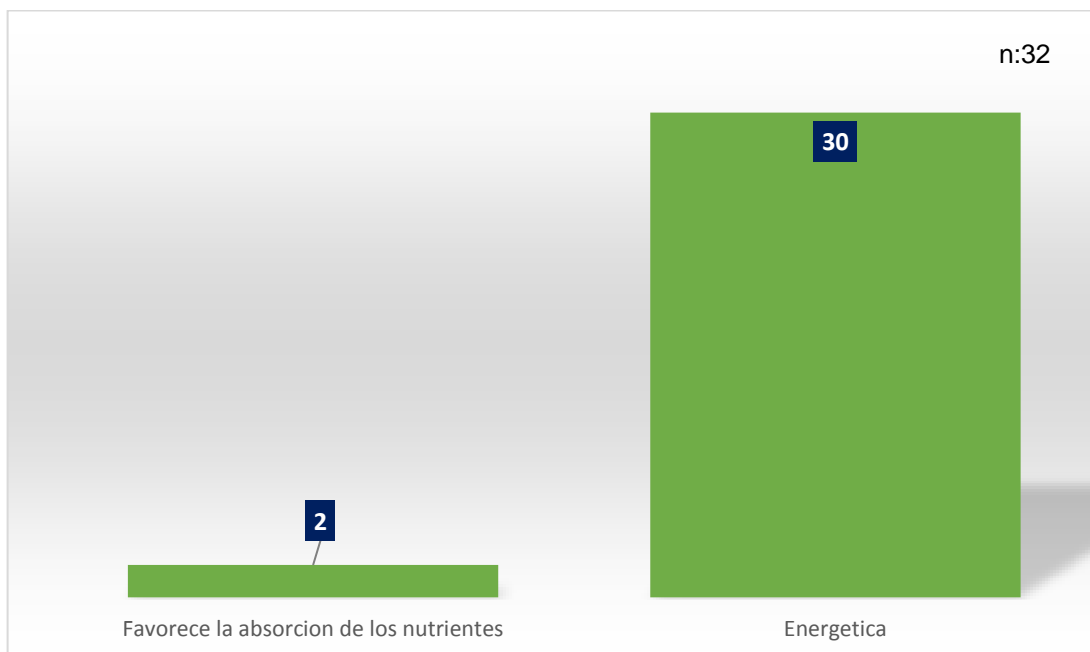
**Gráfico N° 11 Conocimiento de la función de las vitaminas y minerales**



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al conocimiento acerca de la función que cumplen las vitaminas y minerales, más de la mitad de los pacientes encuestados, mencionaron respuestas erróneas, el 44% de los pacientes respondió acertadamente la opción "reguladora", en tanto que el 46% refiere otras respuestas como formación de huesos y dientes, favorece la absorción de nutrientes y energética.

**Gráfico N° 12 Conocimiento de la función de las grasas e hidratos de carbono**

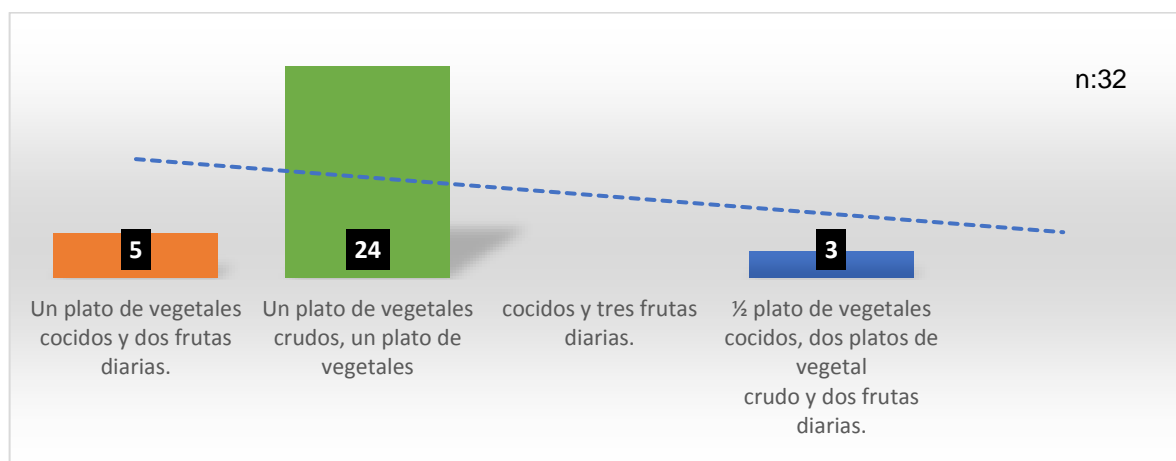


Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico, se puede observar que el 94% de los encuestados conocía la función de las grasas e hidratos de carbono, en tanto que solo dos pacientes mencionaron respuestas erróneas

Seguidamente, se detallan los conocimientos sobre la porción diaria recomendada por las Guías Alimentarias para el consumo de frutas y verduras de la población.

**Gráfico Nº 13 Conocimiento de la porción diaria recomendada de frutas y verduras**

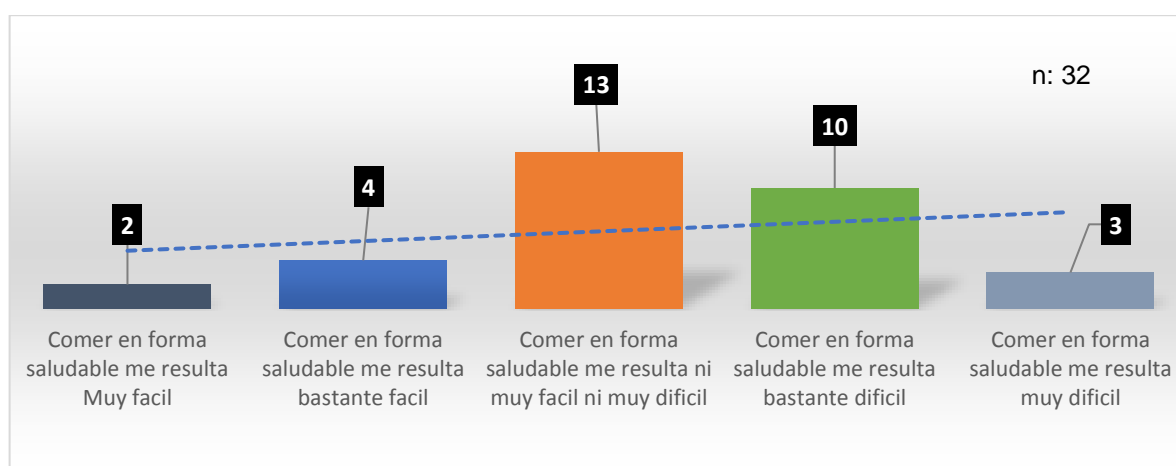


Fuente: Elaboración propia

El gráfico anteriormente descrito, demuestra que el 75% de los pacientes encuestados reconocieron que se debe consumir diariamente un plato de vegetales crudos, un plato de vegetales cocidos y tres frutas. Mientras que el resto de los pacientes creen erróneamente otro tipo de respuestas respecto a la recomendación diaria de consumo de frutas y verduras propuesta por las Guías Alimentarias para la población argentina. Un total de 8 pacientes respondieron de manera errónea, lo cual representa el 25% de la muestra.

Luego, se busca conocer las actitudes hacia la alimentación por medio de la percepción del esfuerzo que les representa el comer de manera saludable.

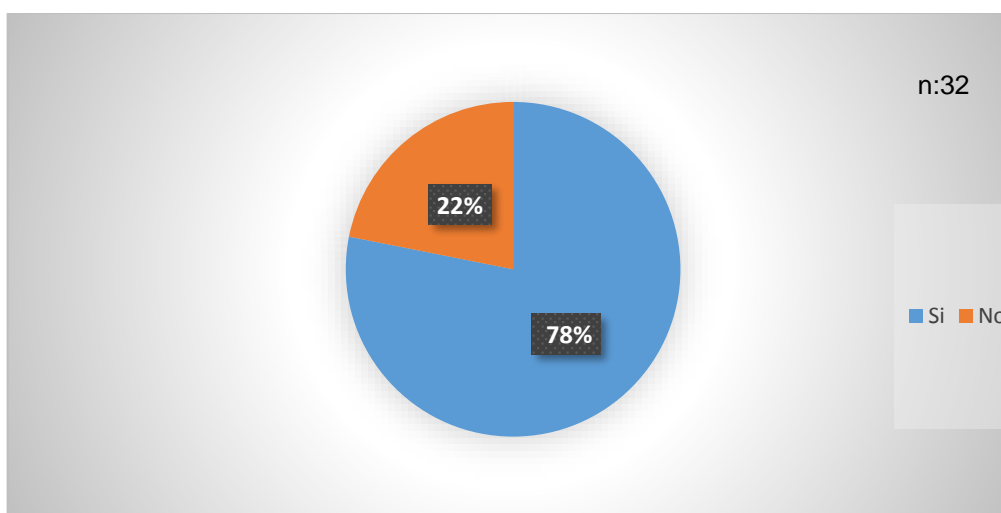
**Gráfico Nº 14 Percepción del esfuerzo por comer de forma saludable**



Fuente: Elaboración propia

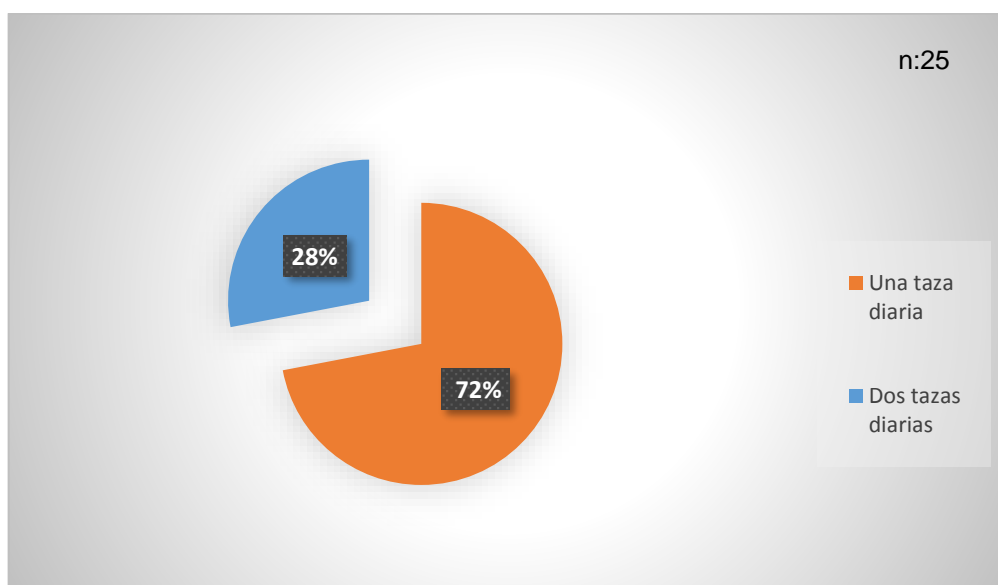
Para ello, se utilizó una escala del 1 al 5, donde el número 1 representa la respuesta muy fácil, solo el 6%, representado por 2 pacientes, eligió esa opción. El 12%, representado por 4 pacientes, respondieron que el comer de manera saludable les resulta bastante fácil, el 41%, representado por 13 pacientes de la muestra les resulta ni muy fácil ni muy difícil, en tanto que el 40% restante les resulta bastante y muy difícil. Siguiendo con el análisis, las dimensiones a considerar para evaluar las prácticas alimentarias fueron la frecuencia de consumo de cada uno de los grupos de alimentos y sus porciones y su comparación con lo establecido por las guías Alimentarias para la población argentina. A continuación, podemos ver los resultados obtenidos con respecto a la frecuencia diaria del consumo de lácteos.

**Gráfico Nº 15 Consumo de lácteos**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico Nº 16 Frecuencia de consumo de lácteos**

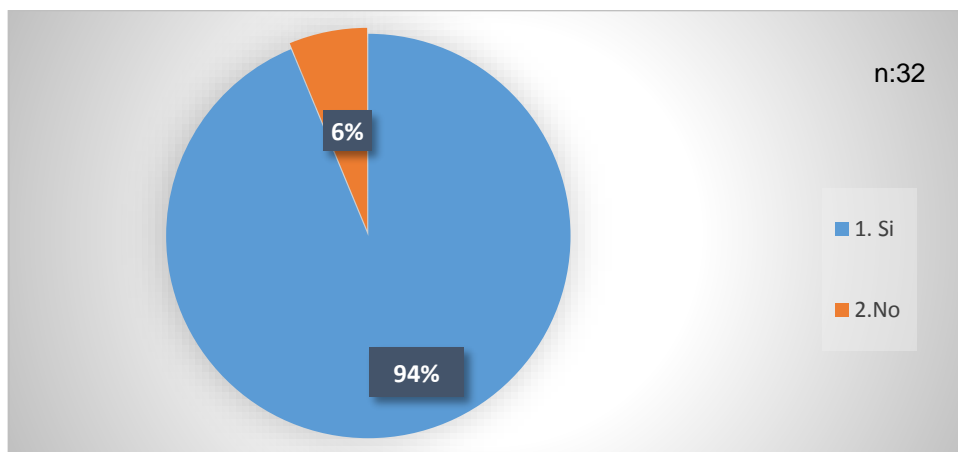


Fuente: Elaboración propia



El 78% de los pacientes encuestados consumen lácteos, de los cuales, solo el 28% cumple con la recomendación que establece la Guía Alimentaria, la de consumir 2 tazas diarias, el restante 72% se encuentra por debajo de la recomendación.

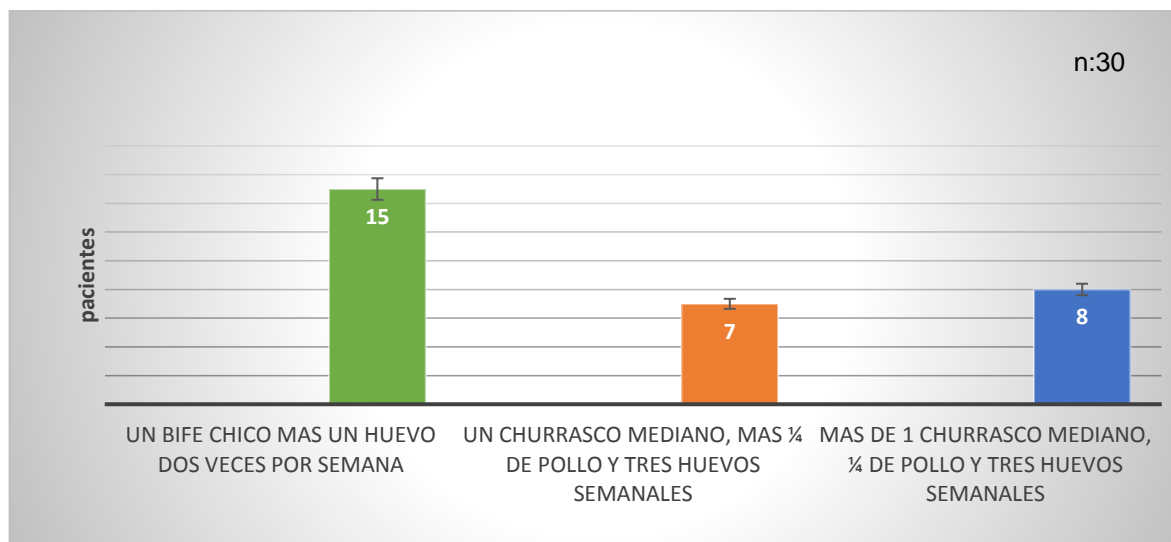
**Gráfico N° 17 Consumo de carnes y huevo**



Fuente: Elaboración propia

El gráfico demuestra que un amplio porcentaje de la muestra representado por el 94%, consumen carnes y huevo.

**Gráfico N° 18 Frecuencia de consumo de carnes y huevo**



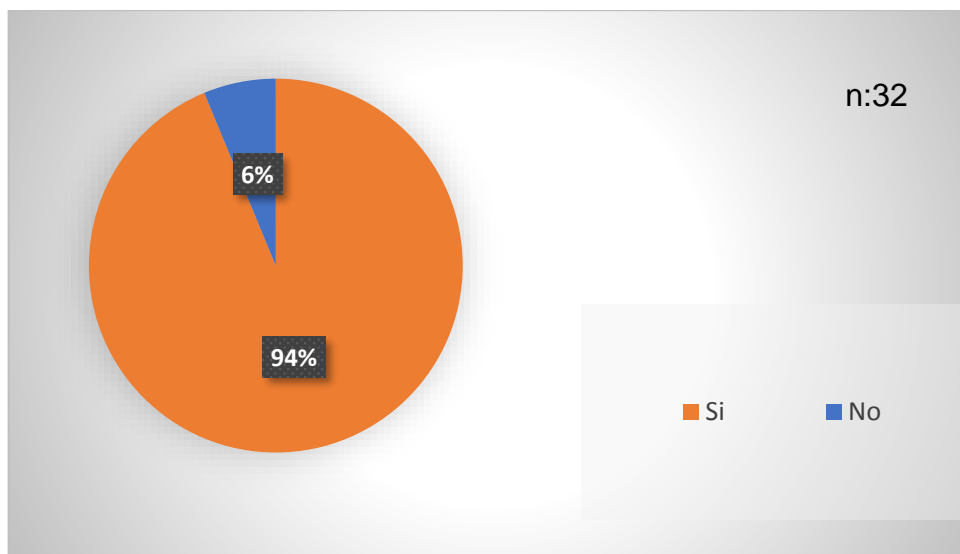
Fuente: Elaboración propia

Al analizar el gráfico, se observa que de los pacientes que, si consumen carnes y huevos, el 27%, representado por 8 pacientes, cumplen con la ingesta diaria recomendada por las Guías Alimentarias, al elegir la opción de más de un churrasco mediano, ¼ de pollo y tres huevos semanales.

El 23%, representado por 7 de los pacientes encuestados, realizan ingestas inadecuadas por exceso, con respecto a la recomendación, al elegir la opción de consumir diariamente un churrasco mediano, más  $\frac{1}{4}$  de pollo y tres huevos semanales.

En tanto que el 50% de los que, si consumen carnes y huevos, realizan ingestas que no llegan a cubrir la recomendación diaria establecida, representado por la opción de consumir diariamente un bife chico más un huevo, dos veces por semana.

**Gráfico N° 19 Consumo de frutas y verduras**



Fuente: Elaboración propia

Del total de pacientes encuestados, el 94% de ellos, consumen frutas y verduras.

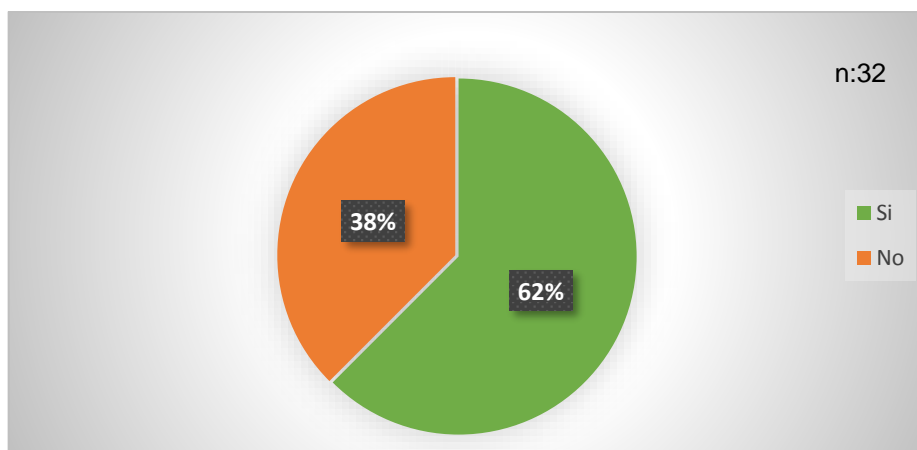
**Gráfico N° 20 Frecuencia de consumo de frutas y verduras**



Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que de ese 94% de pacientes que, si consumen frutas y verduras, el 100% cumple con la recomendación diaria de consumo que establecen las guías alimentarias, representado por la opción de consumir un plato de verduras crudas, más un plato de verduras cocidas y tres frutas diarias

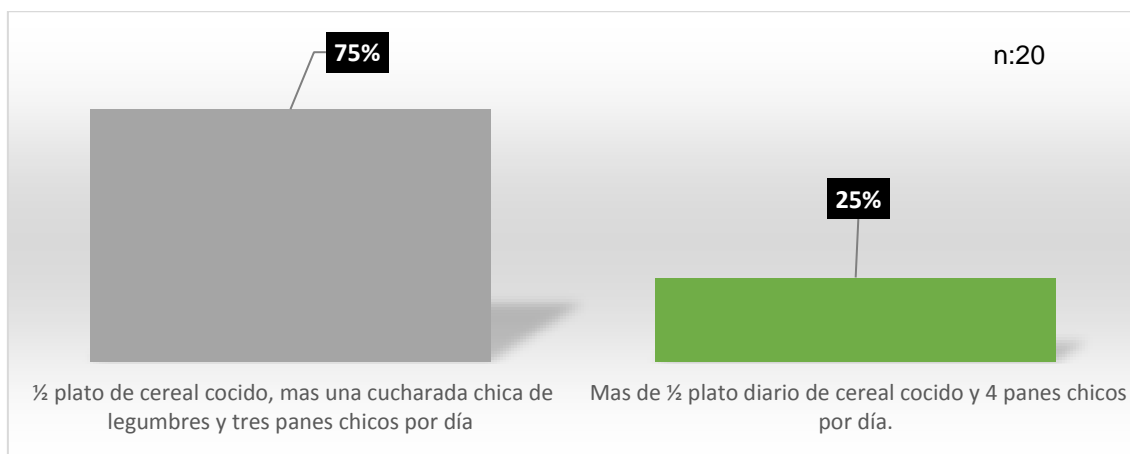
**Gráfico N° 21 Consumo de cereales**



Fuente: Elaboración propia

En el presente grafico se puede conocer que, del total de pacientes encuestados, el 62% de la muestra consume cereales, representado por 20 personas de la muestra.

**Gráfico N° 22 Frecuencia diaria de consumo de cereales**



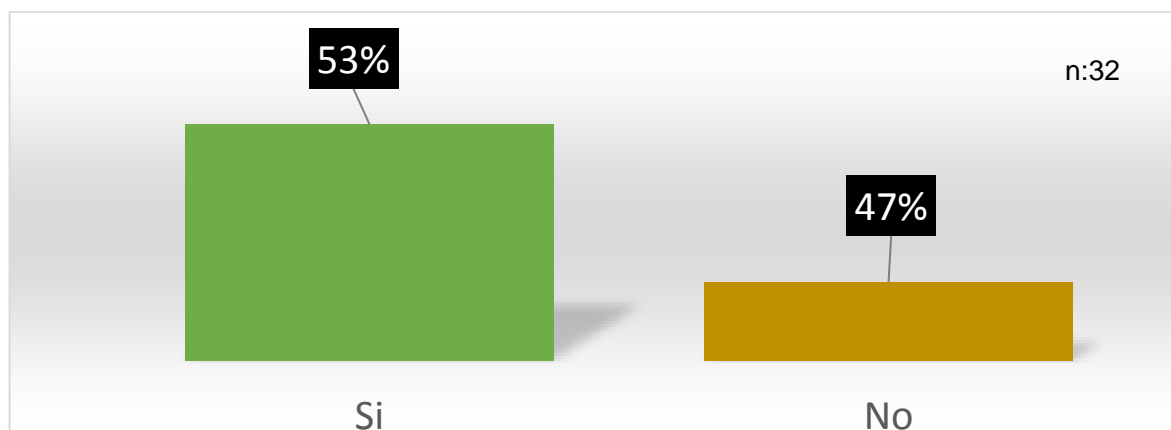
Fuente: Elaboración propia

El grafico demuestra que del 62% de pacientes que consumen cereales, representado por una muestra de 20 pacientes, un amplio porcentaje representado por el 75% cumple con las recomendaciones diarias que establecen las guías, la de consumir ½ plato de cereal cocido, más una cucharada chica de legumbres y tres panes chicos por día.

El restante 25% de los pacientes que consumen cereales, superan la recomendación.

A continuación, se indaga a los pacientes acerca de si consumen o no azúcares y dulces. Estos fueron los resultados:

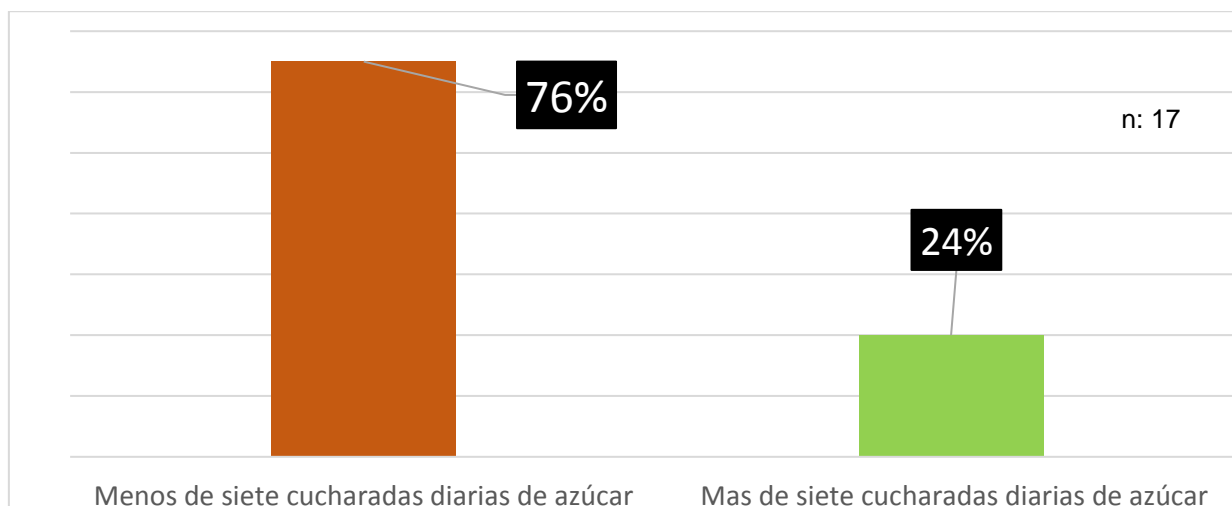
**Gráfico N° 23 Consumo de azúcares y dulces**



Fuente: Elaboración propia

Más del 50% de los pacientes encuestados, consumen azúcares y dulces. Posteriormente, se le pregunta con qué frecuencia lo hacen, los resultados se observan en la gráfica siguiente.

**Gráfico N° 24 Frecuencia de consumo de azúcares y dulces**

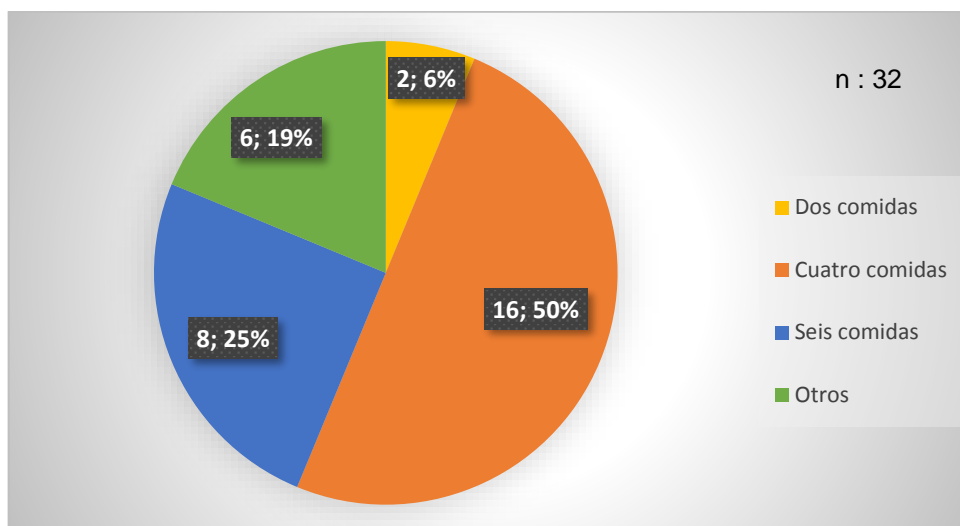


Fuente: Elaboración propia

De los 17 pacientes que si consumen azúcares, el 76% tienen un consumo adecuado, ya que la cantidad consumida diariamente es menor o igual en algunos casos a la recomendada en la Guía Alimentaria. El restante 24% presentan un consumo superior a la recomendación, determinando una ingesta inadecuada por exceso.

A continuación, se les preguntan a los pacientes, acerca de la cantidad de comidas realizadas en el día. Los resultados se muestran en el siguiente gráfico.

**Gráfico N° 25 Cantidad de comidas realizadas en el día**



Fuente: Elaboración propia

El 50% de los encuestados, realizan las 4 comidas diarias, en tanto que el 25% realiza 6 comidas al día.

A continuación, otras de las dimensiones a considerar para evaluar las prácticas alimentarias son las que podemos observar en los siguientes gráficos

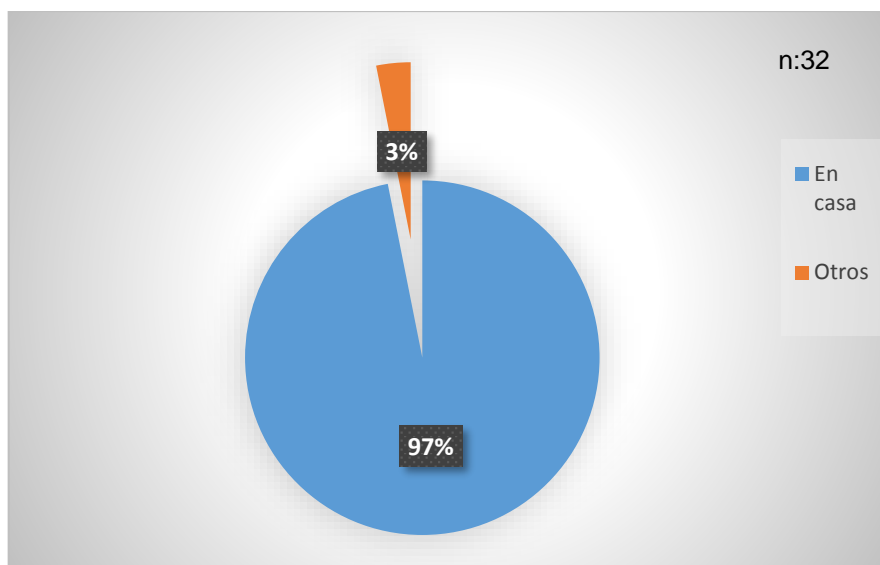
**Gráfico N° 26 Con quien come diariamente y donde realiza las comidas**



Fuente: Elaboración propia

Seguidamente la gráfica que refleja el lugar donde se realizan las diferentes comidas.

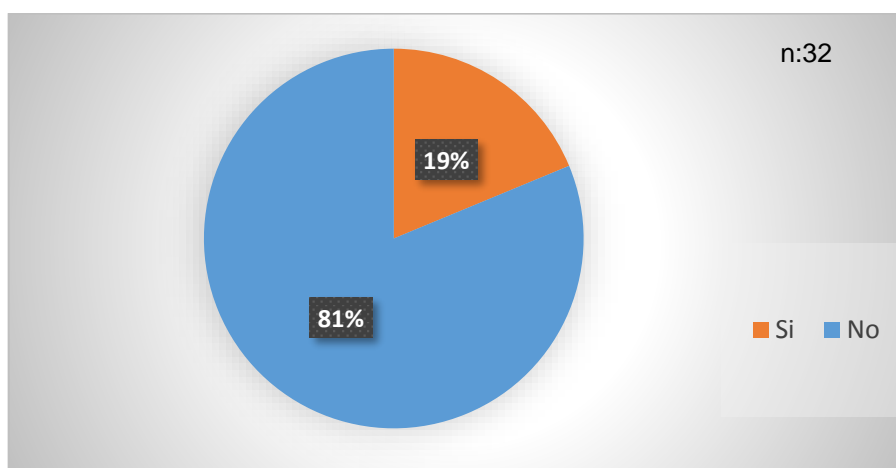
**Gráfico N° 27 Lugar donde realiza las comidas**



Fuente: Elaboración propia

El 87,5 % de los pacientes realizan sus comidas acompañados y en familia y el 97% de los encuestados realiza sus comidas en su casa.

**Gráfico N° 28 Ingestión de comida durante la noche**

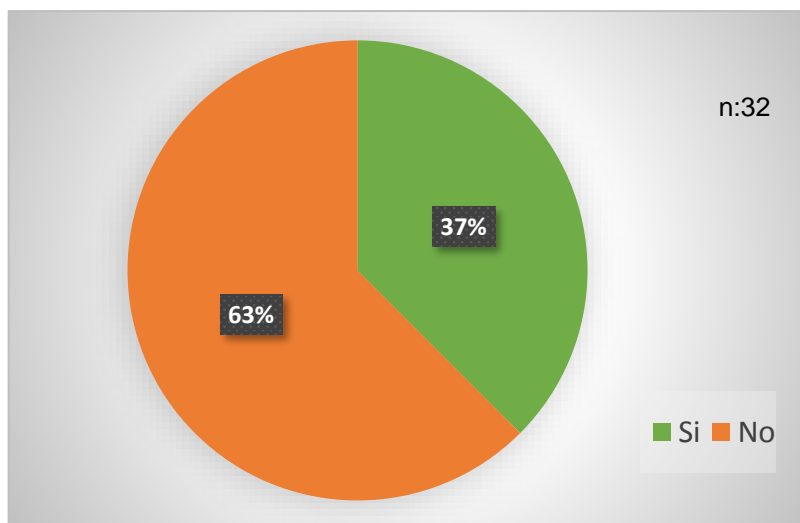


Fuente: Elaboración propia

Del total de pacientes encuestados, el 81% de la muestra, representado este valor por 26 de los pacientes, refieren no realizar ingestas de comida durante la noche, en tanto que el restante 19% si lo hace.

Posteriormente se observa el resultado sobre el tema de la realización de picoteos entre las diferentes comidas.

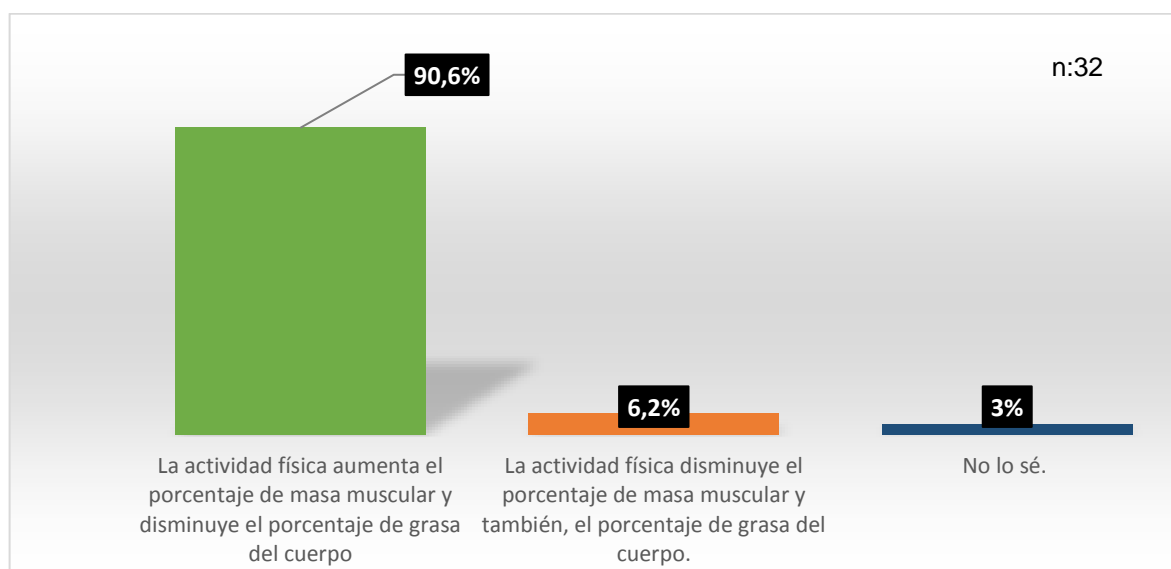
**Gráfico N° 29 Realización de picoteos entre comidas**



Fuente: Elaboración propia

Respecto a los gráficos anteriores, podemos observar que el 81% de los pacientes ingieren comida durante la noche y que 63% de la muestra realiza picoteos entre comidas, en tanto que el 37% restante no.

**Gráfico N° 30 Conocimientos de los beneficios de la Actividad Física**

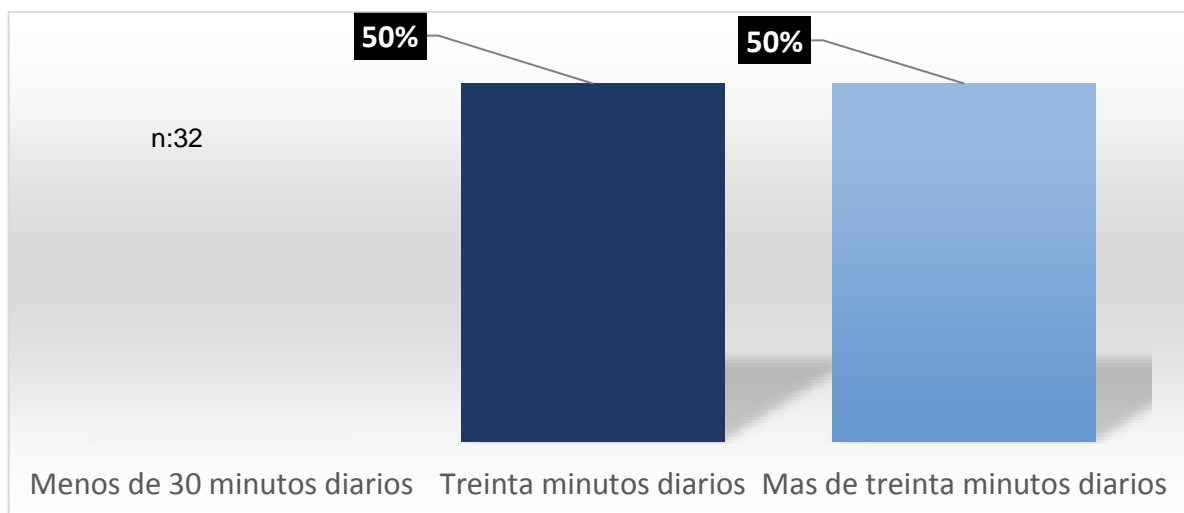


Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior, demuestra que, en la evaluación del conocimiento que poseen los pacientes con respecto a la actividad física, el 90,6% respondió correctamente al elegir la

opción " la actividad física aumenta el porcentaje de masa muscular y disminuye el porcentaje de grasa del cuerpo", solo el 3% de la muestra no supo contestar.

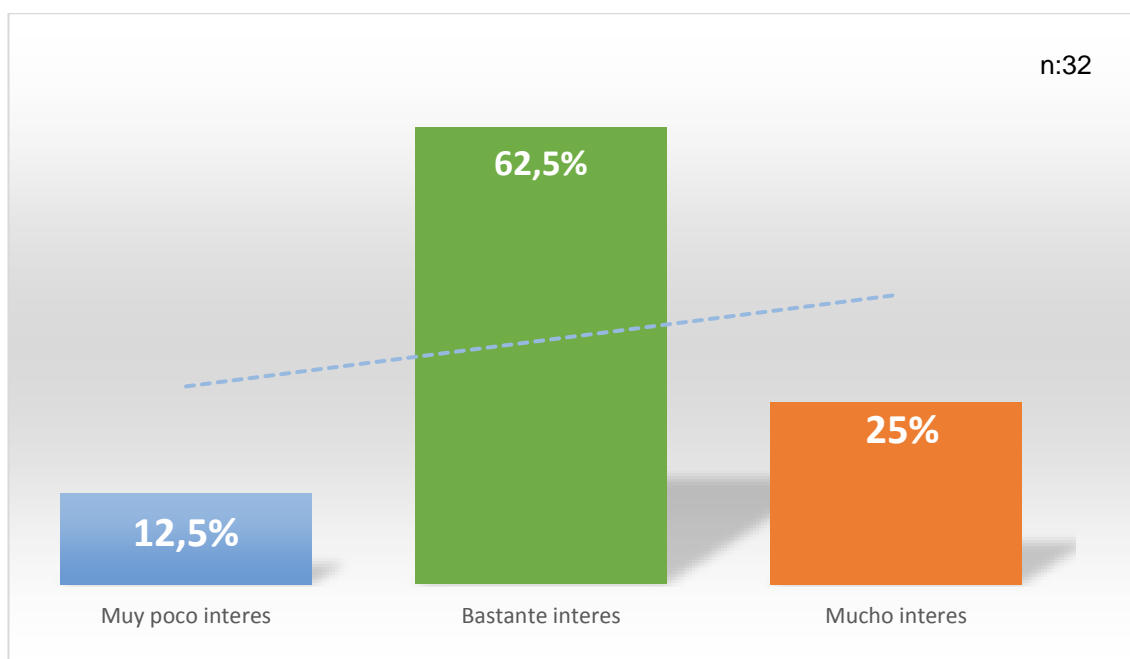
**Gráfico N° 31 Conocimientos de la duración recomendada de actividad física**



Fuente: Elaboración propia

Otra de las dimensiones a considerar para evaluar el conocimiento sobre actividad física es la duración recomendada de ejercicio físico, donde podemos observar en el grafico que la mitad de la muestra coincide con la recomendación que establece la OMS para mantener una vida saludable, la de realizar unos treinta minutos diarios de actividad física.

**Gráfico N° 32 Interés por realizar actividad física**

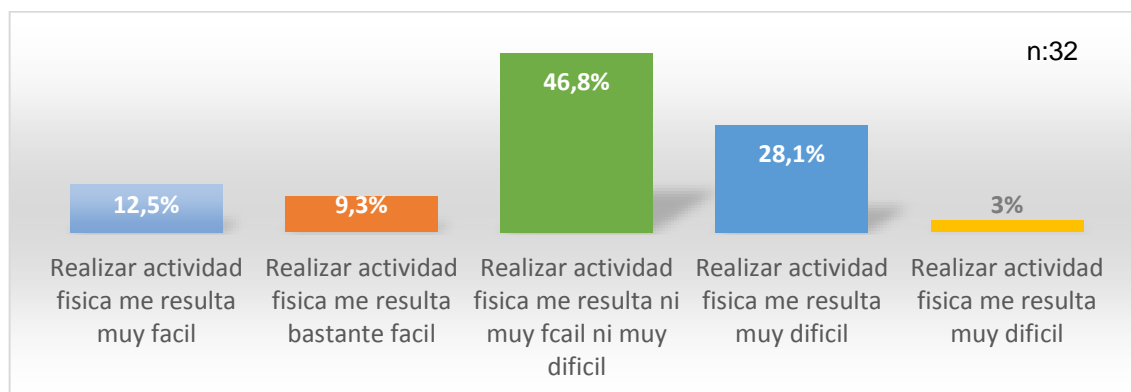


Fuente: Elaboración propia



Para evaluar las actitudes hacia la alimentación, una de las dimensiones a considerar es indagar acerca del interés que presentan los pacientes por realizar actividad física, en cuyo análisis se observa que el 62,5% de los pacientes contesto presentar bastante interés, el 25% mucho interés en tanto que el 12,5 % contesto muy poco interés. A sí mismo y como se puede ver en el siguiente gráfico, se evaluó otra de las dimensiones que informan acerca de la actitud del paciente frente a la actividad física como lo es la precepción del esfuerzo por realizar ejercicio. Para ello se utilizó una escala del 1 al 5, done el numero 1 represento la respuesta muy fácil, y el 12% de los pacientes respondieron a esa opción, para casi el 50% de los encuestados, la actividad física les resulta ni muy fácil ni muy difícil, el 28% de los hacer ejercicio les resulta bastante difícil y tan solo el 3% les resulta muy difícil.

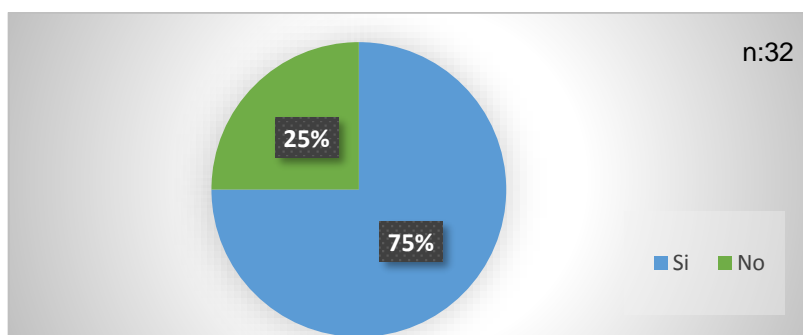
**Gráfico N° 33 Percepción del esfuerzo por realizar actividad física**



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la precepción del esfuerzo por realizar actividad física, el 46,8% de los encuestados, refiere que realizar actividad física les resulta ni muy fácil ni muy difícil de realizar, solo al 3% de los encuestados la práctica de actividad física les resulta muy difícil de hacer, lo cual es un resultado alentador.

**Gráfico N° 34 Pacientes que realizan actividad física**



Fuente: Elaboración propia

El 75% de los pacientes encuestados hace actividad física, de los cuales, el 50% se ejercita más de tres veces semanales y el restante 50% entre dos y tres veces, como se puede ver en el siguiente gráfico.

En los siguientes gráficos, se puede ver que de los pacientes encuestados que realizan actividad física, el 50% se ejercita durante 1 hora, y solo el 37,5% respondió de manera coincidente con lo que las Guías Alimentarias recomiendan, la de realizar media hora por día de actividad física.

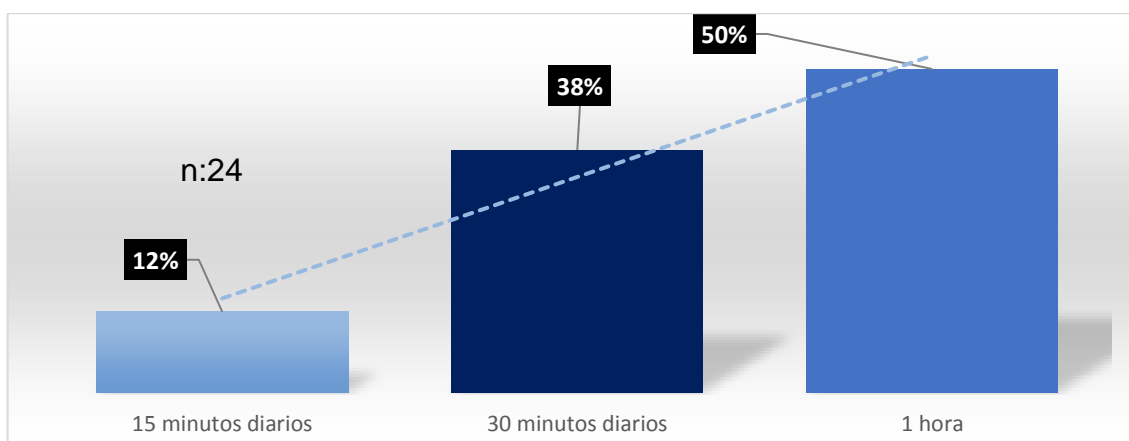
**Gráfico N° 35 Frecuencia de actividad física**



Fuente: Elaboración propia

De los pacientes que, si realizan actividad física, representado por un N de 24 pacientes, se pudo observar que la frecuencia con la que se ejercitan semanalmente es alta, ya que el 50% de ellos se ejercita dos o tres veces semanales, y el restante 50% lo hace en más de tres veces semanales

**Gráfico N° 36 Duración de la actividad física**



Fuente: Elaboración propia

Para finalizar, de los 24 pacientes que, si realizan actividad física, se puede determinar según los datos de las encuestas, que el 50% de ellos, realiza actividad física de 1 hora de duración, porcentaje que supera la recomendación que establece las Guías Alimentarias Argentinas. El 38% de los pacientes realiza 30 minutos diarios de actividad física, y tan solo un 12% de los encuestados, se encuentra por debajo de la recomendación, al realizar sesiones de actividad física diaria con una duración de tan solo 15 minutos.



En el presente trabajo de investigación se ha indagado sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los encuestados frente a la alimentación saludable y la actividad física, a través de una encuesta realizada a un total de 32 pacientes que asisten a un Programa de Apoyo Nutricional y Actividad Física en un Hospital Público de la ciudad de Mar del Plata. En relación a los datos sociodemográficos, casi la totalidad de la muestra en estudio fue de sexo femenino, de una edad promedio de 50 años. La mayoría de los pacientes encuestados registran tener un estado nutricional de obesidad. No hubo pacientes con un estado nutricional de normopeso y bajopeso. Según García Arnaiz (2010) se ha puesto el énfasis en la educación nutricional, entendiéndose, fundamentalmente, como proporcionar información orientada a lograr una dieta equilibrada. Numerosos estudios ponen de manifiesto que no existe una correlación entre mayor información nutricional y mejora de los hábitos alimentarios. Las prácticas de consumo ponen de manifiesto, como ha señalado la etnografía, que la salud no es la única motivación para alimentarse ni para hacerlo de un modo determinado<sup>1</sup>. Con respecto al conocimiento acerca de la alimentación saludable, podemos concluir en que gran parte de los pacientes encuestados registran tener conocimientos acerca de la alimentación saludable respondieron correctamente a las encuestas realizadas. Las actitudes están determinadas por tres elementos: las emociones o sentimientos, el componente ideológico y el de tendencia a la acción. Es difícil identificar cuál de los tres componentes influye en mayor o menor grado en las actitudes positivas o negativas, pero hay que resaltar que éstas pueden modificarse mediante la educación alimentaria y nutricional (Lagos Ruiz, Montenegro Castillo, Niño Orbegoso, & Barrera Perdomo, 2005)<sup>2</sup>. Estudios anteriores del Observatorio de la Alimentación (2004) han puesto de manifiesto que, en el caso de España, la población está satisfecha con su alimentación porque considera que es buena y sana al mismo tiempo, y discursivamente reproduce las recomendaciones de los expertos en relación a lo que cabe considerar una alimentación saludable y equilibrada<sup>3</sup>. Al analizar las prácticas alimentarias se puede ver que la mayoría de los pacientes encuestados cumplen con las recomendaciones que establecen la Guías Alimentarias para la Población Argentina para cada uno de los grupos de alimentos. Por último, la realización de actividad

---

<sup>1</sup> Ignorar estas relaciones y especificidades es, casi con seguridad, condenan al fracaso cualquier campaña preventiva. Para evitarlo, las políticas de prevención deberán tener en cuenta los principios fundamentales que condicionan las maneras de vivir y conciliar recomendaciones que son generales con apremios que son individuales y sociales.

<sup>2</sup> Magda Joana Lagos Ruiz, Yulieth Rocío Montenegro Castillo y Gina Paola Niño Orbegoso son nutricionistas dietistas y María del Pilar Barrera Perdomo es además de ser nutricionista dietista tiene un Máster en Nutrición y trabaja como profesora asociada del Departamento de Nutrición de la Universidad Nacional de Colombia

<sup>3</sup> En las estrategias creadas para hacer frente a la obesidad faltan enfoques interdisciplinarios mejor articulados. Las acciones propuestas se han mostrado, hasta la fecha, poco eficaces. Si se pretende mejorar la alimentación, debemos saber más sobre las causas y las consecuencias de los mudables modos de vida y de las maneras de comer que les acompañan.

física se destaca como una actitud positiva, muchos de ellos, demostraron un total disfrute al movimiento, reconociendo a la misma como un pilar importante del tratamiento a seguir. De hecho, mantener informado al paciente acerca de los beneficios que ofrece la práctica regular de actividad física, hace que aumente el interés por practicarla, esto quedó demostrado en el presente estudio, ya que más de la mitad de la muestra en estudio presento bastante interés por ejercitarse diariamente.

Puedo concluir en afirmar que la realización semanal de talleres teóricos sobre alimentación saludable y prácticos de actividad física en los pacientes encuestados, dentro del hospital, los ha ayudado mucho en su tratamiento, en sus decisiones de seguir adelante y no bajar los brazos. Se han sentido apoyados y contenidos por los profesionales. Ellos mismos han sido multiplicadores de la información que se les brindaba, en su propio entorno familiar

La información obtenida en este trabajo pretende ayudar a concentrar esfuerzos por parte de los profesionales del área de la salud pública para instaurar programas de educación alimentaria y actividad física que permitan promover la salud y desarrollar políticas sociales tendientes a aumentar el grado de adherencia al tratamiento de la obesidad cuando el mismo se imparte dentro del sistema hospitalario.

Teniendo en cuenta que el presente trabajo de investigación fue realizado con una muestra de pacientes que concurrían a un hospital público de nuestra ciudad, surgen los siguientes interrogantes:

¿Hubiesen sido los mismos resultados tanto en lo que refiere a la alimentación y a la actividad física, si la investigación se hubiese hecho con una muestra de pacientes pertenecientes a algún ámbito privado de la salud?

En el presente trabajo, todos los pacientes de la muestra, una vez a la semana realizaban actividad física dentro del hospital, y la misma se dictaba como parte del programa al que todos ellos, pertenecían. ¿La adherencia al tratamiento, en cuanto a la actividad física se refiere, guarda alguna relación con el lugar donde se dicta?

Para mejorar las practicas alimentarias de los pacientes, ¿es necesario aumentar la frecuencia de encuentros a dos o más veces por semana en el tratamiento?



- Acuña, C y Chudnovsky, M. Documento 6 de marzo 2002. "El sistema de salud en Argentina".
- Aranceta B. J. Et al grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de la Obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2005
- Braguinsky, J. (2007). *Obesidad: Saberes y conflictos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica A.W.W.E.
- Brito P. "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral". *Rev Panam Salud Públ.* 2000; 8:43-54.
- Cepal 2008. Panorama social de América latina.
- Davini MC, Nervi L, Roschke MA. (2002) "Capacitación del personal de los servicios de salud" Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. OPS; 2002
- Devís, J. (Ed) (2000). *Actividad física, deporte y salud*, INDE, Barcelona.
- Devís, J. (ed.) (2001) *La educación física, el deporte y la salud en el S.XXI*. Alcoy: Marfil
- DUBOS, R. (1956). *Concepto Bimencional, definición de salud*.
- Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: "Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina".
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., Laspiur, S. (2011): "Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal".
- Flores S, García-Lorda P, Munné C, Salas-Salvadó J: La formación en dietética y nutrición vista desde la perspectiva del médico dedicado a la asistencia primaria. *Nutrición Hospitalaria*, 2000, 15 (2):45-50.
- Gaceta de México (2010) "La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social" Mabel Gracia Arnaiz Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universito Rovira i Virgili, Tarragona, España
- Goiburu Martinetti ME, Olveira G, Soriguer F, Rojo G, Olveira P, García J, Muñoz A, Pichler R: "Mortalidad y morbilidad asociados a Malnutrición Hospitalaria": *Endocrinología y Nutrición* 2001, 48 (Supl)
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés." *Globalización de la salud*". En: Foro Latinoamericano de Políticas Sociales. Buenos Aires, 1994.
- Gutiérrez Fisac, J.L. 1998. "La obesidad: una epidemia en curso". *Medicina Clínica* Vol. 111 No. 12 456-458
- LALONDE M: "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. April 1974.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2006: avance de resultados junio 2006-enero 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Recuperado de <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Murray CJL, López AD. Assessing health needs: the Global Burden of Disease Study. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford textbook of public health. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2002; p. 243-54
- Neri, A – Tobar, F (2009). "Gestión Preventiva de Salud Pública".
- Observatorio de la Alimentación. 2004. "La alimentación y sus circunstancias". Barcelona: Alimentaria Exhibiciones; 2006. "Comemos como vivimos".
- OMS: "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa 1986.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 2002. "La nueva carga del mundo en desarrollo: la obesidad"
- Organización Mundial de la salud, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, mayo 2004.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Desafíos de la educación en salud pública. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2000
- Pasqualini, D. y Hiebra M, «Atención del adolescente. Enfoque integral». . Criterios de diagnóstico y tratamiento. Vol. II. Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría, 1996.
- Repetto, F et al, "Descentralización de la Salud Pública en los noventa". "Una reforma a mitad de camino". Fundación Gobierno y Sociedad. Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.
- Revista facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Colombia. Oscar, Feo2004.
- Rigoli F Dussault G. "The interface between sector reform and human resources in Health". 2002. Comunicación personal
- Salinas J, Vio F. "Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria". Rev Panam Salud Pública 2003;14(4):281288
- Somoza, "Lineamientos para el cuidado nutricional". Eudeba 2000
- Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>.



- TO BAR F, "Herramientas *para el análisis del Sector Salud*". Medicina y Sociedad. 2001
- Varo J, Cenarruzabeitia J, Hernández A y Martínez M, "*Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo*". Unidad de Epidemiología y Salud Pública. Universidad de Navarra. Pamplona. Departamento de Fisiología y Nutrición. España



## CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PACIENTE OBESO



UNIVERSIDAD FASTA  
FACULTAD DE CS. MÉDICAS  
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

delfigz@hotmail.com

A nivel mundial nos encontramos frente a una pandemia de obesidad creciente y nuestro país no es ajeno a ello. La obesidad es una enfermedad que desencadena trastornos metabólicos y junto con ello predispone a diabetes, hipertensión, dislipemias y otras enfermedades.

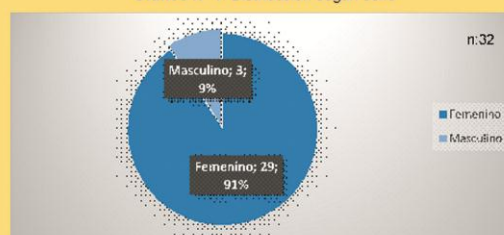
**Objetivo General:** Evaluar los conocimientos, actitudes y practicas sobre actividad física y alimentación saludable, y el estado nutricional de los pacientes con obesidad, que concurren al Programa de apoyo nutricional en zapatillas de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata.

**Metodología:** La investigación es cuantitativa y se desarrolla de forma descriptiva de corte transversal. La muestra, no probabilística por conveniencia está conformada por pacientes con obesidad que concurren a un hospital público de la ciudad de Mar del Plata. La unidad de análisis es cada uno de los pacientes que asisten al Programa a quienes se les realiza una encuesta CAP.

**Resultados:** De la encuesta realizada a un total de 32 pacientes que asisten al Programa, el 91% de la muestra corresponde al sexo femenino. Del 94% de pacientes que registraron obesidad, el 37% presento obesidad mórbida, un 27% obesidad de grado 1, y el restante 36% obesidad de grado 2. El 75% de los pacientes registraron conocer la gráfica de la alimentación saludable. De una muestra de 32 personas, solo 6 personas, respondieron que les resulta fácil comer de manera saludable, en tanto que el 40% respondió que le resulta muy difícil hacerlo. El 75% de las mujeres realiza actividad física. Solo el 12% de los encuestados realiza actividad física cuya duración no alcanza la recomendación que establece la Guía Alimentaria, la de ejercitarse media hora por día.

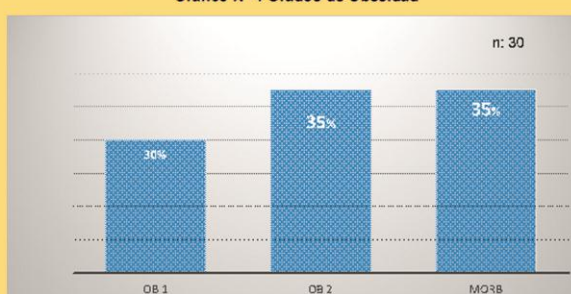
**Conclusiones:** En la muestra se observa en general bastante conocimiento acerca de temas relacionados a la alimentación, actitudes positivas frente a la alimentación saludable y actividad física y practicas adecuadas. Razón por la cual sería conveniente implementar Programas en el ámbito de la Salud Pública que promueva los buenos hábitos de alimentación y actividad física y de esta manera reducir la aparición de enfermedades.

Gráfico N° 1 Distribución según sexo



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4 Grados de Obesidad



Fuente: Elaboración propia

## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR<sup>1</sup>

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

### 1. Autor:

Apellido y Nombre: Mariela González  
 Tipo y Nº de Documento: DNI 25.194.127  
 Teléfono/s: 223 155 388691  
 E-mail: delfigz@hotmail.com  
 Título obtenido: Licenciatura en Kinesiología

### 2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

***Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable  
y actividad física en el paciente obeso***

Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

**3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)**



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

**4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]**

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

---

Firma del Autor Lugar y Fecha

---

<sup>1</sup> Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



UNIVERSIDAD FASTA  
FACULTAD DE CS. MÉDICAS  
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN