



UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LIC. EN NUTRICIÓN

ESTADO NUTRICIONAL, ESTILO DE VIDA Y
FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES



2020

LAREU PILAR



TUTORA: LIC. LISANDRA VIGLIONE

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO: DRA. MG. VIVIAN

MINNAARD

*“En dos palabras puedo resumir
cuanto he aprendido acerca de la vida:
sigue adelante”*

Robert Frost

Dedicatoria

*A mis padres, María Delfa y Guillermo,
quienes incondicionalmente me apoyaron y creyeron en mí.*

Agradecimientos

A mis padres, María Delfa y Guillermo, por brindarme lo mejor todos estos años de facultad y toda mi vida, por confiar en mí, incluso cuando yo no lo hacía. Gracias por enseñarme la importancia del esfuerzo y la perseverancia.

A mi hermano Fede, por su aguante, sobretodo los últimos años de convivencia en Mar del Plata.

A mi abuela Tere, por su cariño de siempre, por estar presente en cada paso y por recordar las fechas de todos mis exámenes.

A mi abuela Delfa, la recuerdo presente en todos los momentos importantes de mi vida. Esta vez, desde otro lugar, pero siempre en mi corazón.

A mis abuelos Oscar y Tinguí, por su apoyo incondicional.

A Marti, Lu, Mica y Guille, por transformar cada situación estresante en una anécdota graciosa. Mi paso por la facultad fue más lindo gracias a ellas. Me llevo grandes amigas.

A mis amigas de Vidal, por estar presentes en cada momento.

A mi familia, que directa o indirectamente contribuyó al logro de mis objetivos.

A la Dra. Mg. Vivian Minnaard por su dedicación y por haberme guiado a culminar este trabajo.

A la Lic. LisandraViglione por su amabilidad y buena predisposición en todo momento.

A todos los docentes de la Universidad FASTA que brindaron su tiempo para participar de la investigación.

A todas aquellas personas que me formaron y acompañaron en este largo pero hermoso camino.

Resumen

Es necesario un enfoque hacia la prevención de y el control de enfermedades crónicas tal como indica Couceiro et al (2007)

Objetivo: Evaluar el estilo de vida, el estado nutricional y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en docentes de una universidad privada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020.

Materiales y métodos: Durante el mes de noviembre del año 2020 se realizó una investigación de tipo descriptiva, transversal y cuantitativa a 30 profesores universitarios pertenecientes a una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata. La selección de los docentes se realizó de manera no probabilística por conveniencia. La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta online individual, auto-administrada y de elaboración propia.

Resultados: De los 35 docentes encuestados el 77% corresponden al sexo femenino y el 33% al sexo masculino. Los individuos de sexo masculino presentaron más frecuentemente un IMC elevado, aunque no en gran medida. Por otro lado, se observó que una cantidad significativa de docentes que refirieron tener enfermedades crónicas, presentaron algún tipo de alteración en su IMC, ya sea por exceso de peso o por bajo peso. El 45.7% de la muestra presenta un estilo de vida bueno, mientras que el 31.4% presento un estilo de vida adecuado. Además, el 5.71% de la muestra obtuvo el puntaje dentro del rango máximo, equivalente a un estilo de vida fantástico. Resulta importante destacar que el 82.8% de los encuestados refiere tener un estilo de vida dentro de los límites aceptables.

Conclusiones: Conforme a los resultados se concluye que el mayor porcentaje de los docentes encuestados presento un estilo de vida dentro de los límites aceptables. Sin embargo, se observó que en la dimensión "actividad física" existe un déficit de la misma, por lo que se evidencia que se trata de una población sedentaria. Los docentes presentaron buenos hábitos alimentarios, eligiendo siempre el agua por encima de las gaseosas y con un buen consumo de frutas y verduras.

Palabras claves: Factor de riesgo, enfermedad crónica no transmisible, estilo de vida, estado nutricional, docentes universitarios.

Abstract

Objective: To evaluate lifestyle, nutritional status and presence of risk factors for chronic non-communicable diseases in professors at a private university in the city of Mar del Plata in 2020.

Materials and methods: During the month of November 2020, a descriptive, cross-sectional and quantitative research was carried out on 30 university professors belonging to a private university in the city of Mar del Plata. The selection of the professors was made in a non-probabilistic way for convenience. The data collection was carried out through an individual, self-administered, self-made online survey.

Results: Of the 35 teachers surveyed, 77% are women and 33% are men. Male individuals had a higher BMI more frequently, but not to a great extent. On the other hand, it was observed that a significant number of teachers who reported having chronic illnesses, presented some kind of alteration in their BMI, either due to overweight or underweight. 45.7% of the sample presented a good lifestyle, while 31.4% presented an adequate lifestyle. In addition, 5.71% of the sample scored within the maximum range, equivalent to a fantastic lifestyle. Importantly, 82.8% of respondents reported having a lifestyle within the acceptable range.

Conclusions: According to the results, the highest percentage of teachers surveyed presented a lifestyle within acceptable limits. However, it was observed that there is a deficit in the "physical activity" dimension, which shows that this is a sedentary population. The teachers showed good eating habits, always choosing water over soft drinks and with a good consumption of fruit and vegetables.

Key words: Risk factor, chronic non-communicable diseases, lifestyle, nutritional status, university teachers.

Índice

Introducción.....	10
Capítulo 1.....	14
Capítulo 2.....	26
Diseño metodológico.....	37
Análisis de datos.....	49
Conclusiones.....	68
Bibliografía.....	72

INTRODUCCIÓN



Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un problema creciente a nivel mundial. Este fenómeno se atribuye a los cambios que han experimentado la mayor parte de los países, entre los que se destaca el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición progresiva de un modelo de vida «occidental» (Fagalde, del Solar, Guerrero & Atalah, 2005)¹

Como sostienen Hernández, Ramos, Encinas, Castillo, Ivich & Erazo (2013)² el panorama epidemiológico ha cambiado y las principales causas de mortalidad, han cedido su lugar a las enfermedades crónico-degenerativas. Ante este nuevo paradigma, se hace necesaria la identificación de aquellos factores de riesgo que puedan favorecer al desarrollo de estas enfermedades.

Los factores de riesgo (FR) se definen como una circunstancia detectable en los individuos, los grupos o el ambiente, que aumenta la probabilidad de padecer un daño a la salud o de producir una evolución más desfavorable de dicho daño. (Moiso, 2007)³

Son múltiples los FR que intervienen en la evolución de estas enfermedades. Los principales, están asociados a estilos de vida y hábitos, tales como sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo y consumo de alcohol. (Fagalde et al, 2005).

El estilo de vida considera los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados (Sanabria-Ferrand, González & Urrego, 2007)⁴

Según Córdoba, Carmona, Terán & Márquez (2013)⁵ en los primeros años, el estilo de vida, es moldeado exclusivamente por los padres. A medida que el niño se va

¹ Las ECNT son responsables de significativas pérdidas económicas relacionadas al costo directo de cuidados médicos así como al costo indirecto derivado de la pérdida de productividad.

² El autor señala el estilo de vida como uno de los factores más importantes en el proceso de salud enfermedad.

³ Los factores de riesgo, pueden ser propios de la condición biológica de cada persona (edad, sexo, grupo étnico), originados en las condiciones de vida (situación socioeconómica, vivienda, ocupación), en los comportamientos individuales o estilos de vida (hábitos alimentarios, religión, adicciones), determinados por el ambiente físico natural o construido por el hombre, y ciertos elementos del sistema sociocultural, entre los cuales se cuenta el propio sistema de atención de salud (accesibilidad, calidad).

⁴ El objetivo del estudio fue establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y establecer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida.

⁵ Los elementos que el autor considera dentro del estilo de vida se encuentran las conductas y preferencias relacionadas con el tipo, horario y cantidad de alimentación; el tipo y cantidad de actividad física; el tiempo de sueño; el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; las actividades de cuidado de la salud; el uso de artefactos de protección específica tiempo y la intensidad de la jornada laboral; el tipo y duración de las actividades recreativas; las relaciones interpersonales; las prácticas sexuales; entre otros

Introducción

desarrollando en el ámbito escolar, recibe una serie de influencias, ya sea por los profesores, por el programa educativo o por los grupos de amigos que pueden reforzar conductas. Esto no disminuye la importancia de generar estilos de vida saludables en la edad adulta, ya que ciertos hábitos como el tabaquismo, sedentarismo e ingesta de alcohol son propios de esta etapa de la vida, donde cada individuo es capaz de evaluar los riesgos y beneficios de determinado comportamiento y practicarlo o no de manera voluntaria.

Por otro lado, el adulto entre los 20 y los 60 años comprende el grupo de edad en que descansa de forma mayoritaria la capacidad de producción y servicios y del cual dependen los grupos integrados por individuos en formación, tanto desde un punto de vista físico como intelectual, reflejando una importancia social indiscutible. (Gómez, 2002)⁶. Además, los docentes universitarios, representan un grupo sometido al stress, derivado del trabajo intelectual y de la gran cantidad de horas de trabajo, asociadas muchas veces al uso de tecnología, que requiere de muy baja o nula actividad física. Esto los lleva a mantener un bajo perfil de actividad, tal cual ocurre en la mayor parte del mundo desarrollado, lo que estaría explicando la aparición de una “epidemia del sedentarismo”, la cual, sumada a la edad y a la falta de un control periódico de la salud, se convierten en factores de riesgo. (Couceiro et al., 2007)⁷

Se debe tener en cuenta que la inactividad física representa mucho más que la ausencia de actividad, ya que generalmente se asocia a costumbres que involucran el incremento de consumo de alimentos con alto contenido energético, ricos en grasas e hidratos de carbono y bajos en fibra. (López, Ochoa & Alarcón, 2012)⁸. En este punto, es relevante aclarar que se ha demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de la mayor parte de las patologías crónicas. (Ratner, Sabal, Hernández, Romero & Atalah, 2008)⁹, de allí, la relevancia del estudio del estado nutricional.

Por todo esto, es necesario un enfoque hacia la prevención y el control de enfermedades crónicas, ya que los hábitos alimentarios nocivos, la alimentación inadecuada y disarmónica, la inactividad física y el tabaquismo son comportamientos de riesgo confirmados y pueden presentarse desde etapas tempranas de la vida. (Couceiro, et al 2007)

⁶ Se realizó un estudio descriptivo y transversal, desde julio del 2008 hasta junio del 2009, de 53 ancianos del consultorio médico No. 12 de tipo 1, perteneciente al Policlínico Universitario “Municipal” del municipio de Santiago de Cuba, a fin de evaluar su estado nutricional.

⁷El objetivo del estudio fue analizar la presencia de factores de riesgo en profesores de enseñanza media.

⁸La correlación entre horas frente a la TV y aumento en el consumo de alimentos de alta densidad energética, ha sido demostrada en todos los grupos etarios.

⁹También se ha comprobado que disminuye en 5 a 10 años la esperanza de vida y; el riesgo relativo de hipertensión y diabetes es tres veces mayor en adultos obesos respecto a los no obesos.

Introducción

Las consecuencias de un estilo de vida no saludable, afectan no solo al individuo y su familia, sino que también derivan en un alto costo para la sociedad. Es por eso, que resulta importante el estudio del papel de los estilos de vida y el estado nutricional en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación. (Ratner et al 2008)

Ante lo expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estilo de vida, el estado nutricional y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en docentes de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata en el año 2020?

Objetivo general:

○ Evaluar el estilo de vida, el estado nutricional y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en docentes de una universidad privada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020

Objetivos específicos:

- Valorar el estado nutricional de la población de docentes.
- Analizar los hábitos alimentarios de los docentes.
- Determinar la frecuencia de realización de ejercicio físico.
- Indagar los estilos de vida de la población.
- Identificar factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.
- Determinar la presencia de hábito tabáquico

CAPÍTULO 1: ESTILO DE VIDA



Capítulo 1: Estilo de vida

Cuando se habla de salud y enfermedad es posible remontarse a diferentes momentos de la historia; pudiendo señalar que estos dos términos se encuentran entrelazados; tradicionalmente se entendía a la enfermedad como la ausencia de salud y viceversa.

El área de la salud, que originalmente se percibía como territorio exclusivo de los médicos; ha sufrido múltiples transformaciones progresivas, para ser entendida finalmente, como un campo multidisciplinario que precisa del trabajo de diferentes profesionales. Es debido a esta transformación, que actualmente, se la define como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad (Rábago, Castro & Erazo, 2010)¹⁰

Según Villar Aguirre (2011)¹¹ el estado de salud o enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que significa que está permanentemente pasando de un nivel a otro de salud o de enfermedad, por lo cual se habla de un proceso de salud-enfermedad.

Gracias a las investigaciones llevadas a cabo por Lalonde (1974)¹², fue posible definir los determinantes de la salud, es decir los conjuntos de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o las poblaciones.

Lalonde (1974)¹³ expuso, luego de un estudio epidemiológico, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante en el área de la salud, tanto individual como colectiva. Estos determinantes son: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y la atención sanitaria.

La definición del estilo de vida como uno de los determinantes principales de la salud, coincide con el momento en el que las enfermedades crónicas empiezan a revelarse como uno de los principales problemas de la sociedad. Es por esto, que se produce un aumento del interés por el número de personas que mueren a causa de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a estilos de vida poco saludables. (Salas Cabrera, 2016)¹⁴

¹⁰Este trabajo tiene como propósito describir el estilo de vida que presenta el personal de una institución educativa de nivel superior de Guaymas, Sonora, México.

¹¹La prevención, dentro de los conocimientos relacionados con la atención de la salud, pertenece al ámbito de la doctrina de la salud pública, que es la disciplina que orienta la atención de la salud de la población.

¹²Lalonde también definió aquellos determinantes que son de responsabilidad multisectorial del estado, es decir, los determinantes económicos, sociales y políticos.

¹³ El informe Lalonde estableció en 1974 un marco conceptual para los factores claves que parecían determinar el estado de salud.

¹⁴Mantener un estilo de vida saludable es fundamental en la vida del ser humano, ya que además de prevenir la aparición de enfermedades, propicia en la persona la salud integral idónea que consiste en poseer una buena calidad de vida.

Capítulo 1: Estilo de vida

Como sostienen Córdoba, Carmona, Terán y Márquez (2013)¹⁵ el estilo de vida es el conjunto de comportamientos que practica habitualmente una persona en forma consciente y voluntaria, de tal manera que se desarrolla durante la vida del sujeto. Cada individuo es capaz de evaluar los riesgos y beneficios de determinado comportamiento y los practica de manera voluntaria.

Por lo tanto, es posible afirmar que el estilo de vida está determinado, adoptado y aprendido a través del proceso de socialización de cada ser humano, siendo los padres de familia y otros familiares, amigos, la escuela, los medios de comunicación, la cultura, el lugar de residencia, las costumbres y creencias, quienes se han encargado de enseñar estas conductas, por lo que el comportamiento está arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependientemente de los recursos disponibles, ya que su naturaleza es primordialmente social. Es posible elaborar un listado de estilos de vida saludable, comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biológicos, psicosociales y espirituales y así mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Dentro de los factores protectores se puede mencionar el tener un sentido de vida, objetivos y plan de acción, mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad, el deseo de aprender, brindar afecto y mantener la integración social y familiar, tener satisfacción con la vida, capacidad de autocuidado, seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes, ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, accesibilidad a información y la realización de actividad física, una alimentación adecuada y saludable, conductas sexuales sanas y satisfactorias, comunicación y participación a nivel familiar y social, accesibilidad a programas de bienestar, culturales, recreativos, de salud y educación, entre otros, así como seguridad económica. (Benavides, Villalobos & Agüero, 2011)¹⁶

Por otro lado, Álvarez (2012)¹⁷ sostiene que los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades

¹⁵El objetivo de la investigación fue evaluar y relacionar el estilo de vida con el estado de nutrición de estudiantes universitarios.

¹⁶ Esta investigación, se desarrolló con el objetivo de establecer un análisis sobre los estilos de vida, el ambiente laboral y los factores protectores y de riesgo, entre seis diferentes grupos de trabajadores y trabajadoras de una empresa transnacional en Costa Rica

¹⁷ En la corriente epidemiológica hegemónica, la tendencia dominante en los últimos años ha sido la de poner énfasis en el espacio de acción y de decisión que tienen los individuos sobre sus estilos de vida, denominado *agencia* en detrimento de los análisis que privilegian el papel de las estructuras sociales en la configuración de las decisiones en salud que toman los individuos y los grupos.

Capítulo 1: Estilo de vida

de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en esta propuesta se incorpora claramente, una relación entre las opciones de vida y las oportunidades de vida.

Este paso de una perspectiva individual a una más social constituye un avance significativo, ya que no se parte de responsabilizar a los individuos por su mala salud y tiene en cuenta la distribución inequitativa de los riesgos para la salud; partiendo de la premisa de que todos los seres humanos tienen el mismo derecho a que sus estilos de vida les permitan alcanzar la salud, no solo física, sino también mental y emocional. (Salas Cabrera, 2016)¹⁸

La edad adulta es una de las etapas del ciclo vital de todos los seres humanos caracterizada por una serie de cambios, en donde el pensamiento que se tenga acerca de este periodo de la vida, depende de cada sociedad y está ligada a los roles que se ejercen dentro de su cultura, las responsabilidades que se adquieren, la libertad en la toma de decisiones y la madurez cognoscitiva-social que asumen las y los individuos con la experiencia. Es por eso que los estilos de vida en poblaciones adultas son sumamente importantes de destacar, especialmente cuando se trata de personas socialmente activas y que juegan un papel importante dentro de la productividad de un establecimiento. Generalmente, en este tipo de poblaciones, se observa un deficiente autocuidado, el cual se caracteriza por un inadecuado manejo nutricional y sedentarismo. Ambos factores repercutirán, a largo plazo, en la calidad de vida favoreciendo la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). (Benavides *et al*, 2011)¹⁹

La salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no solo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general. (Gallardo & Alarcón, 2015)²⁰

El ámbito laboral educativo está atravesado por fuertes transformaciones que trascienden y abarcan al conjunto del mundo del trabajo, particularmente, a todas las actividades que se pueden nominar como asalariadas de servicios. La salud laboral asume un fuerte componente social, ya que el bienestar de cada trabajador está atravesado por las formas en que efectivamente realiza el trabajo y los modos diversos

¹⁸El propósito de este estudio fue evidenciar el impacto que tienen algunos estilos de vida en el vivir diario.

¹⁹ Los estilos de vida de las poblaciones adultas en el ámbito laboral ejercen una influencia directa en el proceso salud enfermedad de las mismas.

²⁰Pese a los beneficios comprobados que tiene, el lugar de trabajo saludable no es una realidad para gran parte de la fuerza de trabajo.

Capítulo 1: Estilo de vida

en que la actividad los afecta. Es decir, la salud puede verse desmejorada, atenuada o impactada por factores que se asocian a las formas de hacer, ser y estar en el trabajo. A simple vista, los docentes universitarios—altamente calificados, mayoritariamente estables, ubicados en un momento vital de seguridad profesional- podrían considerarse privilegiados con respecto al conjunto de la población que vive del trabajo. (Collado, Soria, Canafoglia& Collado, 2016)²¹

Sin embargo, esta afirmación contrasta con la realidad debido a la extensión de las jornadas laborales las cuales no contemplan las horas de trabajo dedicadas a la profesión en el ámbito doméstico, que además de ser tiempo invisibilizado, son horas de trabajo no remuneradas, que muchas veces podrían destinarse al ocio o al descanso. Estas exigencias generan en los trabajadores, desgaste emocional en el desempeño de sus tareas, agotamiento mental, desgano, desconcentración y preocupación. (Jaureguiberry, Chaves, García, Orlando & Ghilini, 2010)²².

Según Rosales-Ricardo *et al.* (2017)²³ los docentes de las universidades presentaron, en la mayoría de los casos, estilos de vida sedentarios producto de su propio trabajo. Asegurando que esta inactividad se debe a los argumentos mencionados anteriormente.

La práctica de actividad física constituye uno de los principales triunfos de un estilo de vida saludable y de una verdadera protección y promoción de la salud. La actividad física regular asegura a las personas de todas las edades, tanto hombres como mujeres, unos beneficios evidentes para su salud física, social y mental, así como para su bienestar general. En la actualidad, la inactividad física es la causante de numerosos trastornos, de la misma manera que se ha considerado al ejercicio físico como un elemento básico en la prevención de ciertas enfermedades. Esta realidad se constata sobre todo en los países desarrollados, en los que el sedentarismo se ha adueñado del tiempo libre y de los momentos de ocio de sus ciudadanos. Está demostrado que la actividad física reduce el riesgo de padecer afecciones cardíacas, diabetes y algunos

²¹Con el objetivo de analizar los aspectos vinculados con la percepción sobre las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de los docentes que pertenecen a la Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo), Mendoza, Argentina, este artículo analiza los resultados del Primer Censo de Condiciones de Salud Laboral, realizado a fines del año 2013, en dos unidades académicas que abarco 193 docentes.

²² Las mujeres docentes, suman a las tareas profesionales las tareas domésticas, sintiéndose muchas veces desbordadas, culpables, e insatisfechas respecto a su desempeño como mujeres, madres y/o esposas.

²³La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. Por tanto, la actividad física no debe confundirse con el ejercicio. Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física, abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal (trabajar, caminar, actividades domésticas, etc.)

Capítulo 1: Estilo de vida

tipos de cáncer, permite controlar el peso y la salud de huesos y músculos. (Turo & Márquez, 2009)²⁴

Además de los beneficios a nivel físico mencionados anteriormente, la actividad física está relacionada con una mayor tolerancia al estrés, adopción de hábitos protectores de la salud, mejora del auto concepto y la autoestima, disminución del riesgo percibido de enfermar, prevención del estrés, efectos tranquilizantes y antidepresivos, mejora en los reflejos y la coordinación, aumento en la sensación de bienestar, prevención del insomnio, regulación de los ciclos de sueño y mejoras en los procesos de socialización. Los beneficios también pueden apreciarse en los procesos cognoscitivos como la memoria, la planificación y la toma de decisiones. (Rosales-Ricardo *et al*, 2017)²⁵

Otro aspecto fundamental en el desarrollo de un estilo de vida saludable es la alimentación. Ésta se puede definir como la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano las sustancias que le son indispensables para mantener la salud y la vida; esto permitirá llevar a cabo una correcta nutrición, que se puede definir como el conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano recibe, transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos que constituyen los materiales necesarios para mantener la vida. (Rosales-Ricardo, *et al*. 2017)²⁶

A su vez, la alimentación está determinada por los hábitos alimentarios. Éstos se pueden describir como patrones rutinarios de consumo alimentario. Son tendencias a elegir y consumir determinados alimentos y a excluir a otros. Son la base de un tipo de comportamiento alimentario en el que se combinan creativamente los rasgos genéticos y culturales, un modo de comportamiento en el que convergen los motivos biológicos, sociales y afectivos en una síntesis unitaria. Engloban un conjunto de reglas de conducta de carácter rutinario que rigen el comportamiento alimentario y cuyo conocimiento permite entender qué se come y por qué se come lo que se come. Una de las características fundamentales de los hábitos alimentarios es su estabilidad, es decir, su resistencia al cambio. La mayoría de los hábitos alimentarios del adulto son costumbres

²⁴Los avances de la tecnología si bien han contribuido a una mejora de los niveles de vida de los sujetos, por otra parte han supuesto una serie de riesgos para la salud, puesto que esta tecnología ha incorporado nuevos conceptos de confort y bienestar, modificando el estilo de vida de los individuos, y no necesariamente mejorando su calidad de vida a largo plazo.

²⁵ La actividad física dependerá de la etapa de la vida en la que está la persona: en sus inicios es el juego, en la juventud es el deporte y en la adultez se combinan estas experiencias en diferentes formas de expresión y de desarrollo físico y mental.

²⁶La alimentación poco saludable y la falta de actividad física parecen ser las principales causas de las enfermedades no transmisibles más importantes como las cardiovasculares, la diabetes tipo II y determinados tipos de cáncer, y contribuyen sustancialmente a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Otras enfermedades relacionadas con la mala alimentación y la falta de actividad física, como la carie dental y la osteoporosis, son causas muy extendidas de morbilidad.

Capítulo 1: Estilo de vida

que se han formado muchos años antes, motivo por el que se vuelven difíciles de cambiar. Aunque, cabe destacar que, el hecho de que sean difíciles de cambiar, no los vuelve inmodificables. (Munarriz & De Luis, 2009)²⁷

Una alimentación saludable es la que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que las personas puedan llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sanas. La evidencia muestra que la alimentación no saludable genera riesgos para la salud, que en la actualidad son la causa de una importante carga de morbilidad. Ciertos hábitos alimentarios influyen directamente en la aparición de sobrepeso, obesidad, aumento de la presión arterial, generando esto un aumento en la incidencia de ECNT. La ingesta de grasa total se relaciona con el índice de masa corporal (IMC) y el perfil lipídico. La alteración del perfil lipídico también es un factor de riesgo para sufrir enfermedades cardio y cerebrovasculares, mientras que los ácidos grasos saturados son considerados factores de riesgo para la aparición de algunos tipos de cáncer. Las grasas trans industriales son causa probada de enfermedad cardiovascular. (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2019)²⁸

Una herramienta sumamente necesaria para alcanzar una alimentación adecuada, a través de hábitos saludables, es la educación alimentaria y nutricional (EAN), la cual se basa en un conjunto de métodos y estrategias que ayudan al individuo y la población en general a llevar una alimentación saludable. En esencia, la EAN pretende que se adopten comportamientos que mejoren la salud a través de una serie de experiencias de aprendizaje, modificando comportamientos y los determinantes que actúan sobre ellos. Hoy en día se están dando altos índices de obesidad entre la población, empezando a ser este un problema de salud pública que es necesario reducir. Así, la EAN está emergiendo como una herramienta imprescindible para paliar esta problemática. En este sentido, múltiples organismos están liderando iniciativas que buscan mejorar los hábitos alimentarios empezando por la población escolar de docentes y estudiantes. Específicamente los docentes, que en la mayoría de los casos tienen estilos de vida sedentarios producto de su propio trabajo. (Rosales-Ricardo, *et al.* 2017)²⁹

²⁷ Está demostrado que aunque se produzcan cambios en las actitudes e intenciones no por ello se cambian. La resistencia es más fuerte en las sociedades opulentas de Occidente, en las que se exalta la autonomía y la libertad individual.

²⁸ Se estima que 1 de cada 5 muertes a nivel global son atribuibles a una alimentación inadecuada. Solo en 2017, en 195 países y sin contar la obesidad, se produjeron 11 millones de muertes causadas por dietas inadecuadas, y entre las principales causas independientes se encontraron el alto consumo de sodio, el bajo consumo de frutas y verduras y el bajo consumo de granos enteros, que ocasionaron mayormente muertes por enfermedad cardiovascular, cáncer y diabetes.

²⁹ El objetivo del estudio fue actualizar los conocimientos existentes sobre la alimentación saludable en la salud de docentes a nivel internacional.

Capítulo 1: Estilo de vida

Además, se debe tener en cuenta que la alimentación no es simplemente un asunto de nutrición en términos de eficiencia o deficiencia, sino que se establece como un complejo y dinámico sistema de ordenamiento sociocultural dentro del cual se ponen en juego valores, creencias, símbolos, normas y representaciones sociales, y los hábitos alimentarios que se instauran en cada sociedad son la expresión de creencias y tradiciones, y evolucionan a lo largo de los años en respuesta a cambios sociales, económicos o demográficos que puedan producirse como la aparición de nuevos alimentos, el contacto con culturas diferentes o el envejecimiento de la población. (Calvo Bruzos, Gómez Candela, López Nomdedeu & López Plaza, 2016)³⁰

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2019)³¹, en las últimas décadas se registró a nivel mundial un cambio en el patrón alimentario, en particular en poblaciones urbanas. Por un lado, se encuentra el progresivo aumento del consumo de alimentos y bebidas con alto nivel de procesamiento, contenido energético alto y bajo valor nutritivo. Y simultáneamente, se observa la disminución del consumo de alimentos sin procesar o mínimamente procesados, como frutas, verduras, legumbres, granos integrales y semillas, entre otros. Estos cambios han tenido una incidencia directa en el crecimiento de la epidemia de sobrepeso y obesidad. La obesidad en adultos es uno de los factores determinantes que explican el crecimiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad por ECNT en el mundo, y se calcula que es causa de 4 millones de muertes al año. En la Argentina, los cambios en las prácticas alimentarias siguen la tendencia mundial y atraviesan a todo el entramado social, afectando especialmente a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad. En particular, el consumo de frutas disminuyó un 41% y el de hortalizas un 21% en los últimos 20 años. Mientras que el consumo de gaseosas y jugos en polvo se duplicó en el mismo periodo. En cuanto al consumo de azúcar, nuestro país se encuentra en el cuarto lugar de mayor consumo de azúcares del mundo, con alrededor de 150 gr, para una recomendación máxima de 50 gr.

Resulta imposible hablar de hábitos no saludables sin mencionar el tabaquismo y el alcoholismo como dos factores de riesgo vinculados al estilo de vida y a las condiciones de vida de las personas. El alcohol constituye una droga que tiene acción depresora del Sistema Nervioso Central, que provoca dependencia y síndrome de

³⁰En la mayoría de los países de la Unión Europea y de Norteamérica, paradigmas de países desarrollados, el tipo de alimentación difiere sensiblemente de lo que los expertos consideran una dieta óptima, con graves consecuencias sobre la salud y elevados costes económicos, dando lugar a las llamadas enfermedades de la civilización, asociadas con la dieta y el tipo de consumo, aunque algunas de estas enfermedades son consecuencia lógica del aumento de la esperanza de vida.

³¹Si bien las elecciones son individuales, las características de los entornos donde se desarrollan las personas juegan un papel fundamental en el consumo de alimentos.

Capítulo 1: Estilo de vida

abstinencia (Mas Sarabia, Alberti Vázquez & Espeso Nápoles, 2005)³². El consumo de bebidas alcohólicas es parte integrante del estilo de vida de muchas personas, llegando en ocasiones a ser mayor a lo “normal y deseable”. Generalmente, existe un desconocimiento sobre el alcohol y sus efectos adversos sobre la salud, pero también a una negación actitudinal hacia la alcohol-dependencia. (Sandoval Ferrer, Lanigan Gutiérrez & Gutiérrez Chapman, 2000)³³.

El devenir histórico ha convertido al alcoholismo en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social, presente en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental. El consumo de alcohol está definido como “*la utilización que se hace de la sustancia en un determinado momento y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados*” (Hernández & González, 2007). Está claro que el consumo de alcohol se refiere al que realiza el alcohólico, el bebedor habitual o el que lo hace por primera vez. (Hernández & González, 2007)³⁴

El tabaquismo, por su parte, es uno de los principales problemas de salud pública y la principal causa de muerte evitable. Acarrea una importante carga de morbimortalidad de distintas causas y genera un importante gasto sanitario. Es factor de riesgo de dos de las principales causas de mortalidad prematura, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, además de ser el principal factor de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Sociedad Española de Periodoncia, 2018)³⁵. En adición a esto, el tabaco provoca lesiones orgánicas al fumador activo y pasivo que se asocia con algunas enfermedades comunes y muy frecuentes en la comunidad, como son, las enfermedades respiratorias crónicas: enfisema pulmonar, bronquitis crónica, problemas circulatorios, cáncer, entre otros. El hábito de fumar ha sido durante mucho tiempo asociado con una variedad de enfermedades bucales, incluidas las periodontales. Existe evidencia de que fumar produce efectos dañinos en la boca, el humo de los cigarrillos repercute negativamente provocando un mayor número de caries, pudiendo alterar el equilibrio microbiológico bucal. (Mas Sarabia, *et al.* 2005)³⁶

³² Este factor es muy agresivo, ya que no solo actúa directamente sobre las personas que lo padecen sino que tiende a desestabilizar a las familias.

³³ El objetivo del estudio fue evaluar conocimientos y actitudes sobre el alcohol y el alcoholismo en pacientes de cuatro consultorios médicos del área de salud “Ángel A. Aballí” de La Habana Vieja.

³⁴ El alcoholismo es actualmente, la toxicomanía de mayor relevancia en el mundo por su prevalencia y repercusión biopsicosocial.

³⁵ El humo del tabaco contiene más de 4.700 sustancias tóxicas capaces de deteriorar el funcionamiento de casi todos los órganos y sistemas.

³⁶ Eliminar el hábito de fumar es una tarea mucho más complicada que la lucha única contra la adicción a la nicotina.

Capítulo 1: Estilo de vida

Otra consecuencia negativa del tabaquismo, es el hecho de que es adictivo. La nicotina se hace necesaria dentro del metabolismo del fumador, cuyos niveles de ansiedad se ven elevados y es por esto que, las situaciones estresantes, difíciles o de grandes emociones son las que más tientan a los fumadores a hacerlo. El cigarrillo es un factor externo que se introduce al organismo y aumenta el estrés por el mismo daño que produce y el conocimiento del fumador de lo que está causando, negado al principio de la adicción pero reconocido cuando se hace evidente y manifiesto el daño. Para el fumador, el tabaco proporciona numerosos placeres: tranquilidad en los momentos de estrés, una actividad para combatir el aburrimiento, y un estímulo al desánimo. (Mas Sarabia, *et al.* 2005)

El término estrés se emplea generalmente refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. Las distintas aproximaciones al concepto de estrés, han definido a este como transacción cognitiva persona-ambiente. El estrés, sus causas, su afrontamiento y consecuencias, están determinados por la propia personalidad y circunstancias ambientales, la estructura cognitiva individual y la capacidad de resistencia. Es indudable que la profesión docente en sí misma, exige entrega, implicación, ciertos niveles de idealismo y servicio a los demás y si todo esto se asienta sobre una personalidad con un alto grado de auto exigencia y con una gran tendencia a implicarse en el trabajo, es posible finalmente obtener un desequilibrio entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario. (Marente, 2006)³⁷

Además, se debe señalar que el interés por la productividad y eficiencia al momento de desempeñar las actividades docentes, no siempre está acompañado de condiciones laborales dignas y adecuadas, recursos suficientes para llevarlo a cabo y un diseño de tareas y puestos que tengan en cuenta las características de las personas, sus necesidades, habilidades e intereses. La falta de atención a estos aspectos puede generar consecuencias sobre los trabajadores sobre el establecimiento.³⁸ Todo sujeto hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por eso no todo el estrés tiene consecuencias negativas; en todo caso, estas se producen cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto. Este resultado se denomina distrés, a diferencia del estrés positivo

³⁷Las personas que se dedican a trabajar dentro de lo que se ha denominado “profesiones asistenciales”, es decir, de servicio público, como los profesionales de la enseñanza, pueden encontrarse fuertemente afectados por el estrés y verse sometidos a un gran desgaste profesional.

³⁸Ausentismo, conflictividad, disminución de la calidad del trabajo y la productividad, entre otros.

Capítulo 1: Estilo de vida

o estrés, que puede ser un buen dinamizador de la actividad laboral. (Ponce, Bulnes, Aliaga, Atalaya & Huertas, 2011)³⁹

Es evidente que muchas personas han padecido estrés en algún momento de su vida. Fuertes responsabilidades en el hogar y en el trabajo, la incapacidad de separar la vida privada de la profesional, falta de recursos para diferentes competencias, los procesos de recuperación posteriores a un hecho traumático, junto al poco tiempo dedicado a lo lúdico, placentero o relajante, pueden llegar a conducir a un estrés cuyas consecuencias pueden ser potencialmente peligrosas. (Marente, 2006)⁴⁰

Algunas profesiones por sus características y el contexto en que se ejercen, tienen más riesgo de ser estresantes. La enseñanza es una de ellas. Se han identificado las fuentes de estrés, siendo las más relevantes en los docentes: las actitudes negativas de los alumnos, las malas condiciones de trabajo, presiones temporales y sobrecarga de trabajo, conflictos entre profesores y cambios rápidos en las demandas académicas y de organización. A todo esto, se pueden agregar trastornos depresivos, ansiedad, irritabilidad, descenso en la autoestima, sentimientos de indefensión, obesidad, consumo de tabaco e insomnio. (Ponce *et al.* 2011)⁴¹

Aguilera, Vega, Fernández, Navarro & Negrete (2017)⁴² sostienen que a su vez, las pocas horas de sueño también son factores que repercuten en el estilo de vida, está determinado que existe una relación entre la duración del sueño y el aumento del peso corporal. La cantidad y calidad del sueño puede ser un factor determinante del estado metabólico y debe ser considerado como factor desencadenante de sobrepeso y obesidad. Es importante tener en cuenta que en las últimas décadas la duración del sueño se ha reducido y paralelamente a esto, ha habido un aumento en la prevalencia de obesidad. El estilo de vida moderno ha sido promotor de mantenerse despierto durante la primera mitad de la noche, para llegar al descanso cerca de, o pasada la medianoche. La modernidad fomenta las actividades nocturnas. La luz eléctrica, la televisión, los celulares y la computadora ofrecen la oportunidad de entretenimiento durante la noche y estas actividades normalmente resultan muy atractivas y han desplazado al placer del sueño. Además, los trastornos del sueño y dormir poco, están

³⁹El objetivo del estudio fue conocer la posible presencia del síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial en grupos de docentes de una Universidad Nacional, pertenecientes a diversas áreas de especialidad.

⁴⁰El término estrés (stress), proviene de la física y de la arquitectura, ambas disciplinas se han ocupado de la tensión que se produce en los elementos sólidos como respuesta a los empujes ejercidos desde el exterior que, pueden llegar a deformarlos o romperlos.

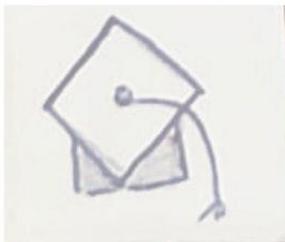
⁴¹El concepto de estrés guarda relación con un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores externos o internos), y los recursos disponibles del sujeto.

⁴²El objetivo del estudio fue identificar la procrastinación de las horas de sueño y su relación con el aumento de peso en estudiantes universitarios.

Capítulo 1: Estilo de vida

fuertemente asociados con déficits en el funcionamiento de las personas a través de una amplia gama de indicadores psicológicos, interpersonales y de bienestar.

CAPÍTULO 2: ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES



Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la primera causa de muerte a nivel mundial y generan una importante carga social, económica y de discapacidad. Constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado. Muchas de ellas se pueden prevenir, disminuir su prevalencia o alargar su llegada, si se organizan de manera planificada y multifactorial un conjunto de acciones para reducirlas. Su vigilancia se hace difícil por tres aspectos: el prolongado periodo de latencia entre el evento precipitante o la exposición a la enfermedad, la etiología multifactorial, y que la vigilancia debe establecerse en varias etapas de la enfermedad. (Torres, Castillo, Moreno, Díaz & Ferreiro, 2013)⁴³

Estas enfermedades fueron, por largo tiempo, consideradas propias de las sociedades ricas, hoy son más frecuentes en los países en desarrollo y se están convirtiendo en un grave problema. Su carga mundial sigue aumentando, hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. El rápido aumento de la incidencia de estas enfermedades afecta de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y desfavorecidas, y agrava las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos. Teniendo en cuenta que las ECNTson, en gran medida, prevenibles, el número de muertes prematuras se puede reducir considerablemente. (Padua & Piñera, 2012)⁴⁴

Está claro que las ECNT constituyen un problema de salud en las sociedades contemporáneas. El aumento sostenido de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial desde el pasado siglo, especialmente en países con altos indicadores de salud y desarrollo, su carácter complejo y multifactorial, su impacto sobre poblaciones vulnerables y el hecho de que producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que la padecen, las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, lo político, lo social y lo personal. (LedonLlanes, 2011)⁴⁵

La relevancia de este tipo de enfermedades no solo se justifica con su actual contribución a la mortalidad y morbilidad globales, sino también porque se espera que esa contribución crezca marcadamente en el tiempo como consecuencia del envejecimiento de la población, la caída de la incidencia de enfermedades transmisibles y condiciones perinatales y nutricionales, y la influencia negativa de cambios de comportamiento hacia estilos de vida típicamente urbano-industriales. (Marchionni, Caporale, Conconi& Porto, 2011)⁴⁶

⁴³El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo y afecciones crónicas no transmisibles en el municipio Pinar del Río en el año 2010.

⁴⁴Se ha proyectado que para el 2020, las ECNT explicaran el 75% de todas las muertes en el mundo.

⁴⁵La autora del estudio es Licenciada en Psicología. Máster en género, sexualidad y salud reproductiva e investigadora del instituto nacional de Endocrinología de la Habana, Cuba

⁴⁶Las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas varían entre las distintas regiones del mundo según el grado de profundización del proceso de transición epidemiológica, caracterizado por una caída en la mortalidad acompañada por un cambio en la importancia relativa de sus causas desde enfermedades transmisibles a no transmisibles.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

En Argentina, las ECNT son responsables del 73.4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial. En 2015, la principal causa de muerte fueron las enfermedades del corazón (39.3%) seguidas por los tumores (25.6%). (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2019)⁴⁷

Martínez & Díaz (2010)⁴⁸ definen las ECNT como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelve espontáneamente y rara vez alcanza una cura completa, esto genera una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Su etiología es múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo y con algunas excepciones, su origen no es contagioso.

Según Barragán, Moiso, Mestorino & Ojea (2007)⁴⁹ las ECNT se caracterizan típicamente por la ausencia de un microorganismo causal, por sus factores de riesgo múltiples, por su latencia prolongada y su larga duración con periodos de remisión y recurrencia. También se destaca la importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social, así como sus consecuencias a largo plazo.⁵⁰ Dentro de ECNT más importantes se encuentran las patologías cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

En la actualidad, el abordaje terapéutico de la enfermedad, y más en particular, de las patologías crónicas, suele centrarse en los factores de riesgo y en los marcadores biológicos. Sin embargo, estos factores y marcadores tienen numerosas causas que son anteriores a la enfermedad. (Ripoll, 2012)⁵¹

Para definir un factor de riesgo (FR) es necesario tener en cuenta que en cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro este tipo de enfermedades, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo

⁴⁷Por año, fallecen 41 millones de personas a causa de este tipo de enfermedades, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo.

⁴⁸El propósito del estudio fue establecer un balance de la situación de ECNT consolidando la información disponible y estableciendo algunos análisis de interés.

⁴⁹Aunque las ECNT están entre los problemas de salud más comunes y costosos, también están entre los más evitables.

⁵⁰Minusvalías tanto físicas como mentales.

⁵¹La medicina del estilo de vida se ocupa de las intervenciones sobre el estilo de vida que afectan a la salud y a la calidad de vida, y tiene en cuenta todas las causas anteriores a la enfermedad y al riesgo de enfermar, desde todos los niveles de causalidad.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

lugar que muy a menudo esa “vulnerabilidad” tiene sus razones. (Pita-Fernández, Vila-Alonso & Carpente-Montero, 1997)⁵²

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicos, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí, desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de “riesgo” que implica la presencia de una característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. Teniendo en cuenta esto, entonces es posible afirmar que un FR es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos FR⁵³ pueden sumarse unos a otros y aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno aislado de interacción. (Pita-Fernández *et al.*, 1997)⁵⁴

La mayor parte de las ECNT pueden atribuirse a la presencia de un número reducido de FR, algunos de los cuales son evitables. Entre los más vinculados figuran el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, una dieta inadecuada, insuficiente actividad física, altos niveles de presión arterial, colesterol y glucemia elevados, sobrepeso y obesidad (Marchonnet *al.* 2011)⁵⁵

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se refieren a todo tipo de trastornos relacionados con el corazón o los vasos sanguíneos. Entre las enfermedades incluidas dentro de este grupo figuran: infarto agudo de miocardio (IAM), angina inestable (AI), accidente cerebrovascular (ACV), aneurisma, aterosclerosis, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de la arteria coronaria y enfermedad cardiovascular periférica. (Marchonnet *al.* 2011)⁵⁶

Los ataques al corazón suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya al corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro, suelen tener su origen en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas altas en grasas, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la

⁵²La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.

⁵³Biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos, entre otros.

⁵⁴Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria.

⁵⁵El objetivo principal de este trabajo fue analizar las características determinantes de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo para identificar a nivel teórico cuáles son las estrategias de prevención primaria y secundaria costo-efectivas.

⁵⁶Este trabajo fue realizado en el Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

hiperlipidemia. La enfermedad de las arterias coronarias, también conocida como cardiopatía isquémica, es el tipo más común de enfermedad del corazón. El infarto agudo de miocardio y la angina de pecho son las manifestaciones clínicas de este tipo de enfermedad causada principalmente por el endurecimiento de las arterias. (Sanchez-Arias, Bobadilla-Serrano, Dimas-Altamirano, Gomez-Ortega & Gonzalez-Gonzalez, 2016)⁵⁷

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2019)⁵⁸ la hipertensión arterial es el FR de mayor peso en el desarrollo de ECV. Se estimó que en la población argentina, un tercio de los hipertensos desconoce su condición; y de aquellos diagnosticados, poco más de la mitad recibe tratamiento y a su vez solo la mitad de estos se encuentra con su presión arterial controlada.

Uno de los factores más importantes para explicar el impacto en la carga de enfermedades y de mortalidad por las enfermedades cardiovasculares, son los cambios demográficos. Hoy en día, hay más personas en el planeta, con un incremento relativo en la esperanza de vida al nacer, lo que permitirá que un número mayor de ellas envejezca lo suficiente como para desarrollar enfermedades cardiovasculares. Sin dudas, se habla de una de las patologías de mayor importancia en la actualidad, no solo por su impacto en la morbimortalidad general, sino por los recursos que deben ser invertidos cada día en su prevención, manejo y rehabilitación. (Sanchez-Arias *et al.* 2016)⁵⁹

Como se mencionó anteriormente, otra de las enfermedades crónicas más prevalentes en la sociedad actual es el cáncer. Éste es el nombre que se le da a un conjunto de enfermedades relacionadas. El cáncer puede empezar en cualquier lugar del cuerpo humano, normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren y células nuevas las reemplazan. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas de tejido que se denominan tumores. Sin embargo, en los cánceres de la sangre, como leucemias por ejemplo, la formación de tumores generalmente, no existe. (Instituto Nacional del Cáncer, 2020) ⁶⁰

⁵⁷En el mundo, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral, y al menos una de cada tres personas pierde la vida por alguna patología relacionada con enfermedades cardiovasculares.

⁵⁸Su objetivo es proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre los factores de riesgo y prevalencias de las principales enfermedades no transmisibles en la población de 18 años de la República Argentina.

⁵⁹El objetivo de este estudio fue identificar la morbilidad por enfermedad cardiovascular en un hospital de tercer nivel.

⁶⁰ Una diferencia importante entre las células cancerosas y las células normales es que las células cancerosas son menos especializadas que las normales. Esto quiere decir que, mientras las células normales maduran en tipos celulares muy distintos con funciones específicas, las células cancerosas

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

En Argentina los tumores malignos son la segunda causa de muerte, representando el 19.5% de la mortalidad del año 2017. El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres argentinas y la enfermedad oncológica que más defunciones genera, con más de 21.000 nuevos casos y más de 5.800 decesos por año. Al igual que en la mayor parte del mundo, en nuestro país la incidencia se encuentra en ascenso y la mortalidad en descenso; la misma ha disminuido a nivel país de manera sostenida a un ritmo de 2,1% anual durante el periodo 2007-2016. El cáncer de cuello uterino (CCU) es, en Argentina, el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres y la cuarta causa de muerte por tumores malignos. Cada año se diagnostican aproximadamente 4.500 nuevos casos y 2.000 mujeres mueren a causa de esta enfermedad. El cáncer colorrectal (CCR) representa la segunda causa de muerte por tumores malignos tanto en hombres, que se ubica luego del cáncer de pulmón, como en las mujeres, después del cáncer de mama. (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2019)⁶¹

Según Ríos (2012)⁶² dentro de los posibles factores de riesgo causantes del CCR es posible encontrar: dietas ricas en ácidos grasos saturados, dietas hipercalóricas y obesidad. La actividad física actúa como factor protector frente a este tipo de cáncer. En cuanto al alcohol, es un factor causal de la enfermedad en hombres y probable en mujeres. Además de los alimentos y bebidas que configuran la dieta habitual, el estado nutricional, es decir, la grasa corporal y especialmente la abdominal, elevan de forma considerable el riesgo de padecerlo. Con respecto al cáncer de mama; las dietas hipercalóricas han sido asociadas a un mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer. La restricción calórica en humanos puede conferir protección frente al cáncer de mama.

Otra de las enfermedades en la larga lista de ECNT prevalentes es la diabetes mellitus. Herrera, Soca, Será, Soler & Guerra (2012)⁶³ la definen como una enfermedad endocrino-metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre o hiperglucemia que se produce como consecuencia de una deficiente secreción o acción de la insulina. Existen distintos tipos de diabetes, entre ellos se destacan la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), la diabetes tipo 2 (DM2) y la diabetes gestacional (DG). La primera se desarrolla en niños y adolescentes, tiende a ser dependiente de la insulina y propensa a complicaciones como la cetoacidosis; la segunda es más frecuente en personas obesas que presentan resistencia a

no lo hacen. Esta es la razón por la que, al contrario de las células normales, las células cancerosas siguen dividiéndose sin detenerse.

⁶¹ En el mundo, el cáncer representa la segunda causa de muerte. En el año 2015 provocó 8,8 millones de muertes y cerca del 70% de las muertes se registran en países de ingresos medios y bajos.

⁶² El objetivo del estudio fue relacionar los malos hábitos alimentarios y de estilo de vida con el riesgo de desarrollar determinadas patologías.

⁶³ La cetoacidosis es una complicación grave aguda de la diabetes caracterizada por altos niveles de glucosa en sangre y en la orina, que provoca deshidratación, disminución del pH sanguíneo, vómitos, dolor abdominal, aumento de la frecuencia respiratoria y si no se corrige puede llegar a producir la muerte

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

la insulina, puede tratarse con hipoglucemiantes orales y no es propensa a la cetoacidosis; comprende del 90-95% de todos los casos de diabetes. Es más frecuente en personas de edad media que sobrepasan los 40 años. Por otro lado, se considera DG a cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio durante el embarazo.

La diabetes es una de las enfermedades no transmisibles más comunes en el mundo. Es la 4ta causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados. Se estima que aproximadamente 194 millones de personas alrededor del mundo (5.1% de la población adulta) padece diabetes. Es un problema global de salud, que ha evolucionado junto con los rápidos cambios culturales y sociales, el envejecimiento de la población, los cambios en la dieta y el aumento del sedentarismo asociado a los cambios en los estilos de vida. Además el riesgo de padecer DM2 se encuentra altamente asociado al creciente aumento de la obesidad. (International Diabetes Federation, 2015)⁶⁴

La asociación entre obesidad, hiperinsulinemia y DM2 está establecida. El aumento de la secreción de insulina es un hecho perfectamente caracterizado en la obesidad. Ocurre en situación basal y en respuesta a múltiples estímulos. La combinación de euglucemia o hiperglucemia asociada con hiperinsulinemia define el estado de insulinoresistencia que caracteriza al paciente obeso. Este estado se debe a anomalías de la interacción insulina-receptor y a anomalías a nivel pos-receptor. La pérdida de peso conlleva, en primer lugar, una mejoría de la alteración a nivel pos-receptor, para posteriormente disminuir el hiperinsulinismo y aumentar el número de receptores insulínicos presentes en las membranas celulares de los tejidos diana. La DM2 es 5 veces más frecuente en la obesidad de grado 1 y 10 veces más frecuente en la obesidad de grado 2 y en la obesidad mórbida, en comparación con la población no obesa. La acumulación excesiva de grasa puede provocar o preceder al desarrollo de una DM2 o bien puede agravarla, haciendo necesario un tratamiento insulínico o incrementando las necesidades de insulina si el individuo ya estaba previamente insulinizado. (García, Sanz & Sanz, 2013)⁶⁵

Por otro lado, también existe una asociación entre enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2. Es por eso que, una vez concretado el diagnóstico de la misma⁶⁶ se hace necesaria la incorporación de una nueva herramienta diagnóstica, la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Una disminución de la HbA1c del 0.9%, reduce los episodios cardiovasculares en

⁶⁴ La inactividad física está directamente relacionada con el riesgo de padecer diabetes como resultado del efecto sobre la sensibilidad a la insulina. Se estima que el 11-24% de las personas dependiendo de la región en donde viven, son actualmente, físicamente inactivos.

⁶⁵ En pacientes con sobrepeso y obesos que son resistentes a la insulina, se ha demostrado que una pérdida de peso moderada disminuye la resistencia a la insulina. Por ende, se recomienda la pérdida de peso a todos los individuos que tienen diabetes o se encuentran en riesgo de desarrollarla.

⁶⁶ Niveles de glucemia basal mayores a 126 mg/dl en ayunas.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

torno al 10-15%. Así como la disminución de ésta última a cifras cercanas al 7% reduce las complicaciones microangiopáticas y macrovasculares. (Arrieta *et al.*, 2015)⁶⁷

Valdez, Camps & Arjona (2014)⁶⁸ sostienen que el riesgo cardiovascular asociado a la cifra de glucosa plasmática se eleva de forma continua, y empieza antes de sobrepasar el umbral necesario para el diagnóstico de diabetes mellitus (DM). En los pacientes pre diabéticos, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular asociado es muy elevada. Es por esto que, los sujetos con hiperglucemia en rango no diabético presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Generalmente, la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular, en las personas con DM2 de diagnóstico reciente es elevada. Cabe señalar que los factores de mayor prevalencia son aquellos que componen el llamado síndrome metabólico. La resistencia a la insulina, que es la característica fundamental de este síndrome, suele preceder al desarrollo de DM y otras situaciones claramente patológicas como la hipertensión arterial y la dislipidemia.

Es posible que la lesión vascular aterogénica comience desde antes del diagnóstico de la diabetes. Valdez, Camps & Arjona (2014)⁶⁹ plantean que este daño está relacionado con las alteraciones fisiopatológicas que ocurren en la evolución natural de esta enfermedad, fundamentalmente la hiperinsulinemia e insulinoresistencia. Ésta última es uno de los factores patogénicos más importantes en el desarrollo de DM y aterosclerosis, cuya historia natural discurre paralela desde la elevación de insulina en sangre y la estría grasa hasta la hiperglucemia clínica y los eventos aterotrombóticos agudos. Hay que señalar también que la DM2 tiene un prolongado periodo preclínico y en la mayoría de los casos el síndrome es descubierto en un examen habitual que revela hiperglucemia, la cual existe desde un tiempo de evolución más o menos largo.

Por otro lado, los pacientes con diabetes mellitus duplican la mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio, aunque existe una tasa similar de reperfusión de la arteria responsable. Más de dos tercios de ellos fallecen por cardiopatía isquémica, con una proporción superior en las mujeres. Por lo tanto, los episodios coronarios (infarto agudo de miocardio) y cerebrovasculares agudos se producen repentinamente y conducen, a menudo, a la muerte antes de poder brindarle la atención requerida. La modificación de los factores de riesgo puede reducir los sucesos cardiovasculares y la muerte prematura, tanto en las

⁶⁷En pacientes con enfermedad cardiovascular, especialmente los de edad avanzada, enfermedad microvascular avanzada o complicaciones macrovasculares, con diabetes de larga duración, el objetivo de la HbA1c podría ser menos exigente.

⁶⁸El objetivo del estudio fue identificar los factores de riesgo y la frecuencia de enfermedad cardiovascular en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente.

⁶⁹Se ha descrito una asociación independiente entre hipertrigliceridemia y desarrollo de cardiopatía isquémica, en especial cuando los triglicéridos se miden en situación posprandial. Además, los pacientes con hipertrigliceridemia suelen tener, también, partículas LDL de pequeño tamaño, de gran potencial aterogénico.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

personas con enfermedad cardiovascular establecida como en aquellas con alto riesgo de padecerla, debido a uno o más de estos factores. (Candelaria Brito, Cruz Gonzalez, Rosa Rieumont, Acosta Cruz & Alfonso Gonzales, 2013)⁷⁰

Finalmente, se encuentran dentro de las principales ECNT a las enfermedades respiratorias crónicas, cuya principal exponente es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ésta última se puede definir como una condición patológica crónica respiratoria caracterizada por una persistente limitación del flujo espiratorio que es parcialmente reversible. Es considerada una enfermedad prevenible y tratable, y el factor de riesgo más importante es el tabaquismo, en un 85-90% de los casos. El resto de los casos se atribuyen a la contaminación ambiental, ocupacional e interdomiciliaria. (Arancibia, 2017) ⁷¹

Los autores Vinaccia&Quiceno (2011)⁷² sostienen que el término EPOC es utilizado para describir dos enfermedades pulmonares relacionadas: la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. La bronquitis crónica se caracteriza por la inflamación prolongada del interior de los bronquios y el enfisema es el ensanchamiento y destrucción irreversible de los alvéolos pulmonares (sacos aéreos). Es posible que algunas personas con EPOC manifiesten ambas enfermedades. Dentro de los síntomas, se pueden identificar la tos crónica, el aumento de la expectoración⁷³, la disnea de esfuerzo, entre otros. Durante el curso de la EPOC pueden aparecer otros signos y síntomas inespecíficos, como las sibilancias o la opresión torácica, la intensidad puede variar entre diferentes días, e incluso el mismo día. Estos síntomas pueden aparecer en cualquier estadio de la EPOC y acarrear como consecuencia limitaciones en la actividad física.

Según Vogelmeier *et al.* (2017), para el tratamiento de este tipo de enfermedades es fundamental el abandono del hábito de fumar. Esto sumado a un tratamiento farmacológico adecuado, permitirá aliviar los síntomas propios de la EPOC, disminuir la frecuencia y la intensidad de las exacerbaciones y mejorar el estado de salud y la tolerancia al ejercicio físico. Aunque siempre, se deberá tener en cuenta que en la mayoría de los pacientes, la EPOC se

⁷⁰En los primeros informes del estudio de Framingham se descubrió que la presencia de diabetes mellitus en la población aparentemente sana, por lo menos duplica el riesgo de padecer eventos cardiovasculares durante más de 20 años.

⁷¹El cese del consumo de tabaco tiene muchos beneficios en los pacientes con EPOC, es considerada la medida más efectiva para controlar la progresión de la enfermedad, mejorar la respuesta a los medicamentos broncodilatadores, corticoides inhalados, reducir la incidencia de exacerbaciones agudas e infecciones bronquiales.

⁷²El objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 40 pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la ciudad de Medellín, Colombia.

⁷³Mucosidad que se expulsa de las vías respiratorias por medio de la tos.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

encuentra asociada a enfermedades crónicas concomitantes importantes, que contribuyen al aumento de la morbi-mortalidad.⁷⁴

En los adultos, este tipo de enfermedades además de suponer una alteración estructural y funcional; conlleva un proceso psicológico que acarrea sufrimiento o dolor y un proceso social que puede llevar hasta la invalidez, ya que resulta alterada la forma y estilo de vida de aquellos que la padecen. (Estrada & Guillén, 2006)⁷⁵

Dentro del grupo de las enfermedades respiratorias crónicas, aunque con menor prevalencia que la anterior, se encuentra el asma. La cual se define, según la guía GINA (2019) como una enfermedad heterogénea caracterizada por inflamación crónica de las vías aéreas que se manifiesta por historia de síntomas respiratorios como sibilancias⁷⁶, disnea, sensación de obstrucción torácica y tos, variables en el tiempo y en intensidad, además de limitación obstructiva variable o reversible de flujos espiratorios. Los principales factores de riesgo asociados con la presentación de asma es la presencia de alérgenos en el interior de la vivienda (ácaros), alérgenos exteriores (pólenes y mohos), y el humo del tabaco e irritantes químicos. Otros factores desencadenantes pueden incluir el aire frío, la excitación emocional extrema como la ira o el miedo y el ejercicio físico.⁷⁷

A su vez, García, Fernandez, Martinez & Franco (2012)⁷⁸, demostraron la asociación entre obesidad y asma solo en mujeres adultas. Se ha encontrado, además, que la obesidad en mujeres asmáticas se asocia con obstrucción pulmonar, pero no con inflamación de las vías aéreas. También se ha descrito que la asociación entre obesidad y adipocinas es más fuerte en mujeres que en hombres con asma, debido probablemente a las diferencias por sexo en la distribución de la grasa ectópica. La masa magra total estuvo más fuertemente asociada con asma que la masa de grasa total en mujeres, lo que sugiere que la grasa ectópica dentro de los tejidos magros es responsable de la asociación obesidad-asma en mujeres. En contraposición, las enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, cáncer pulmonar y accidentes cerebrovasculares no fueron más frecuentes entre los pacientes con asma que en la población general.

⁷⁴El tabaquismo es la exposición de mayor riesgo para la EPOC, pero también pueden contribuir exposiciones ambientales como los combustibles de biomasa y la contaminación atmosférica. Además de estas existen factores dependientes del huésped (anomalías genéticas, desarrollo pulmonar anómalo y envejecimiento acelerado) que pueden predisponer a padecer EPOC.

⁷⁵El objetivo del estudio fue determinar si existen diferencias en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con EPOC y asma.

⁷⁶Sonidos agudos (silbidos) que se producen durante la respiración cuando las vías respiratorias están parcialmente bloqueadas. El sonido es más evidente cuando se expulsa (exhala) el aire.

⁷⁷ Algunas drogas como betabloqueadores, aspirinas o antiinflamatorios no esteroideos, también pueden desencadenar o inducir el asma.

⁷⁸El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de asma y la asociación entre características sociodemográficas, espirométricas, síntomas respiratorios, calidad de vida y sueño en adultos mayores de 40 años.

Capítulo II: Enfermedades crónicas no transmisibles.

El volumen de horas de trabajo, el ritmo al que se trabaja, los plazos, las exigencias y las presiones temporales impuestas en la ejecución de las tareas, los horarios que regulan la actividad laboral, los diversos aspectos temporales relacionados con la atención, la distracción y otros factores que influyen sobre el rendimiento y la gestión del tiempo conforman, en conjunto, un poderoso contexto que no solamente modula la productividad laboral sino que, además, incide en la salud de los trabajadores. La necesidad de estudiar factores psicosociales, tales como el estilo de vida de los trabajadores, viene unida a la investigación de los procesos de estrés laboral, así como el reciente interés que distintas instituciones y empresas han manifestado por la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada institución, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva, tiene repercusiones tanto sobre la institución como sobre la propia enseñanza y por consiguiente en la formación de nuevos profesionales. (Cladelas& Castelló, 2011)⁷⁹

⁷⁹ El objetivo del estudio fue analizar de qué modo la gestión de tiempo de trabajo en función de la distribución horaria de la docencia de los profesores universitarios influye en los factores psicosociales relacionados con la percepción de salud y los síntomas de estrés. Se consideró especialmente la incidencia de franjas horarias extremas.

DISEÑO METODOLÓGICO



Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, ya que posee como finalidad la medición de variables en una población definida. Determinando los estilos de vida, el estado nutricional y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

El estudio es de corte transversal debido a que se realizará durante el año 2020, en un grupo de profesores universitarios.

El tipo de investigación que se llevará a cabo es de tipo cuantitativo.

El universo-población seleccionado para el estudio está constituido por profesores universitarios pertenecientes a una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata. La muestra está compuesta por 35 profesores seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia.

La unidad de análisis está determinada por cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2020.

Las variables estudiadas en los profesores son:

Sexo:

Definición conceptual: condición biológica predeterminada que ubica a las personas en sexo femenino o masculino. (RAE, 2017)

Definición operacional: condición biológica predeterminada que ubica a las personas en sexo femenino o masculino de cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada en la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtendrán mediante encuesta, a través de una pregunta dicotómica que considera Femenino (F) o Masculino (M).

Edad:

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contando desde su nacimiento (Oxford dictionaries, 2017)

Definición operacional: tiempo que ha vivido cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada en la ciudad de Mar del Plata, contando desde su nacimiento. Los datos se obtendrán mediante una encuesta auto administrada, a través de una pregunta abierta.

Estilo de vida:

Definición conceptual: forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (WHO, 1998)

Definición operacional: forma de vida de cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata, que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características

Diseño metodológico

personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Se registra a través de un cuestionario llamado FANTASTICO (López, Sueldo, Gutiérrez & Angulo Bazán, 2016)⁸⁰Se tienen en cuenta las siguientes dimensiones: familia y amigos; asociatividad y actividad física; nutrición; tabaco y otras drogas; agua y bebidas; sueño y estrés; trabajo y tipo de personalidad; introspección; control de salud y conducta sexual; otras conductas (como peatón o pasajero de transporte público sigo las reglas, uso cinturón de seguridad, tengo claro el sentido de mi vida)

Estado nutricional:

Definición conceptual: situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Definición operacional: situación en la que se encuentra cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada en la ciudad de Mar del Plata en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Los datos se obtendrán mediante la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir de los siguientes indicadores:

- Peso: estatura de una persona medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. Se determinará mediante autoreporte, expresado en kilogramos.
- Talla: estatura de una persona medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. Se determinará mediante autoreporte, expresado en centímetros.

De la relación entre peso y talla surge el IMC:

- IMC: se calcula dividiendo el peso, expresado en kilogramos, por el cuadrado de la talla, en centímetros, para su valorización se utilizará la siguiente categorización:

Estado nutricional	Valor de IMC
Bajo peso	<18.5
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25-26.9
Sobrepeso grado II	27-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad mórbida	>40

(Fuente: Organización Mundial de la Salud)

Hábito alimentario:

Definición conceptual: consumo de alimentos usual, llevado a cabo por una población específica. Está influenciado por patrones culturales y socioeconómicos.

⁸⁰El instrumento Fantástico es un cuestionario estandarizado de 30 ítems cerrados. Cada uno de los ítems puede ser contestado con los puntajes 0 (casi nunca), 1 (a veces), 2 (siempre). Al puntaje final se le multiplica por 2, obteniéndose un rango final de puntajes de 0 a 120. Este rango de valores es clasificado en las siguientes categorías que resumen el estilo de vida evaluado. 0-46: estas en zona de peligro; 47-72: algo bajo, podrías mejorar; 85-102: buen trabajo, estas en el camino correcto; 103-120: felicitaciones tenés un estilo de vida fantástico.

Diseño metodológico

Definición operacional: consumo de alimentos habitual de cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata. Está influenciado por patrones culturales y socioeconómicos. Los datos se obtendrán a partir de una frecuencia de consumo auto administrada.

Tipo de actividad física:

Definición conceptual: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. (OMS, 2020)

Definición operacional: cualquier movimiento corporal de cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada de Mar del Plata, producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Los datos se obtendrán mediante una encuesta autoadministrada, a través de una pregunta de tipo abierta.

Frecuencia de actividad física:

Definición conceptual: cantidad de veces que un individuo realiza cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Definición operacional: cantidad de veces que cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata realizan cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Los datos se obtendrán mediante una encuesta, a través de una pregunta de opción múltiple que considera: nunca, 1 vez por semana, 2 veces por semana, 3 veces por semana, 4 veces por semana o más.

Hábito tabáquico:

Definición conceptual: acción de consumir tabaco regularmente.

Definición operacional: acción de consumir tabaco regularmente en cada uno de los profesores universitarios de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtendrán mediante una pregunta dicotómica que considera Si- No. En el caso de ser SI se indagará la cantidad de cigarrillos consumidos por día, mediante una pregunta de tipo abierta.

Antecedentes de afección crónica:

Definición conceptual: circunstancia o hecho que ha sucedido con anterioridad y condiciona la salud del individuo en la actualidad.

Definición operacional: circunstancia o hecho que ha sucedido con anterioridad y condiciona la salud de cada uno de los profesores de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata. Se tendrá en cuenta la presencia de enfermedades crónicas ya diagnosticadas. Se registrará por autorreporte.

A continuación se expone el consentimiento informado para la encuesta a realizar en los docentes.

Diseño metodológico

Por medio de la presente y con el objetivo de poder llevar a cabo la Tesis de Licenciatura en Nutrición, lo invito a participar del presente trabajo con carácter científico en forma voluntaria, de corta duración, en el cual se procederá a la realización de una encuesta online que deberá responder para su posterior evaluación. Dicho trabajo busca establecer el estado nutricional, estilo de vida y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en profesores de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2020. Los datos obtenidos se tomarán de forma anónima y con absoluta garantía de confidencialidad. Usted podrá abandonar la encuesta en cualquier momento que lo desee. Agradezco su colaboración.
Pilar Lareu.

¿Acepta usted contestar el cuestionario?

- SI
- NO

La siguiente encuesta se enviará de forma online a cada uno de los docentes de la universidad.

1. Sexo:
 - Femenino
 - Masculino
2. Edad:
3. Peso aproximado:
4. Talla aproximada:
5. ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica diagnosticada? Indique cual:
 - Diabetes
 - EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
 - Asma
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Otras
 - No padezco ninguna enfermedad crónica.
6. Estilo de vida

Diseño metodológico

	Estilo de vida	Casi Nunca	A veces	Siempre
Familia, amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.			
	Doy y recibo cariño.			
	Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento.			
Actividad Física, asociatividad.	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales.			
	Realizo actividad física por 30 minutos.			
	Camino al menos 30 minutos diariamente.			
Nutrición y alimentación.	Como dos porciones de frutas y tres de verduras.			
	A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasas.			
	Estoy pasado en mi peso ideal.			
Tabaco, dependencia.	Fumo cigarrillos			
	Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me auto medico.			
Agua y bebidas	Bebo ocho vasos de agua cada día			
	Bebo té, café o gaseosas.			
Sueño, estrés.	Duermo bien y me siento descansado.			
	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida.			
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre.			
Trabajo y personalidad	Parece que ando acelerado			
	Me siento enojado o agresivo			
	Me siento contento con mi trabajo y actividades.			
Introspección	Soy un pensador positivo			
	Me siento tenso o abrumado			
	Me siento deprimido o triste			
Control de salud, sexualidad	Me realizo controles de salud de forma periódica.			
	Converso con mi pareja o familia aspectos de mi sexualidad.			
	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja.			
Otros	Como peatón o pasajero de transporte público sigo las reglas.			
	Uso cinturón de seguridad.			
	Tengo claro el objetivo de mi vida.			

7. ¿Usted fuma?

- Si
- No

Diseño metodológico

8. ¿Hace cuantos años que fuma?

- Menos de un año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años.

9. Si usted fuma indique la cantidad de cigarrillos fumados por día:

10. ¿Usted bebe alcohol?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

11. Si usted bebe alcohol indique la cantidad de tragos ingeridos semanalmente:

12. Indique con qué frecuencia consume leche

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
Solo para cortar infusiones (30 cc)				
1 pocillo tipo café (100 cc)				
1 taza tipo café c/leche (200 cc)				

13. Indique con qué frecuencia consume yogur

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 pote sin frutas ni cereales (200 cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200 cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200 cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200 cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200 cc)
1 pote con frutas o cereales (170 cc)	1 pote con frutas o cereales (170 cc)	1 pote con frutas o cereales (170 cc)	1 pote con frutas o cereales (170 cc)	1 pote con frutas o cereales (170 cc)

14. Indique con qué frecuencia consume quesos untables

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)
1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)
1 cucharada sopera al ras (15gr)				

Diseño metodológico

15. Indique con qué frecuencia consume quesos tipo por salut, cuartirolo, entre otros.

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
Una porción tipo celular chico (60 gr)				

16. Indique con qué frecuencia consume huevo.

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 unidad (50 gr)	1 unidad (50 gr)	1 unidad (50 gr)	1 unidad (50 gr)	1 unidad (50 gr)
2 unidades (100 gr)	2 unidades (100 gr)	2 unidades (100 gr)	2 unidades (100 gr)	2 unidades (100 gr)
3 unidades (150 gr)	3 unidades (150 gr)	3 unidades (150 gr)	3 unidades (150 gr)	3 unidades (150 gr)

17. Indique con qué frecuencia consume carne de vaca.

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)
1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)
2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)

18. Indique con qué frecuencia consume pollo

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
Pata sin piel (80 gr)				
½ pechuga sin piel (100 gr)				
¼ de pollo sin piel (250 gr)				

19. Indique con qué frecuencia consume pescado

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
½ filet (70 gr)	½ filet (70 gr)	½ filet (70 gr)	½ filet (70 gr)	½ filet (70 gr)
1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)
2 filettes (240 gr)	2 filettes (240 gr)	2 filettes (240 gr)	2 filettes (240 gr)	2 filettes (240 gr)

20. Indique con qué frecuencia consume verduras de hoja, tomate, cebolla, cebolla de verdeo, zapallito, brócoli, berenjena, calabaza, remolacha, chauchas, zanahoria, zapallo, entre otras.

Diseño metodológico

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)
1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)
1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)

21. Indique con qué frecuencia consume las siguientes verduras: papa, batata, choclo.

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)
1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)
1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)

22. Indique con qué frecuencia consume arroz en cualquiera de sus variaciones

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 cuch sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch sopera colmada en cocido (10 gr)	1 cuch sopera colmada en cocido (10 gr)
1 cuch sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch sopera colmada en crudo (20 gr)	1 cuch sopera colmada en crudo (20 gr)
1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)	1 pocillo de café en crudo (70 gr)

23. Indique con qué frecuencia consume pastas.

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
½ plato en cocido (120 gr)				
1 plato en cocido (240 gr)				
2 platos en cocido (480 gr)				

24. Indique con qué frecuencia consume pan

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)
2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)

Diseño metodológico

3 mignones (90 gr)				
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

25. Indique con qué frecuencia consume galletitas dulces

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)
10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)
15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)

26. Indique con qué frecuencia consume azúcar

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
2 cucharadas tipo té (10 gr)				
4 cucharadas tipo té (20 gr)				
6 cucharadas tipo té (30 gr)				

27. Indique con qué frecuencia consume aceite

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
2 cucharadas soperas (20 cc)				
4 cucharadas soperas (40 cc)				
6 cucharadas soperas (60 cc)				

28. Indique con qué frecuencia consume golosinas

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
1 alfajor doble (50 gr)				
1 alfajor triple (70 gr)				
3 cuadraditos de chocolate (25 gr)				
1 turrón (20 gr)				

29. Indique con qué frecuencia consume agua

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
2 vasos medianos (200 cc)				

Diseño metodológico

4 vasos medianos (400 cc)				
6 vasos medianos (1200 cc)				

30. Indique con qué frecuencia consume gaseosas.

TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)
4 vasos medianos (400 cc)	4 vasos medianos (400 cc)	4 vasos medianos (400 cc)	4 vasos medianos (400 cc)	4 vasos medianos (400 cc)
6 vasos medianos (1200 cc)	6 vasos medianos (1200 cc)	6 vasos medianos (1200 cc)	6 vasos medianos (1200 cc)	6 vasos medianos (1200 cc)

ANÁLISIS DE DATOS

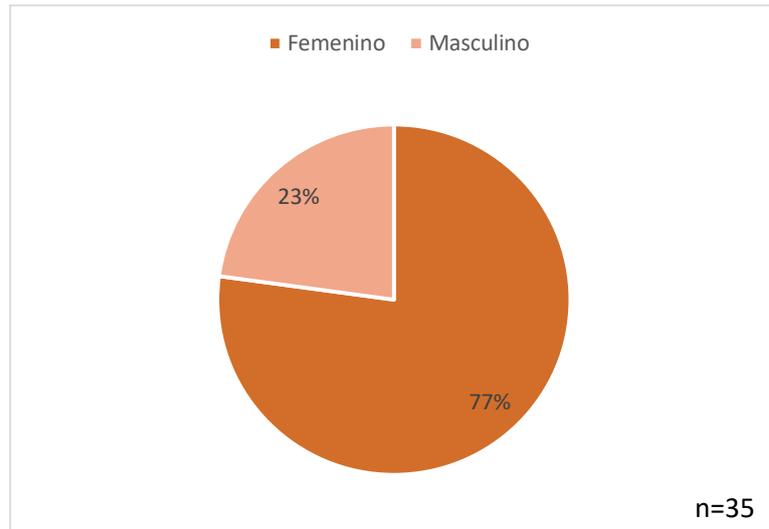


Análisis de datos

Para poder llevar a cabo la presente investigación se realiza un trabajo de campo con 35 docentes de una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata, en forma online, durante los meses de octubre y noviembre del año 2020, con el objetivo de indagar sobre el estado nutricional, el estilo de vida y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Se envía por mail una encuesta a cada docente con 30 preguntas para la recolección de datos.

En el gráfico siguiente se analiza la distribución de la muestra según sexo

Gráfico N°1: Sexo

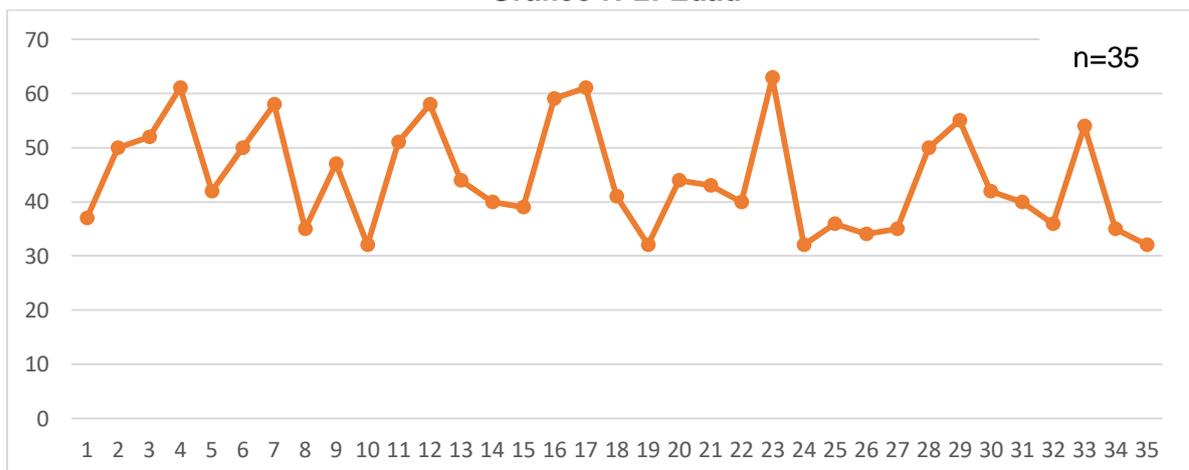


Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados

De la muestra seleccionada, el 77% corresponde al sexo femenino y el 23% corresponde al sexo masculino.

Con respecto a la distribución etaria de la muestra se presenta el siguiente gráfico

Gráfico N°2: Edad



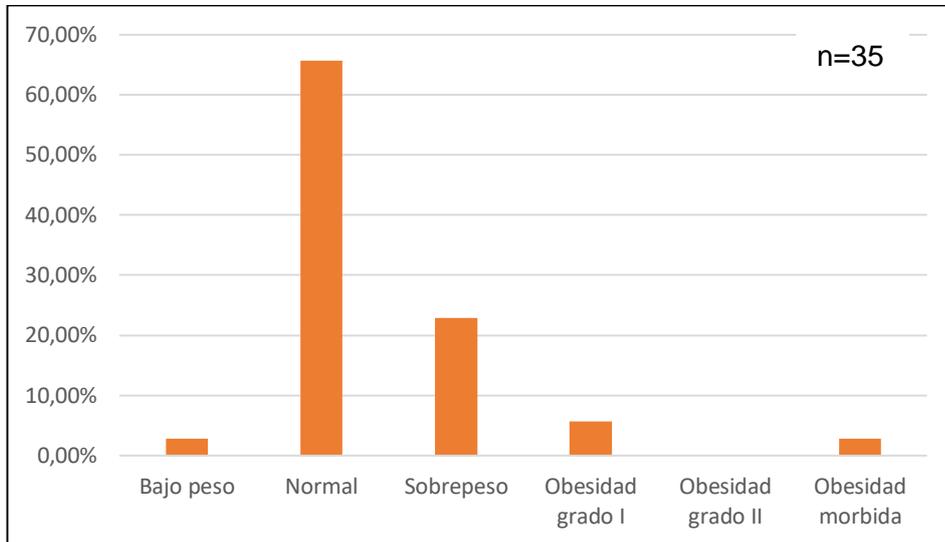
Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados

Se observa que la edad mínima representada es de 32 años y la edad máxima de 64 años. La edad promedio es de 44,5 años.

Análisis de datos

Para evaluar el estado nutricional de la muestra se pidió a los participantes que estimaran su peso y talla, para posteriormente, realizar el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados se muestran a continuación.

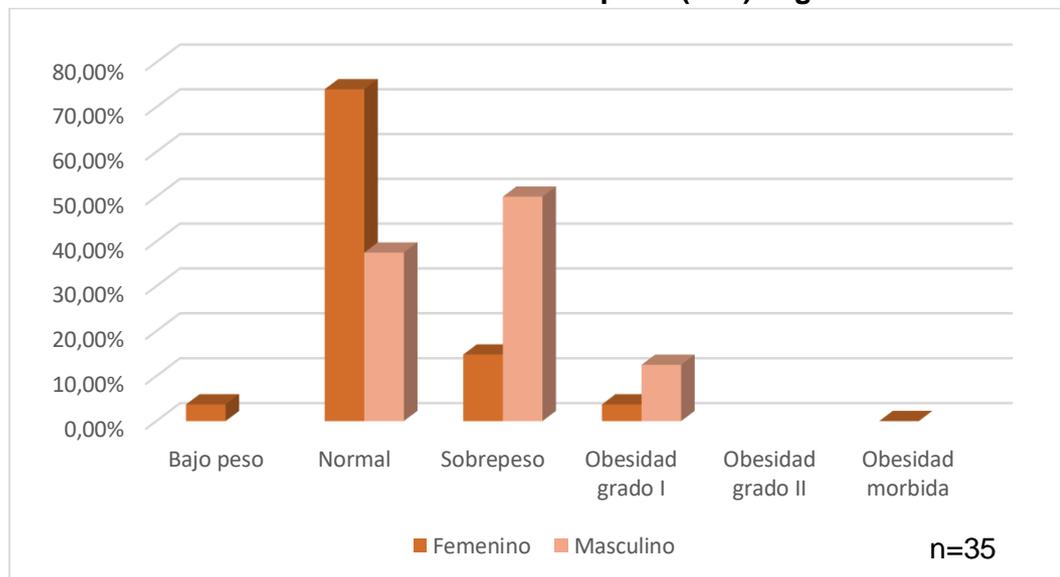
Gráfico N°3: Estado nutricional.



Fuente: elaboración propia, en base a los datos recolectados.

En el gráfico N°3 es posible observar que el 2.85% de la muestra presentó bajo peso, el 65.7% presentó peso normal, el 22.85% presentó obesidad grado I y el 2.85% presentó obesidad mórbida. No se observó ningún caso de obesidad grado II.

Gráfico N°4: Índice de masa corporal (IMC) según sexo



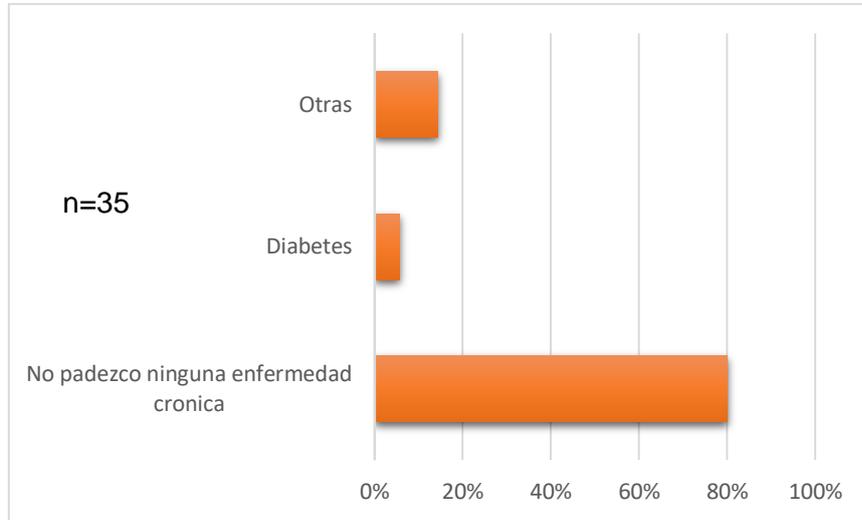
Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

En el gráfico N°4 se distingue la diferente distribución del IMC con respecto al sexo. Es posible identificar que un mayor porcentaje de docentes de sexo masculino presentaron un IMC que indica sobrepeso. Dentro de las docentes de sexo femenino se encontró, un mayor porcentaje de peso normal.

Análisis de datos

Posteriormente se indagó acerca de la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas.

Gráfico N°5: Presencia de enfermedades crónicas.



Fuente: elaboración propia, en base a los datos recolectados.

En el gráfico N°5 es posible observar que el 5.71% de la muestra padece diabetes, el 80% referenció no padecer ninguna enfermedad crónica al momento de la realización de la encuesta y por último, el 14.28% refirió padecer otras enfermedades crónicas no mencionadas en la encuesta. Es importante destacar que dentro de la muestra no hubo ningún individuo que presente Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, o enfermedades cardiovasculares.

En la tabla N°1 se relacionó la presencia de enfermedades crónicas con el Índice de Masa Corporal (IMC) y se encontró que una cantidad significativa de docentes que refirieron tener enfermedades crónicas, presentaron algún tipo de alteración en su IMC, ya sea por exceso de peso o por bajo peso.

Tabla N°1: Índice de Masa Corporal (IMC) y ECNT

Sexo	Edad	IMC	Diagnóstico	Enfermedad crónica diagnosticada
Femenino	58	23.14	Normopeso	Diabetes
Femenino	58	24.4	Normopeso	Otras
Masculino	40	26.2	Sobrepeso	Diabetes
Femenino	61	24.1	Sobrepeso	Otras
Masculino	43	29.7	Sobrepeso	Otras
Femenino	36	19.1	Bajo peso	Otras
Femenino	55	40.2	Obesidad mórbida	Otras

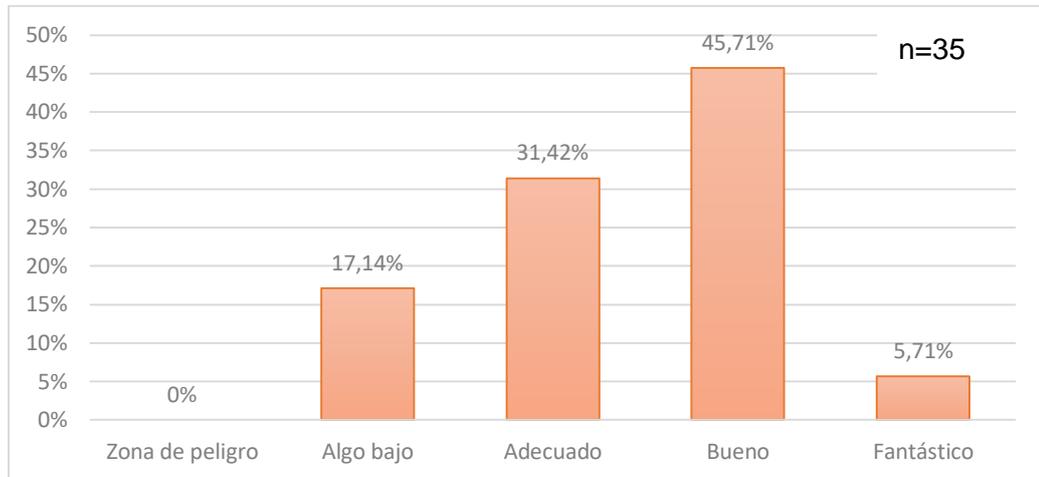
Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados

En la tabla N°1 se relacionó la presencia de enfermedades crónicas con el Índice de Masa Corporal (IMC) y se encontró que una cantidad significativa de docentes que refirieron tener enfermedades crónicas, presentaron algún tipo de alteración en su IMC, ya sea por exceso de peso o por bajo peso.

Análisis de datos

Seguidamente se identificaron los estilos de vida en los docentes y los resultados se presentan a continuación:

Gráfico N°6: Estilo de vida

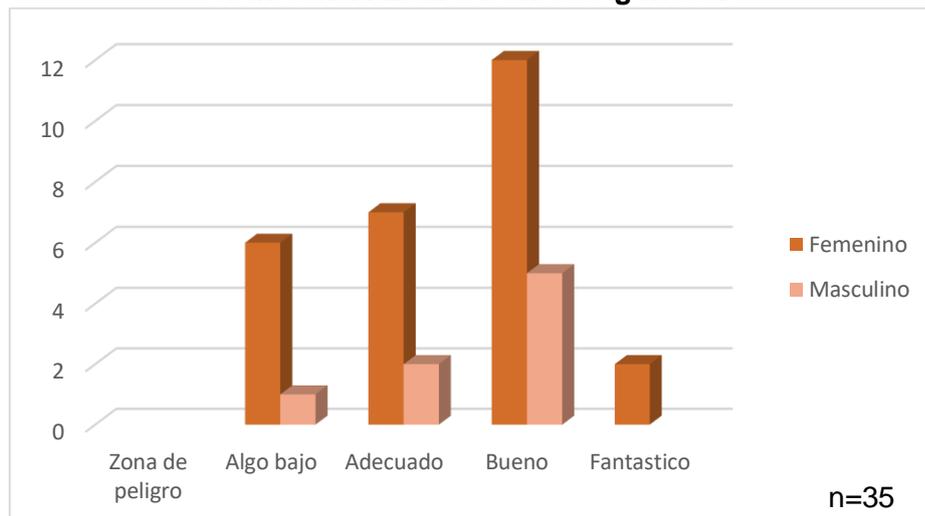


Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

En el gráfico N°6 se evidencia que el 45.7% de la muestra presenta un estilo de vida bueno, mientras que el 31.4% presento un estilo de vida adecuado. Además, el 5.71% de la muestra obtuvo el puntaje dentro del rango máximo, equivalente a un estilo de vida fantástico. Resulta importante destacar que el 82.8% de los encuestados refiere tener un estilo de vida dentro de los límites aceptables.

Por otro lado, el 17.14% dijo tener un estilo de vida bajo, según los resultados del cuestionario (López, Sueldo, Gutiérrez & Angulo Bazán, 2016). Ninguno de los cuestionarios realizados a los encuestados resulto en un estilo de vida peligroso.

Gráfico N°7: Estilo de vida según sexo



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

Con respecto a la distribución del estilo de vida según sexo se observó que un mayor porcentaje de mujeres presento un estilo de vida algo bajo, mientras que un mayor porcentaje de hombres presento un estilo de vida entre adecuado y bueno.

Análisis de datos

A su vez, el test de estilo de vida, está dividido en distintas dimensiones, las cuales serán analizadas en las tablas presentadas a continuación.

Tabla N°2			% de la muestra	
Dimensión familia y amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi	Casi nunca	0%	
		A veces	31.4%	
		Siempre	68.5%	
	Doy y recibo cariño	Casi nunca	0%	
		A veces	11.4%	
		Siempre	88.5%	
	Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento.	Casi nunca	68.5%	
A veces		28.5%		
Siempre		2.5%		

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

En la Tabla N°2 se presenta la dimensión “familia y amigos”, donde casi la totalidad de la muestra presento hábitos saludables en las relaciones de amistad y familiares; ya que el 68.5% dijo tener con quien hablar siempre de las cosas importantes y el 31.4%, a veces. Así también, el 88.5% expreso dar y recibir cariño siempre y el 0% dijo no expresarlo nunca.

Tabla N°3			% de la muestra	
Dimensión actividad física y asociatividad	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales	Casi nunca	40%	
		A veces	25.7%	
		Siempre	34.2%	
	Realizo actividad física por 30 minutos	Casi nunca	22.8%	
		A veces	40%	
		Siempre	37.1%	
	Camino al menos 30 minutos diariamente	Casi nunca	31.4%	
A veces		37.1%		
Siempre		31.4%		

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

Con respecto a la dimensión de Actividad física (Tabla N°3) se observa que el 37.1% de la muestra respondió que realiza actividad física por 30 minutos siempre; y al mismo tiempo, el 31.4% refirió caminar al menos 30 minutos diariamente. Es importante destacar también, que el 22.8% dijo no realizar actividad física casi nunca y el 31.4%

Análisis de datos

refirió no caminar casi nunca. Esto indica que un gran porcentaje de la muestra presento un estilo de vida sedentario en esta dimensión.

Tabla N°4			% de la muestra
Dimensión de nutrición y alimentación	Como dos porciones de frutas y tres de verduras diariamente	Casi nunca	8.5%
		A veces	51.4%
		Siempre	40%
	Consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o grasas	Casi nunca	62.8%
		A veces	31.4%
		Siempre	5.7%
	Estoy pasado en mi peso ideal	No	54.2%
		A veces	28.5%
		Si	17.1%

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

En la dimensión de nutrición y alimentación (tabla N°4) se encontró que solo el 40% de la muestra consume diariamente dos porciones de frutas y tres de verduras, mientras que el 51.4% refirió hacerlo a veces, el 8.5% dijo no consumirlas casi nunca. Por otro lado, solo el 5.7% expuso consumir siempre azúcar, sal, comida chatarra o grasas, el 31.4% consume este tipo de alimentos a veces y el 62.8% no lo hace casi nunca. Por último, se les pregunto a los docentes si consideraban que estaban pasados en su peso ideal y el 17.1% refirió estarlo, mientras que el 54.2% respondió que se encontraba en su peso ideal.

Tabla N°5			% de la muestra
Dimensión de tabaco y otras drogas.	Fumo cigarrillo	Casi nunca	91.4%
		A veces	2.8%
		Siempre	5.7%
	Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me auto medico.	Casi nunca	91.4%
		A veces	5.7%
		Siempre	2.8%

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación

En la tabla N°5 es posible observar que el 91.4% de la muestra no consume cigarrillo, mientras que solo el 5.7% refirió hacerlo siempre. Otro aspecto a destacar es que el 91.4% no consume medicamentos sin prescripción médica.

Tabla N°6			% de la muestra
	Bebo ocho vasos de agua cada día	Casi nunca	20%

Análisis de datos

Dimensión de agua y bebidas		A veces	54.2%
		Siempre	25.7%
	Bebo té, café, gaseosas	Casi nunca	22.8%
		A veces	51.4%
		Siempre	25.7%

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

En la dimensión de agua y bebidas (tabla N°6), el 25.7% de la muestra encuestada consume 8 vasos de agua diariamente, el 54.2% lo hace a veces, y el 20% casi nunca. En cuanto al consumo de infusiones y gaseosas el 25.7% lo consume siempre, el 51.4% a veces y el 22.8% casi nunca.

Tabla N°7			% de la muestra
Dimensión de sueño y estrés	Duermo bien y me siento descansado	Casi nunca	8.5%
		A veces	62.8%
		Siempre	28.5%
	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida	Casi nunca	5.7%
		A veces	65.7%
		Siempre	28.5%
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre	Casi nunca	5.7%
A veces		54.2%	
Siempre		40%	

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

Con respecto a los hábitos de sueño (tabla N°7) el 62.8% de los encuestados refiere dormir bien y sentirse descansado solo a veces; mientras que el 28.5% afirma hacerlo siempre. Por último, el 8.5% de la muestra no duerme ni descansa correctamente casi nunca.

Cuando se indaga acerca del manejo del estrés y la tensión, el 28.5% de los encuestados afirma sentirse capaz de manejar el estrés y la tensión presentes en su vida, el 65.7% solo lo hace a veces y el 5.7% no logra manejarlo casi nunca.

Otro dato a destacar en la tabla expuesta anteriormente es que el 40% de la muestra respondió que logra relajarse y disfrutar del tiempo libre.

Tabla N°8			% de la muestra
	Parece que ando acelerado	Casi nunca	5.7%
		A veces	62.8%
		Siempre	31.4%

Análisis de datos

Dimensión de trabajo y personalidad	Me siento enojado o agresivo	Casi nunca	40%
		A veces	57.1%
		Siempre	2.8%
	Me siento contento con mi trabajo y actividades	Casi nunca	0%
		A veces	28.5%
Siempre		71.4%	

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

En la dimensión de trabajo y personalidad (tabla N°8) cuando se indagó acerca de sentimientos de enojo o agresividad el 40% refirió no sentirlo casi nunca, el 57.1% lo siente a veces y solo el 2.8% afirmó sentirse enojado o agresivo siempre.

En lo que respecta al trabajo y las actividades diarias el 71.4% de la muestra afirmó sentirse contento siempre con su trabajo, el 28.5% dijo hacerlo solo a veces y ningún encuestado afirmó sentirse disconforme.

Tabla N°9			% de la muestra
Dimensión de introspección	Soy un pensador positivo	Casi nunca	0%
		A veces	37%
		Siempre	62.8%
	Me siento tenso o abrumado	Casi nunca	34.2%
		A veces	65.7%
		Siempre	0%
	Me siento deprimido o triste	Casi nunca	62.8%
A veces		31.4%	
Siempre		5.7%	

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

En la tabla N°9 se describe la dimensión de introspección. El 62.8% de la muestra se auto determinó como pensador positivo, mientras que el 37% se denominó como tal, solo a veces. Ninguno de los encuestados refirió no ser un pensador positivo. Por otro lado, el 65.7% de la muestra afirmó sentirse tenso o abrumado a veces. Por último, cuando se preguntó sobre sentimientos de tristeza o depresión, el 62.8% afirmó no sentirse triste ni deprimido casi nunca, mientras que el 31.4% refirió hacerlo a veces. Solo el 5.7% afirmó tener este tipo de sentimientos siempre.

Tabla N°10			% de la muestra
	Me realizo controles de salud de forma periódica	Casi nunca	14.2%
		A veces	20%

Análisis de datos

Dimensión de control de salud y sexualidad		Siempre	65.7%
	Converso con mi pareja o familia aspectos de mi sexualidad	Casi nunca	8.5%
		A veces	65.7%
		Siempre	25.7%
	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja	Casi nunca	0%
A veces		22.8%	
Siempre		77.1%	

Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

Con respecto a los controles de salud (tabla N°10) el 65.7% de la muestra encuestada refirió realizarse los controles de salud pertinentes, mientras que el 14.2% refirió no hacérselos casi nunca. Cuando se indago acerca de la sexualidad, buscando identificar si este era un tema de conversación con la pareja o familia, lo que se obtuvo fue que el 65.7% de la muestra lo hace a veces, el 25.7% lo hace siempre y el 8.5% no lo hace casi nunca. Por último, se pregunto acerca de la conducta sexual, indagando sobre el autocuidado y el de la o las parejas y el resultado fue que el 77.1% siempre tiene en cuenta los cuidados a la hora de la sexualidad y el 22.8% lo tiene a veces. Ninguno de los encuestados dijo no preocuparse por el cuidado propio o de su pareja.

Tabla N°11			% de la muestra
Dimensión otros	Como peatón o pasajero de transporte público sigo las reglas.	Casi nunca	0%
		A veces	5.7%
		Siempre	94.8%
	Uso cinturón de seguridad	Casi nunca	0%
		A veces	5.7%
		Siempre	94.2%
	Tengo claro el objetivo de mi vida	Casi nunca	0%
A veces		20%	
Siempre		80%	

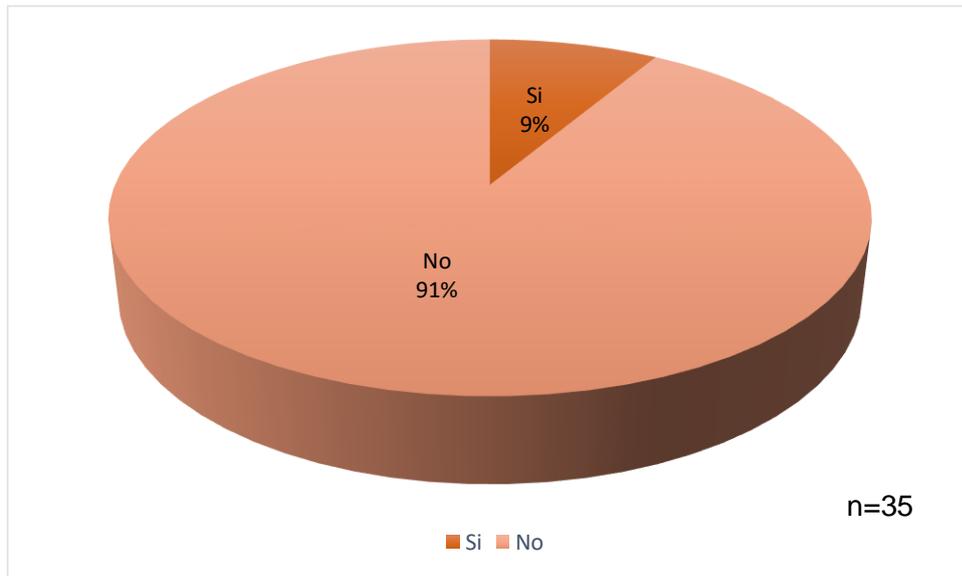
Fuente: Adaptado de Córdoba, Carmona, Terán & Márquez, (2013), con los datos de la presente investigación.

Para finalizar, se tuvieron en cuenta otros aspectos (tabla N°11). Cuando se indagó acerca del comportamiento como peatón o pasajero de transporte público, el 94.8% de la muestra refirió seguir las reglas siempre. Con respecto al uso del cinturón de seguridad, el 95.2% de los encuestados afirmó hacerlo siempre. En el último lugar se preguntó si la muestra tiene claro el objetivo de su vida y el 80% de los encuestados afirmó tenerlo claro, mientras que el 20% dijo tenerlo claro a veces.

Análisis de datos

Posteriormente se prosiguió a investigar acerca del hábito tabáquico, el cual está representado en el gráfico N°8

Gráfico N°8: Consumo de tabaco



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

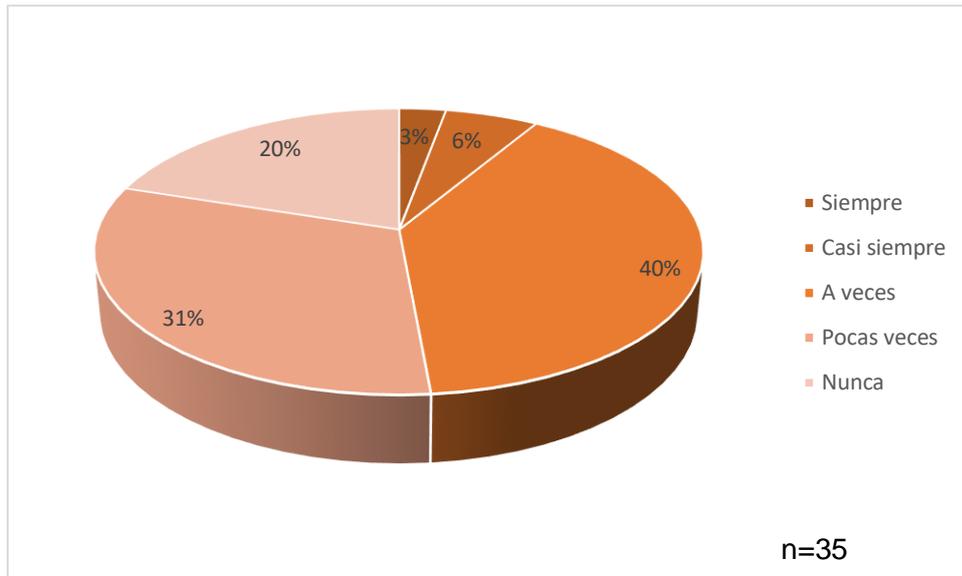
Se observó que el 91% de la muestra no consume tabaco, por otro lado, el 9% refirió hacerlo. Luego de esta pregunta, se les consultó a quienes consumían tabaco, la cantidad de años que hace que lo consumen, los resultados fueron que el 100% de los fumadores, lo consume desde hace más de 10 años. Otro dato no menor es que el 100% de los fumadores eran de sexo masculino. Ninguna de las mujeres encuestadas consume tabaco.

Por último se indagó acerca de la cantidad de cigarrillos fumados por día, la cantidad máxima fue de 20 cigarrillos, dato preocupante, teniendo en cuenta las consecuencias que esto implica para la salud, mientras que la cantidad mínima consumida fue de 5 cigarrillos por día.

En cuanto al consumo de alcohol se buscó identificar la frecuencia con la que la muestra consume alcohol.

Gráfico N°9: Frecuencia de consumo de alcohol.

Análisis de datos



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

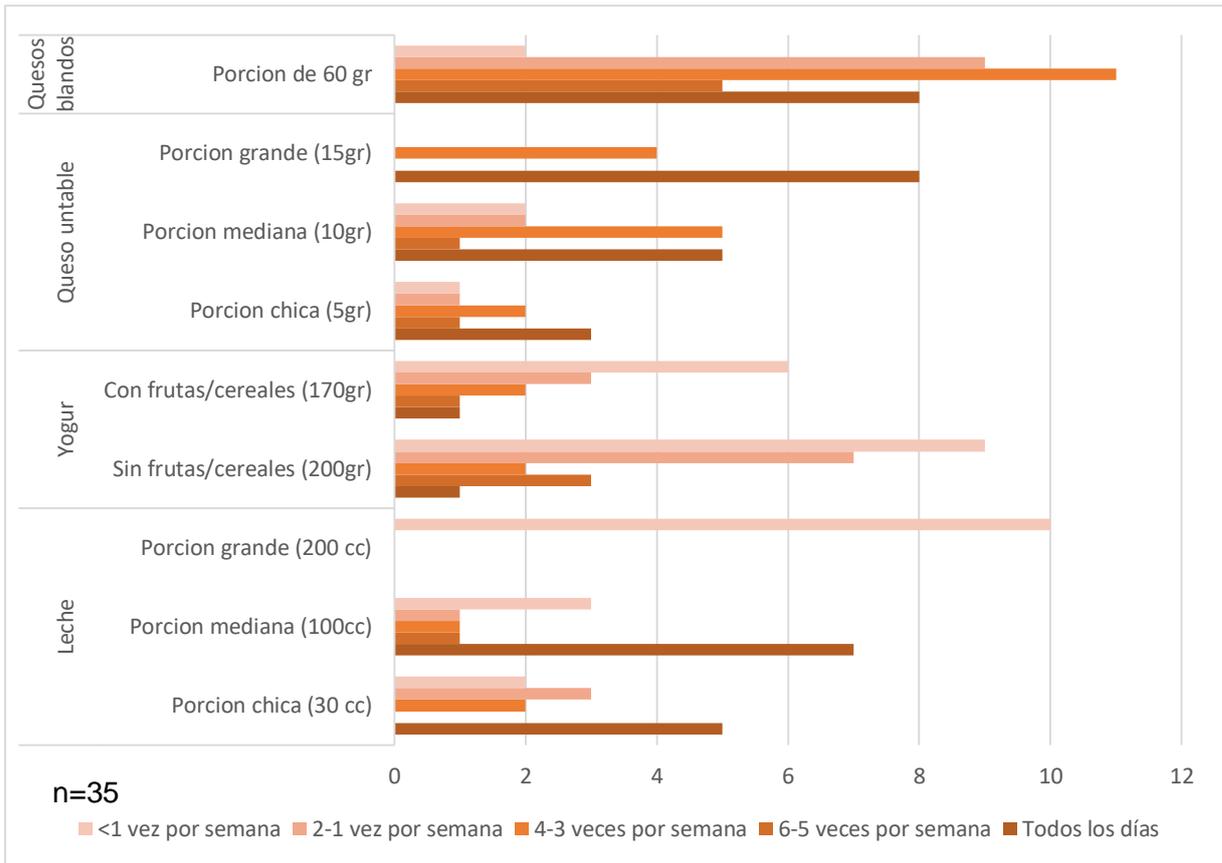
Los resultados expuestos en el gráfico N°9 demuestran que el 20% de la muestra no consume alcohol. En relación a los que sí lo consumen, se evidenció que el 31% lo hace pocas veces, el 40% a veces, el 6% casi siempre y el 3% lo hace siempre.

Posteriormente, se indagó acerca de la cantidad de tragos aproximados que la muestra consume por semana. La cantidad máxima fue de 10 tragos por semana, y la cantidad mínima fue de 0.5 tragos por semana. El promedio es de 2.9.

Luego, se evaluaron las frecuencias de consumo de los distintos grupos de alimentos

Gráfico N°10: Frecuencia de consumo de lácteos

Análisis de datos



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

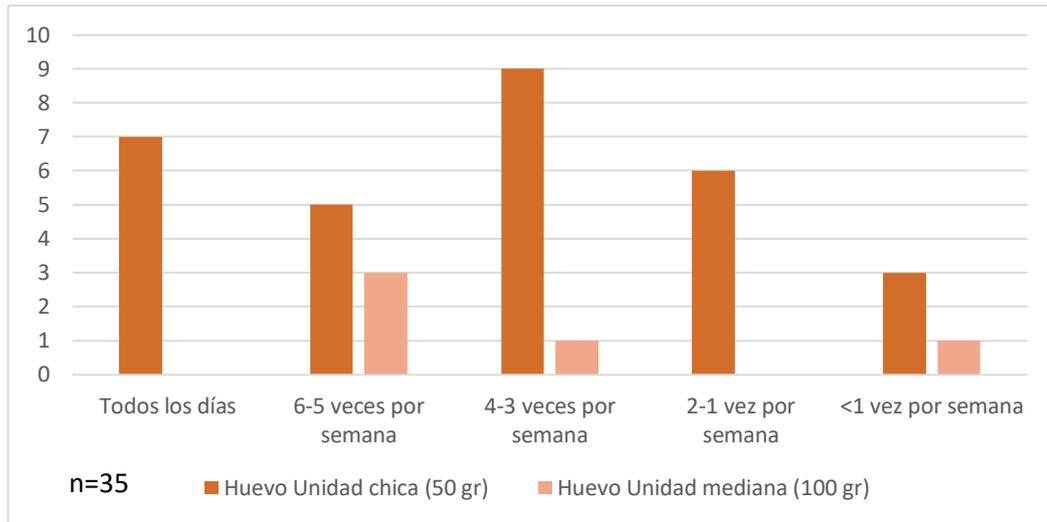
Con respecto al consumo de lácteos (gráfico N°10) se observó que el mayor porcentaje de la muestra consume leche, en cualquiera de sus variedades, todos los días una porción de 100cc. Es importante tener en cuenta que la porción recomendada por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) es de 200cc, por lo que si bien la muestra consume leche todos los días, la cantidad no sería la suficiente. Solo el 28.5% de la muestra dijo consumir una porción de 200cc, pero con frecuencia menor a una vez por semana.

Cuando se indagó acerca del consumo de yogur se evidenció que solo una pequeña parte de la muestra lo consume todos los días. Por lo que se deduce que es un alimento utilizado por la muestra para consumo ocasional.

En cuanto al consumo de quesos, por otro lado, se identificó que la mayoría de los encuestados lo consume todos los días, principalmente en forma de queso untable. Sin embargo, también se vio que un gran número de encuestados lo consume en forma de queso blando, al menos 4 veces por semana.

Gráfico N°11: Frecuencia de consumo de huevo.

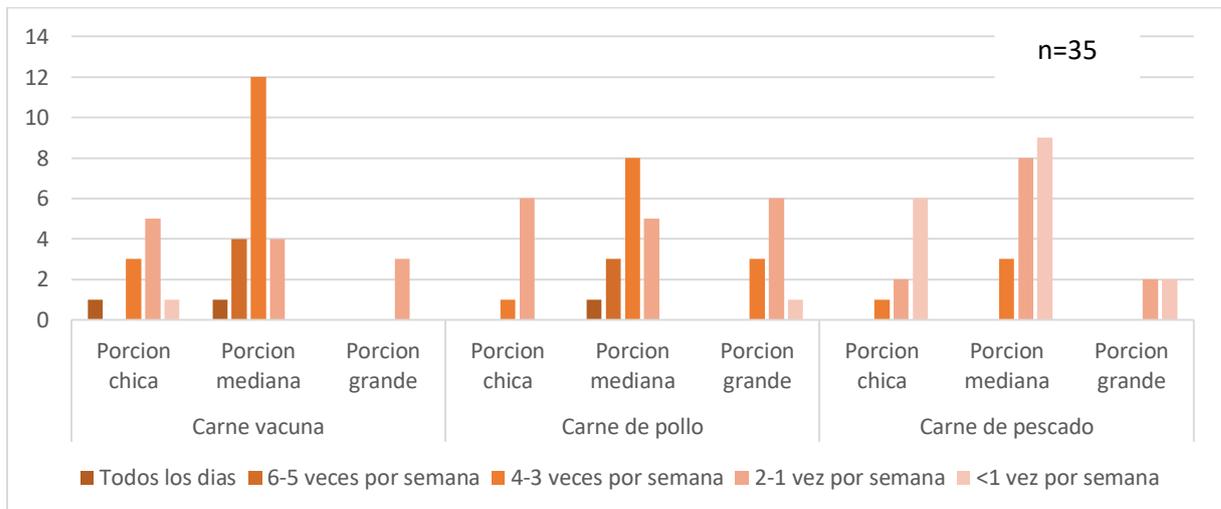
Análisis de datos



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

En el gráfico N°10 se observa que la mayoría de los encuestados consume huevos al menos 4-3 veces por semana, seguido por aquellos que lo consumen todos los días. Se debe tener en cuenta que las recomendaciones de las GAPA sugieren el consumo de una porción diaria del mismo, siempre y cuando se tenga en cuenta el consumo de carne al mismo tiempo.

Gráfico N°12: Frecuencia de consumo de carnes.



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

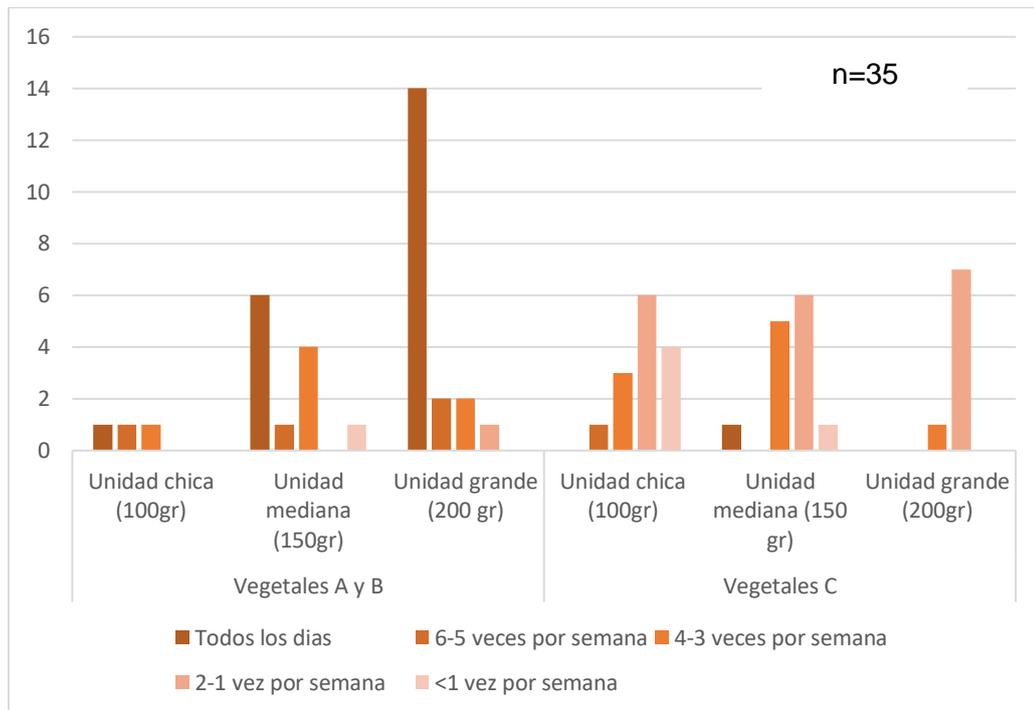
Como se mencionó anteriormente, la recomendación de las GAPA es de una porción de carne o huevo diaria. A continuación, en el gráfico N° 12 se observa que la carne más consumida por la población es la carne vacuna, principalmente en su porción mediana de 150 gr. Un resultado a destacar es que la mayor parte de la muestra refirió consumir carne vacuna entre 3 y 4 veces por semana.

Con respecto al consumo de pollo, se observó un consumo menor que el de la carne vacuna. Sin embargo, quienes lo consumen, lo hacen al menos 4 veces por semana. Por último, se analizó el consumo de pescado, el cual ocupa el último lugar en

Análisis de datos

cuanto a cantidades consumidas, la mayor parte de la muestra refirió consumirlo entre 1 y 2 veces por semana o menos de una vez por semana. Esto indica que existe un bajo consumo de carne de pescado por parte de la muestra.

Gráfico N° 13: Frecuencia de consumo de verduras.

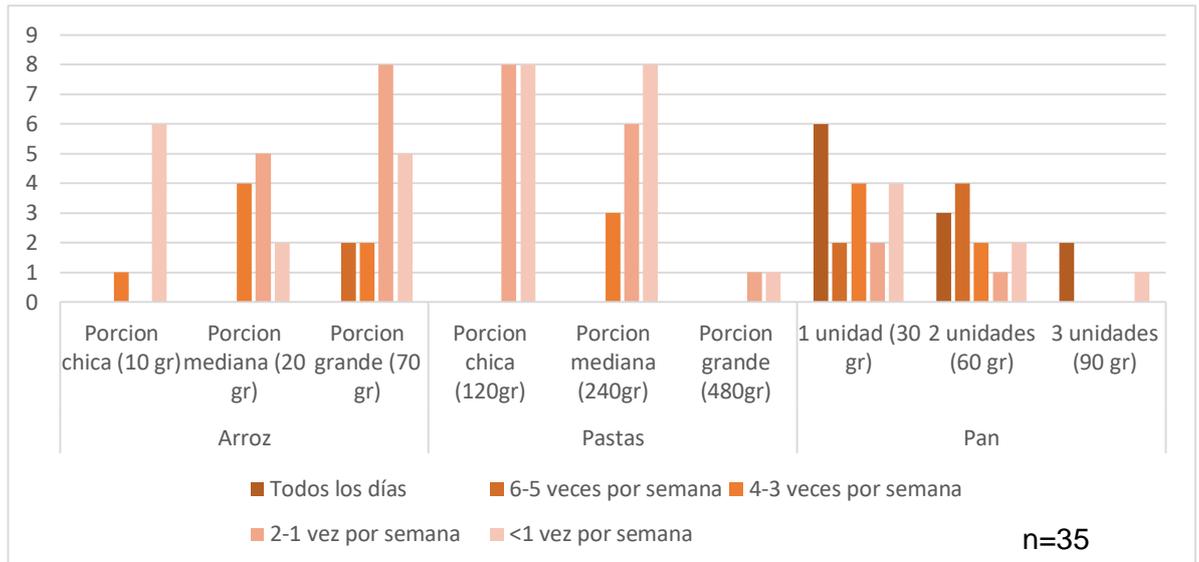


Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

En el gráfico N° 13 se muestra la frecuencia de consumo de verduras, clasificadas, por un lado las de tipo a y b, y por otro, las de tipo C. Se observa que el mayor porcentaje de la muestra refirió consumir todos los días, al menos una porción grande de verduras de tipo A y B. Éste resulta un dato alentador, teniendo en cuenta que las GAPA recomiendan un mínimo de 5 porciones diarias de verduras y frutas. Otro dato importante es que el consumo de vegetales de tipo C, fue mucho menor que el de los A y B.

Gráfico N°14: Frecuencia de consumo de arroz, pastas y pan.

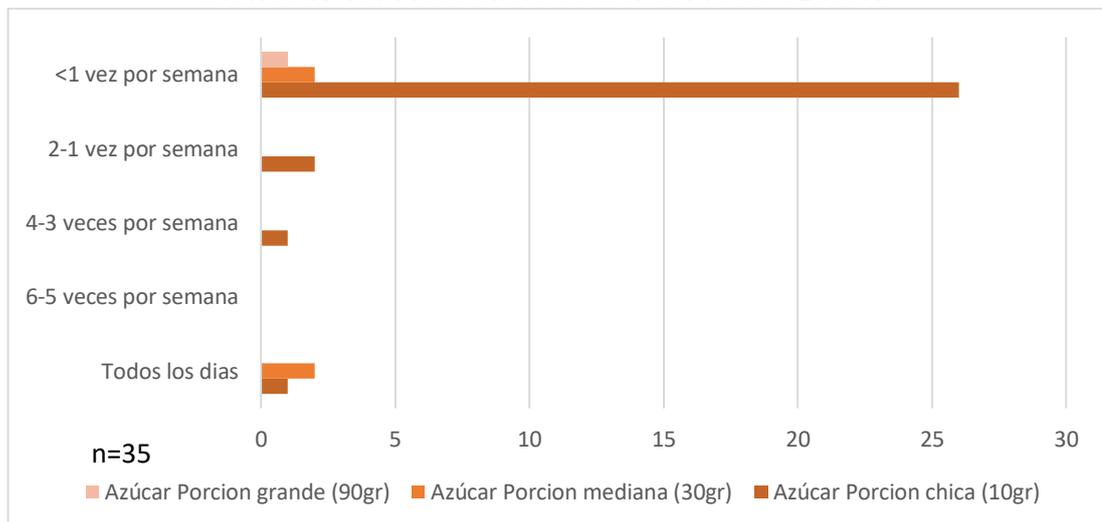
Análisis de datos



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

En el gráfico N° 14 se puede observar que dentro de las fuentes de hidratos de carbono, la mayormente elegida por la muestra, fue el pan; ya que la mayoría de los encuestados refirió consumirlo todos los días. Seguido por el consumo de arroz, el cual se consume mayoritariamente entre 3-4 y 1-2 veces por semana. En el último lugar se encontró el consumo de pastas, el cual se deduce que es un alimento destinado al consumo ocasional por parte de la muestra, ya que la mayor proporción de la muestra refirió consumirlo entre 2 y 1 vez por semana.

Gráfico N°15: Frecuencia de consumo de azúcar.

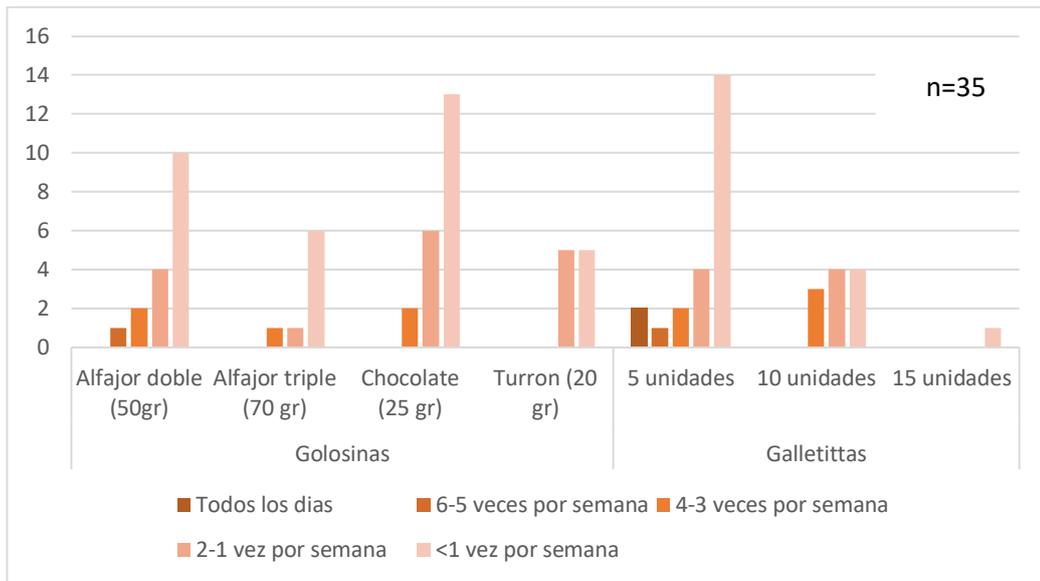


Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

Con respecto a la frecuencia de consumo de azúcar (gráfico N°15) se observó que el consumo de este alimento por parte de la muestra es relativamente bajo, ya que la mayor parte de la misma refirió consumirlo menos de una vez por semana. Esto denota un buen hábito por parte de la muestra, ya que este alimento, según las GAPA, se encuentra dentro de aquellos cuyo consumo debe ser reducido y opcional.

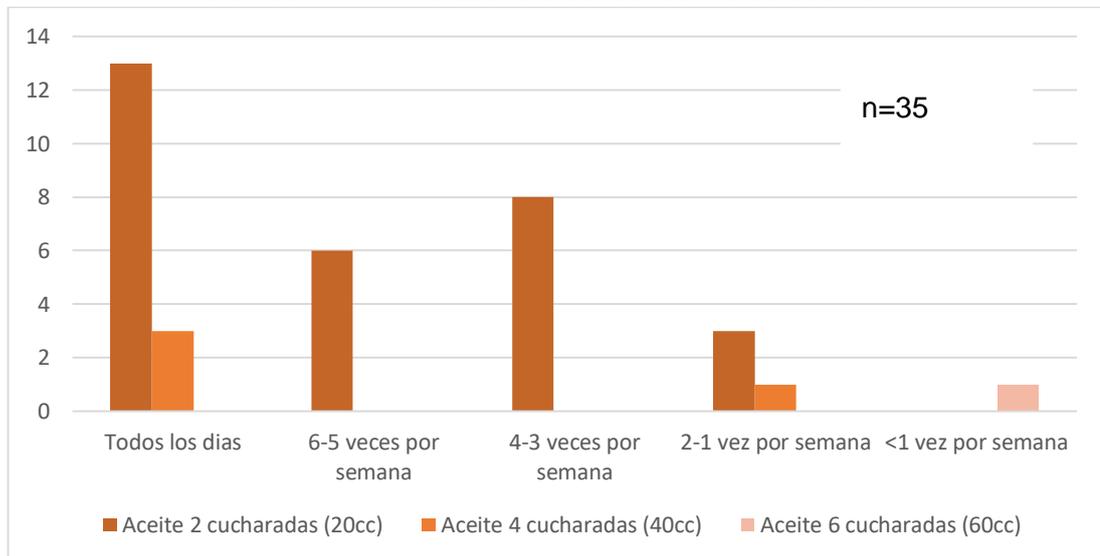
Análisis de datos

Gráfico N° 16: Frecuencia de consumo de galletitas y golosinas.



En concordancia con lo mencionado anteriormente, en el gráfico N°16 se presenta que el consumo de galletitas y golosinas es relativamente bajo también. Se observa que lo que más se consume son galletitas dulces, pero quienes lo hacen las consumen en su porción más pequeña. Esto indica que existe una moderación por parte de la muestra a la hora de elegir alimentos procesados y ultra procesados con altas cantidades de grasas, azúcares y sodio. Al igual que el azúcar, su consumo debe ser mínimo y opcional.

Gráfico N° 17: Frecuencia de consumo de aceite.

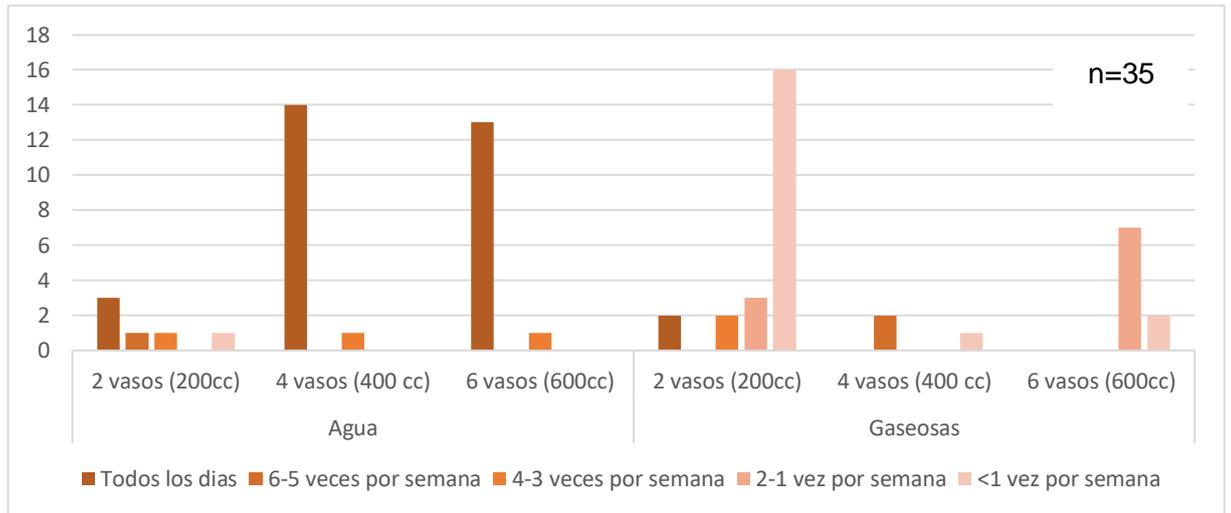


Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

Al analizar el consumo de aceite (gráfico N°17) se evidencia que la mayor parte de la muestra consume una cantidad aproximada de 20 cc de aceite todos los días.

Gráfico N°18: Frecuencia de consumo de agua y gaseosas

Análisis de datos



Fuente: elaboración propia en base a los datos recolectados.

Para finalizar se midió el consumo de aguas y gaseosas (gráfico N°18). Es posible observar que la muestra consume mayor cantidad de agua que de gaseosas. La mayor parte de la muestra refirió consumir todos los días 4 vasos de agua al menos, seguidos por quienes consumen 6. El consumo de gaseosas se ve limitado a menos de una vez por semana. Salvo, algunos casos que refirieron consumir un vaso de 200cc. todos los días.

CONCLUSIONES



Conclusiones

Las enfermedades crónicas no transmisibles son una de las principales causas de muerte en nuestro país. Gracias al avance de la ciencia, la mayoría de estas patologías tienen tratamiento. Sin embargo, son prevenibles con una alimentación adecuada en cantidad y calidad, acompañada de actividad física y un estilo de vida adecuado.

Con respecto al sexo de la muestra, predomina ampliamente el sexo femenino, y en cuanto al rango etario, se observa que existe cierta paridad, siendo la edad mínima de 32 años y la edad máxima de 64 años. Se debe tener cuenta que no existe una mayor variación en el rango de edad, ya que estos años corresponden a los años de servicio del común de los docentes. Anterior a esta etapa, aún se encuentran en formación y luego, es el momento en el que la mayoría decide jubilarse.

Posteriormente, cuando se evaluó el estado nutricional, en primer lugar se observó que los resultados fueron peso normal, pero seguidos de sobrepeso y obesidad, lo que es un dato a tener en cuenta. Si bien predominó el peso normal, existe un porcentaje que refirió tener peso elevado. Si se divide la muestra por sexo, existe un mayor porcentaje de individuos del sexo masculino que presentaron sobrepeso.

La mayoría de los encuestados no padece ninguna enfermedad crónica, solo un pequeño porcentaje refirió tener diabetes y otras enfermedades no especificadas en la encuesta. Por otro lado se observó que una cantidad significativa de docentes que refirieron tener enfermedades crónicas, presentaron algún tipo de alteración en su IMC, ya sea por exceso de peso o bajo peso.

El estilo de vida presentado por los encuestados fue relativamente bueno, ninguno se encontró dentro de la zona de peligro, los que mayor riesgo presentaron fueron aquellos cuyo resultado fue “algo bajo”. Hubo un porcentaje de la muestra que presentó un estilo de vida fantástico según el cuestionario de estilo de vida FANTÁSTICO (López, Sueldo, Gutiérrez & Angulo Bazán, 2016). Existe un mayor porcentaje de individuos de sexo masculino que presentaron estilos de vida “adecuados” o “buenos”, mientras que una mayor proporción de encuestadas de sexo femenino presentaron estilo de vida “algo bajo”.

Teniendo en cuenta que el cuestionario de estilo de vida tiene distintas dimensiones, dentro de estas, se observó que en la dimensión familia y amigos, los encuestados presentaron hábitos considerados saludables.

En segundo lugar, cuando se indaga acerca de la dimensión de actividad física, se encontró que una gran parte de los encuestados no realiza actividad física, por lo que se deduce que parte de la muestra presentó un estilo de vida sedentario.

En la dimensión de sueño y estrés, si bien la mayoría refirió dormir y descansar bien, hay un alto porcentaje de encuestados que dijo no hacerlo correctamente. Con respecto al estrés, la mayoría dijo poder manejarlo solo a veces.

Conclusiones

Un dato a destacar es que ninguno de los encuestados dijo no sentirse contento con su trabajo y actividades diarias, esto indica que la muestra elegida disfruta del trabajo que realiza y elige hacerlo.

En la dimensión de introspección se vio que gran parte de la muestra se identifica como un pensador positivo, pero por otro lado, refirieron sentirse tensos o abrumados en ciertas ocasiones.

En lo que respecta a la dimensión de salud y sexualidad, se encontró que la mayoría de los encuestados se realiza los controles de salud, sin embargo hay un porcentaje que no lo hace, el cual debe ser tenido en cuenta. Por otro lado, ninguno de los encuestados refirió no tener ciertos cuidados o precauciones a la hora de la sexualidad, en cuanto al cuidado propio o de su pareja.

Cuando se pregunto acerca del comportamiento como ciudadanos casi la totalidad de la muestra refirió usar cinturón de seguridad y seguir las reglas siendo peatón y pasajero de transporte.

Más del 90% de los encuestados no consume tabaco. Algo que llamo la atención fue que todos los que refirieron hacerlo, lo hacen hace más de 10 años; con un promedio de 10 cigarrillos por día.

El consumo de alcohol, es moderado por parte de la muestra, ya que si bien existe un gran porcentaje de la muestra que lo consume, solo lo hacen a veces y de manera ocasional. Fue muy bajo el porcentaje de encuestados que dijeron consumir alcohol todos los días. La cantidad máxima de tragos, fue de 10 tragos por semana.

A continuación se indagó acerca de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos.

La mayor parte de la muestra refirió consumir leche, pero en cantidades que no son suficientes con respecto a la recomendación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. El yogur se prefirió como un alimento de consumo ocasional. El queso es consumido todos los días, principalmente en forma de queso untable.

En cuanto al consumo de carnes, la mayor parte de la muestra prefirió la carne vacuna como primera opción, aunque no todos los días. Se encuentra seguido por el consumo de carne de pollo, que se consume con menor frecuencia y por último la carne de pescado, el cual se consume entre 1 vez por semana y menos de una vez por semana.

Se encontró que un gran porcentaje de la muestra consume verduras de tipo A y B. El consumo de este tipo de verduras fue superior a las del tipo C.

Cuando se indagó sobre la frecuencia de consumo de arroz, pastas y pan quedó demostrado que la mayor fuente de hidratos de carbono en la dieta de los docentes es el pan,

Conclusiones

que es consumido todos los días por la mayoría de la muestra. El consumo de arroz ocupó el segundo lugar y las pastas fue el menos consumido.

Un bajo porcentaje de los encuestados refirió consumir azúcar y las galletitas y golosinas fueron alimentos elegidos por la población para consumo ocasional. Es decir, que existe una moderación a la hora de elegir este tipo de alimentos.

Para finalizar, cuando se preguntó sobre el consumo de aguas y bebidas gaseosas se observó que la muestra prefiere ampliamente el agua por encima de las gaseosas.

Frente a esto se plantean las siguientes preguntas para una futura investigación:

¿Cómo influye el área en la que se desarrollan profesionalmente los docentes en su estilo de vida?

¿Existe un mayor cuidado de la salud por parte de aquellos que, además de ser docentes, son profesionales de la salud?

BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

- Álvarez Castaño, L. S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto.
- Arancibia, F. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 225-229.
- Arrieta, F., Iglesias, P., Pedro-Botet, J., Tébar, F. J., Ortega, E., Nubiola, A., ... Escobar-Jiménez, F. (2015). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015). *Clínica e Investigación En Arteriosclerosis*, 27(4), 181–192
- Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M. D. L. A., & Ojea, O. A. (2007). *Fundamentos de salud pública*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Benavides, M. M., Villalobos, G. M., & Agüero, N. (2011). Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-5008. *Enfermería en Costa rica*, 51-58.
- Calvo Bruzos, S., Gómez Candela, C., López Nomdedeu, C. & López Plaza, B. (2016). *Manual de alimentación. Planificación alimentaria*. Editorial UNED.
- Candelaria Brito, J. C., Cruz González, T., Rosa Rieumont, E., Acosta Cruz, C., & AlfonsoGonzález, Y. (2013). Estimación del riesgo cardiovascular global en pacientes con diabetes mellitus. *Medisan*, 17(2), 316-323.
- Cladellas, R., & Castelló, A. (2011). Percepción del estado de salud y estrés, de profesorado universitario, en relación con la franja horaria de docencia. *ElectronicJournal of Research in EducationalPsychology*, 9(1),217-240.[fecha de Consulta 30 de Julio de 2020]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2931/293122834011>
- Collado, P. A., Soria, C. B., Canafoglia, E., & Collado, S. A. (2016). Condiciones de trabajo y salud en docentes universitarios y de enseñanza media de Mendoza, Argentina: Entre el compromiso y el desgaste emocional. *Salud colectiva*, 12, 203-220.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). (2018). *Cesación tabaquica y salud bucal*. Recuperado de: [https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/05/Informe Tabaco ok.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/05/Informe_Tabaco_ok.pdf)
- Córdoba, D., Carmona, M., Terán, O. E., & Márquez, O. (2013). Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medwave*, 13(11).
- Couceiro, M., Passamai, M., Contreras, N., Villagrán, E., Zimmer, M., Valdiviezo, M. S., ...& Alemán, A. (2007). Estilos de vida de profesores del Instituto de Enseñanza Media de la Universidad Nacional de Salta. República Argentina. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 8(1), 1-17.

Bibliografía

Gallardo, M., & Alarcón, R. (2015). Perfil de estilos de vida en personal del Gobierno Regional de Ayacucho, 2015. *Revista Investigación*, 23(2), 139-142.

Elizarraraz, N. L. A., Pérez, M. F., Luna, G. G. N., Vega-Argote, G., & Lona, A. N. (2018). La procrastinación de las horas de sueño y su relación con el aumento de peso. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(92), 2.

Estrada, M. G. A., & Guillén, M. D. L. G. (2006). Quality of lifedifferences of hospitalizedstable COPD and asthmapatients. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 272-275.

Fagalde, M. D. P., Solar, J. A. D., Guerrero, M., &Atalah, E. (2005). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 133(8), 919-928.

García, S. D., Sanz, S. D., & Sanz, A. D. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y obesidad: ¿ tratar la obesidad o la diabetes?. *Medicina Clínica*, 141, 14-19.

García-Sancho, C., Fernández-Plata, R., Martínez-Briseño, D., Franco-Marina, F., & Pérez-Padilla, J. R. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud pública de méxico*, 54(4), 425-432.

Global StrategyforAsthma Management and Prevention, Global InitiativeforAsthma (GINA): Version 2019. <http://www.ginasthma.org>

Gómez, A. B. (2002). Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 16(2), 146-52

Hall López, J. A., Ochoa Martínez, P. Y., & Alarcón Meza, E. I. (2012). Actividad física, estado nutricional y obesidad abdominal en profesores del área de la cultura física.

Herrera, A. A., Soca, P. E. M., Será, C. R., Soler, A. L. M., & Guerra, R. C. O. (2012). Actualización sobre diabetes mellitus. *Correo Científico Médico*, 16(2).

Hernández, C. G., Ramos, D. Y., Encinas, D. M. S., Castillo, M. A. S., Ivich, L. G. F., & Erazo, L. R. (2013). Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y salud*, 19(1), 141-149.

Hernández, R. L., & González, M. E. V. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y salud*, 17(1), 17-23.

Instituto Nacional del Cáncer (2020). *Recuperado de:* <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

International diabetes federation. (2015) *IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.*

Jaureguiberry, L. M., Chaves, J., García, M., Orlando, M., & Ghilini, A. (2010).

Condiciones de trabajo y salud de los docentes privados. Buenos Aires: SADOP

Bibliografía

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa.
- Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de salud pública*, 37(4), 488-499.
- López, M. V., Sueldo, Y. B., Gutiérrez, C., & Angulo-Bazán, Y. (2016). Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa "Reforma de Vida" del Seguro Social de Salud (EsSalud). *Revista peruana de medicina integrativa*, 1(2), 17.
- Más Sarabia, M., Alberti Vázquez, L., & Espeso Nápoles, N. (2005). Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Humanidades Médicas*, 5(2), 0-0.
- Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A., & Porto, N. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención* (No. 117). Documento de Trabajo.
- Marente Ayuso, A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista iberoamericana de Educación* (ISSN:1681-5653): <https://www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf>.
- Marimón Torres, E. R., Orraca Castillo, O., Casanova Moreno, M. C., Paredes Díaz, R., & Mendoza Ferreiro, M. (2013). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(2), 2-12.
- Martínez, R. R., & Díaz, F. A. E. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del observatorio en salud*, 3(4).
- Ministerio de salud (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
- Moiso, A. (2007). Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI. *SALUD PÚBLICA*, 265
- Munárriz, L. Á., & De Luis, A. Á. (2009). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, 25(1).
- Oviedo, G., Morón de Salim, A., Santos, I., Sequera, S., Soufrontt, G., Suárez, P., & Arpaia, A. (2008). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de la carrera de Medicina: Universidad de Carabobo, Venezuela. Año 2006. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 288-293.
- Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpenente Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad aten primaria*, 4, 75-78.

Bibliografía

Ponce Díaz, C. R., Bulnes Bedón, M. S., Aliaga Tovar, J. R., Atalaya Pisco, M. C., & Huertas Rosales, R. E. (2011). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios.

Rábago, L. A. C., Castro, S. B. E., & Erazo, L. R. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 91-103.

Rabelo Padua, G., & Díaz Piñera, W. J. (2012). Non-communicable diseases. Current trends. *Revista cubana de Salud y Trabajo*, 13 (2), 50-54.

Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., & Atalah, E. (2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(11), 1406-1414.

Ripoll, R. M. (2012). Lifestyle Medicine: The importance of considering all the causes of disease. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5 (1), 48-52

Rosales-Ricardo, Y., Orozco, D., Yaulema, L., Parreño, Á., Caiza, V., Barragán, V., & Peralta, L. (2017). Physical activity and health in teachers. A review. *Apunts Medicina de l'Esport (English Edition)*, 52(196), 159-166.

Ríos, P. B. (2012). Alimentación y riesgo de enfermar. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (14), 1550-1584.

Rosales-Ricardo, Y., Peralta, L., Yaulema, L., Pallo, L., Orozco, J., Caiza, D., Parreño, V., Barragan, A. & Rios, P., (2017) A healthy diet in professors. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 33(1), 115-128. Recuperado en 09 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100010&lng=es&tlng=en

Salas Cabrera, J. (2016). Estilos de vida saludables: un derecho fundamental en la vida del ser humano. *Revista Latinoamericana De Derechos Humanos*, 26(2), 37-51. <https://doi.org/10.15359/rldh.26-2.2>

Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., & Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217

Sanchez-Arias, A., Bobadilla-Serrano, M.E, Dimas-Altamirano, B., Gomez-Ortega, M., & González-González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: Primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *RevMexCardio*, 27 (s3), 98-102.

Sandoval Ferrer, J. E., Lanigan Gutiérrez, M. E., & Gutiérrez Chapman, L. (2000). Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 13-17.

Tuero, C. y Márquez, S. (2009). *Estilos de Vida y Actividad Física*. España: Ediciones Díaz, Santos.

Bibliografía

Valdés Ramos, E., Camps Arjona, M. D. C., &VerdeciaSaborit, R. (2014). Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular en diabéticos tipo 2 de diagnóstico reciente. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(2), 177-185.

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 28(4), 237-241.

Vinaccia, S., &Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. *Terapia psicológica*, 29(1), 65-75.

Vogelmeier, C. F., Criner, G. J., Martínez, F. J., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., ... Agustí, A. (2017). *Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD*. *Archivos de Bronconeumología*, 53(3), 128–149

La definición del estilo de vida como uno de los determinantes principales de la salud, coincide con el momento en el que las enfermedades crónicas empiezan a revelarse como uno de los principales problemas de la sociedad. Es por esto, que se produce un aumento del interés por el número de personas que mueren a causa de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a estilos de vida poco saludables.

Objetivo: Evaluar el estilo de vida, el estado nutricional y la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en docentes de una universidad privada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2020.

Materiales y métodos: Durante el mes de noviembre del año 2020 se realizó una investigación de tipo descriptiva, transversal y cuantitativa a 30 profesores universitarios pertenecientes a una universidad privada de la ciudad de Mar del Plata. La selección de los docentes se realizó de manera no probabilística por conveniencia. La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta online individual, auto-administrada y de elaboración propia.

Resultados: El 45.7% de la muestra presenta un estilo de vida bueno, mientras que el 31.4% presento un estilo de vida adecuado. Además, el 5.71% de la muestra obtuvo el puntaje dentro del rango máximo, equivalente a un estilo de vida fantástico. Resulta importante destacar que el 82.8% de los encuestados refiere tener un estilo de vida dentro de los límites aceptables.



Conclusiones: Conforme a los resultados se concluye que el mayor porcentaje de los docentes encuestados presentó un estilo de vida dentro de los límites aceptables. Sin embargo, se observó que en la dimensión "actividad física" existe un déficit de la misma, por lo que se evidencia que se trata de una población sedentaria. Los docentes presentaron buenos hábitos alimentarios, eligiendo siempre el agua por encima de las gaseosas y con un buen consumo de frutas y verduras.