

Estado nutricional, hábitos alimentarios y prácticas de actividad física en asistentes a polideportivo barrial

Tesis de Grado
Autora: Eliana Bega
Tutora: Mg. Lic. Mónica Navarrete
Co-tutora: Lic. María Carlón
Asesoramiento Metodológico: Dra. Mg. Vivian Minnaard
-2018-

*“Un poco más de persistencia, un poco más de esfuerzo,
y lo que parecía irremediablemente un fracaso
puede convertirse en un éxito glorioso”*

Elbert Hubbard

A toda la familia que tengo en el corazón

En primer lugar, a mi familia, principalmente mamá y papá, por contenerme, ayudarme y alentarme en cada decisión a lo largo de mi carrera.

A mis hermanos Diego y Martín por estar siempre, cuidándome y guiándome, y dando ánimo para seguir, a Caro, Pau, y sobrinos por todo su amor.

A mi novio, mi compañero en este camino, Jere, gracias por todo tu apoyo, contención, por reírte en cada final que rendí, y por darme todo tu amor y respeto, como siempre.

A mis amigas de la vida, con las que transito hace muchos años esta vida, por estar siempre firmes cuando las necesité.

A mis amigas, compañeras y futuras colegas con las que compartí este camino universitario. Gracias por esas tardes de estudio y salidas a campo.

Al equipo de asesoramiento metodológico en especial a la Dra. Mg. Vivian Minnaard, por el asesoramiento metodológico y apoyo.

A la Mg. Lic. Mónica Navarrete, mi tutora, por aceptar la supervisión de este trabajo, por la amabilidad, ayuda y predisposición.

A la Licenciada María Carlón, mi cotutora, por guiarme en la elaboración de este trabajo, por su paciencia, colaboración y predisposición desde el primer día.

Al polideportivo por abrirme sus puertas y permitirme desarrollar este trabajo, y a la comunidad del barrio por su cálido recibimiento, confianza y apoyo.

A José Páez, por su amabilidad

Y a todos los que, de alguna manera, colaboraron para que hoy pueda ser quien soy.

A todos Gracias!

El aumento sostenido de la prevalencia de obesidad en nuestro país se correlaciona con un nivel bajo de actividad física y un escaso consumo de frutas y verduras. La salud y el buen funcionamiento del cuerpo dependen de la adopción de hábitos saludables. Un estilo de vida activo y correcta alimentación trae beneficios no sólo a nivel físico, sino también psicológico y emocional. Esto implica incentivar la práctica deportiva, brindar educación nutricional a la comunidad y evitar futuras complicaciones.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física de adultos mayores de 18 años que asisten a un polideportivo municipal ubicado en Mar del Plata durante el mes de septiembre del año 2017.

Materiales y método: El presente trabajo es de tipo descriptivo y transversal. La muestra es no probabilística compuesta por 40 asistentes a un polideportivo municipal elegidos de manera casual. Se aplicó una encuesta personal prediseñada y autoadministrada, y luego toma de medidas antropométricas, específicamente Peso y Talla.

Resultados: La mayor parte de la muestra, un 47,5% presenta sobrepeso, el 32,5% obesidad y un 20% tiene peso normal. Sobre hábitos alimentarios, un 57,5% de la muestra realiza 4 comidas principales, un 75% eligió como método de cocción el horno, un 47,5% realiza ingestas fuera de hora, la mayoría por falta de tiempo. Según la frecuencia de consumo de alimentos parte de la muestra se adecua a la recomendación de los siguientes grupos de alimentos: quesos, huevo, vegetales, frutas, pan y aceite. Un 60% posee una ingesta inadecuada por exceso de alimentos de consumo opcional. En cuanto a la actividad física el 95% de la muestra cumple con la recomendación, la actividad más elegida es la natación por el 52,24% de los participantes. También se evaluó la percepción de los individuos sobre el servicio ofrecido por el establecimiento, la cual fue muy favorable.

Conclusión: Una elevada proporción de la muestra no presenta un IMC dentro de los parámetros de la normalidad. La mayoría no alcanza las recomendaciones de ingesta de los grupos de alimentos. Se consideran personas activas, cumplen con la recomendación mínima de actividad física por semana. La percepción sobre el servicio brindado por el polideportivo es positiva. El establecimiento brinda el acceso al deporte y la integración de la comunidad, crea un ambiente favorable para la adopción de hábitos saludables. Es fundamental considerar una intervención oportuna y temprana para brindar herramientas de educación nutricional a esta comunidad.

Palabras Claves: estado nutricional - actividad física - alimentación saludable - hábitos alimentarios- percepción del servicio

The sustained increase in the prevalence of obesity in our country is correlated with a low level of physical activity and a low consumption of fruits and vegetables. The health and the good functioning of body depends on the adoption of healthy habits. An active lifestyle and a proper nutrition brings benefits not only at the physical level but also psychological and emotional. This implies encouraging sports practice, providing nutritional education to the community and avoiding future complications.

Objective: Evaluate the nutritional status, dietary habits and the practice of physical activity of adults over 18 who attend a municipal sports center located in Mar del Plata during the month of September 2017.

Materials and methods: The design of the present work is descriptive and transversal. The sample is non-probabilistic composed of 40 attendees of the municipal sports center chosen by chance. A predesigned and self-administered personal survey was applied, and then it took anthropometric measurements, specifically Weight and Size.

Results: most of the sample, 47.5% are overweight, 32.5% obesity and 20% have normal weight. About eating habits, 57.5% of the sample made 4 main meals, 75% chose the oven as a cooking method, 47.5% made ingests outside the time, most due to lack of time. According to the frequency of food consumption, part of the sample is adapted to the recommendation of the following food groups: cheeses, eggs, vegetables, fruits, bread and oil. A 60% have an inadequate intake due to excess of optional food. As for physical activity 95% of the sample meets the recommendation, the most chosen activity is swimming by 52.24% of participants. The perception of the individuals about the service offered by the establishment, which was very favorable, was also evaluated.

Conclusion: A high proportion of the sample does not present a BMI within the parameters of normality. The majority do not reach the intake recommendations of the food groups. They are considered active people, they comply with the minimum recommendation of physical activity per week. The perception of the service provided by the sports center is positive. The establishment provides access to sports and the integration of the community, creates a favorable environment for the adoption of healthy habits. It is fundamental to consider a timely and early intervention to provide nutrition education tools to this community.

Key Words: nutritional status - physical activity - healthy eating - eating habits - perception of service.

Introducción.....	1
Capítulo I	
Salud Pública y Nutrición.....	5
Capítulo II	
Situación nutricional, estilos de vida y actividad física.....	14
Diseño metodológico.....	27
Análisis de datos.....	39
Conclusión.....	67
Bibliografía.....	72



Introducción

Existen diferentes aspectos o determinantes que deben ser considerados dentro del concepto de salud, ya que condicionan la misma. Estos son factores tan diversos como: biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Desde la labor del personal médico resulta necesario enfocar los esfuerzos hacia estos determinantes de la salud, ya que supone un gran potencial para reducir daños y efectos negativos de las enfermedades, y así poder promover salud en un grupo de personas. Para que suceda esto es necesaria también la participación de la comunidad y de muchos sectores dentro y fuera del área salud. Esta participación sirve como red de apoyo para recoger, transmitir e intercambiar información, y también para desarrollar y evaluar políticas y estrategias adecuadas, con el objetivo de intervenir efectivamente y abordar estos factores determinantes (Ávila Agüero, 2009)¹.

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, y es el resultado de múltiples acciones realizadas por distintos actores involucrando a toda la sociedad. Con frecuencia cada vez mayor, se reconoce que la promoción brinda conocimientos necesarios a la gente para ejercer mayor control sobre su salud y por ende mejorarla. Por medio de inversiones y de acción interviene sobre los factores determinantes de la salud intentando reducir la inequidad, garantizando el respeto de los derechos humanos y acumulando capital social. El desarrollo de la promoción de la salud necesita para su implementación dos ejes fundamentales: la atención primaria y las políticas públicas (Alessandro, 2002).²

Los autores mencionan que los cambios culturales, económicos y sociales, emergentes a raíz del envejecimiento poblacional, la creciente urbanización, la aparición de nuevas tecnologías y la globalización, determinaron condiciones, conductas y estilos de vida que incrementan el riesgo de desarrollar Enfermedades Crónicas No Transmisibles

¹Ávila Agüero (2009) define a los determinantes de la salud como un grupo de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos y grupos. Estos son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación.

² Alessandro (2002) afirma, "Si consideramos desde la perspectiva de la atención primaria el acceso equitativo a los servicios de salud, se debe reconocer que la comunidad y, por ende cada persona, no deben ser meros receptores de los servicios que prestan los profesionales capacitados, sino actores de los mismos"

(ECNT)³. Coincidentemente, en Argentina aumentó la prevalencia de sus factores de riesgo, como la alimentación inadecuada, la obesidad y la diabetes (Galante et al, 2015).⁴

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico de ECNT a nivel mundial es la hipertensión arterial, a la que se atribuyen el 18% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el sobrepeso, la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea. En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2016)⁵

Con el fin de diseñar nuevas políticas, evaluar de manera continua las acciones realizadas y recursos aportados a la salud pública, se diseñó en nuestro país un sistema de información implementado desde el año 2005. Cada cuatro años se realizan las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR)⁶, que forman parte del Sistema de Vigilancia de ECNT y del Sistema Estadístico Nacional (Galante et al, 2015). Con las mismas se relevó información sociodemográfica y se indagó sobre el estado de salud en general, actividad física, acceso a la atención médica, consumo de tabaco, presión arterial, peso corporal, alimentación, colesterol, consumo de alcohol, diabetes, afecciones crónicas, detección precoz de cáncer.

Los resultados de la 3a ENFR mostraron un aumento sostenido en la prevalencia de obesidad desde la primera edición realizada en 2005, que se vio acompañado de un escaso consumo de frutas, verduras y de actividad física baja. Por el contrario, se observó una disminución en el consumo de sal, en el consumo de tabaco y en la exposición al humo de tabaco ajeno. La prevalencia de actividad física baja fue de 54,7%, manteniéndose estable respecto de la registrada en la 2° ENFR 2009 (54,9%). (ENFR, 2013)⁷

³ Las ECNT están representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo comunes, dentro de los cuales los más importantes son: la alimentación inadecuada, la falta de actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol.

⁴ Los autores tuvieron como objetivo describir la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo de las ECNT en Argentina y evaluar su evolución desde 2005, a partir de los resultados de la 3a ENFR realizada en 2013.

⁵ Siguiendo con estos lineamientos y debido a la alta prevalencia de las ECNT en el país, y a partir de la evidencia científica sobre la efectividad de diversas medidas para prevenirlas y controlarlas, en el año 2009 el Ministerio de Salud de la Nación estableció la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Sus objetivos son reducir la prevalencia de factores de riesgo para las ECNT, disminuir la mortalidad por las mismas y mejorar el acceso y la calidad de atención médica.

⁶ La ENFR tiene como objetivo producir información sobre los comportamientos y condiciones de vida que pueden afectar la salud de la población de 18 años y más, así como algunas características de las viviendas y de los hogares donde residen. Se trata de la tercera implementación de la encuesta y tiene como antecedentes los estudios realizados en los años 2005 y 2009 que permitieron contar con información de calidad para la implementación de políticas de salud relacionadas con el tratamiento del sobrepeso y el consumo de tabaco, entre otras.

⁷ Para ampliar la información puede acceder a http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Hay una creciente preocupación a nivel mundial por las consecuencias que puede traer la poca práctica de actividad física o deporte. El sedentarismo es un factor que favorece la aparición de un gran número de ECNT como la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, entre otras. Además la práctica de esta actividad tiene otras ventajas psicológicas y sociales que favorecen al individuo. Por ejemplo, la participación en un deporte o ejercicio puede ayudar a construir una autoestima más sólida, o generar una autoimagen positiva de sí, y así mejorar su calidad de vida. También puede observarse como un método de prevención ante situaciones de estrés, ansiedad y depresión, y como un factor protector para la aparición de trastornos de personalidad. La actividad deportiva puede considerarse como un factor determinante central y fundamental en los programas de promoción de la salud para poblaciones con o sin patologías. Cambios o modificaciones sobre conductas sedentarias son necesarias para afrontar ECNT (Ramírez et. al 2004).⁸

De lo expuesto surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física de adultos mayores de 18 años que asisten a un polideportivo municipal ubicado en Mar del Plata durante el mes de septiembre del año 2017?

El objetivo general planteado es:

Evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física de adultos mayores de 18 años que asisten a un polideportivo municipal ubicado en Mar del Plata durante el mes de septiembre del año 2017.

Los objetivos específicos son:

- Determinar el estado nutricional de adultos mayores de 18 años que asisten a un polideportivo municipal
- Indagar los hábitos alimentarios y adecuación a la recomendación.
- Identificar la práctica de actividad física realizada, frecuencia semanal, cantidad de tiempo, tipo de actividad.
- Analizar la percepción del servicio ofrecido en un polideportivo municipal, de los usuarios mayores de 18 años.

⁸ Los autores sostienen que la consecuencia es que gran número de ciudadanos, en el campo de la salud, se ubican en la categoría de población de riesgo, es decir, son potencialmente vulnerables frente a la posibilidad de contraer alguna enfermedad.



Capítulo 1

Salud pública y nutrición

Para promover Salud en las poblaciones existe la Salud Pública, la cual reúne esfuerzos de la sociedad para prevenir enfermedades, lesiones, discapacidad y muertes prematuras. Por otro lado, la Nutrición es la ciencia que estudia los procesos mediante los cuales el organismo utiliza energía de los alimentos para mantenerse y crecer, o, expresado de forma más operativa, la ciencia que estudia la interacción y balance de nutrientes y otras sustancias de los alimentos, los procesos de digestión, absorción, transporte, utilización y extracción de los mismos, y su relación y consecuencias en la salud y enfermedad. A partir de estas dos definiciones podemos mencionar la nutrición en Salud Pública o Salud Pública Nutricional como la ciencia que estudia la relación entre la alimentación y la salud a nivel poblacional, y las intervenciones nutricionales aplicadas a nivel comunidad con el fin de mejorar y proteger la salud de la misma (Bordonada, 2007)⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como:

“...un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948)¹⁰.

En 1970, se señaló en la OMS como uno de los objetivos fundamentales de los gobiernos y, por consecuencia, un componente fundamental del bien público. A partir de este momento se pone énfasis en el valor social de la salud, un cambio de perspectiva que amplía la visión del proceso de salud-enfermedad. El concepto de salud evoluciona. Se lo consideraba como un recurso de gran valor para los individuos, y pasa a ser un recurso de la sociedad en conjunto, remarca los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Esta nueva visión reúne la satisfacción de las necesidades humanas, los ideales de salud y el bienestar de las personas, resultando un producto social positivo y una fuente de riqueza para la vida de las comunidades. La salud trasciende la atención médica y al sector salud, pasando a ser el resultado de múltiples acciones realizadas por diversos actores, involucrando así a toda la sociedad. La producción social de la salud requiere de acciones gubernamentales y de la participación de todos los ciudadanos (Alessandro, 2002)¹¹.

Dentro del Sistema de Salud, la Salud Pública es una parte funcional y operativa identificable, por sus objetos, sujetos y campos de conocimiento y práctica que le son

⁹ Hoy en día es ampliamente conocido que la alimentación saludable es un determinante fundamental del estado de salud de los individuos, no sólo por el papel que juegan los nutrientes esenciales en la prevención de enfermedades carenciales, sino también por la implicación de determinados nutrientes y grupos de alimentos en el desarrollo de enfermedades crónicas.

¹⁰ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

¹¹ No se niega la responsabilidad individual implícita en cada conducta o comportamiento, pero es evidente que con gran frecuencia las mismas están determinadas por el entorno. El entorno modela la elección individual, pero escapa al control del individuo.

propios. Entonces resulta importante identificar las funciones de la salud pública, para caracterizarla operativamente como parte del sistema de salud y optimizar su desempeño. Dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades, se divide en subconjuntos específicos, con identidad operativa en relación a objetivos propios, necesarios para la consecución del objetivo final de la salud pública (López-Acuña et al, 2002)¹².

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas"¹³, especificó once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

Según Figueroa de López, (2012)¹⁴, la Salud Pública se define como:

"...la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. No está referida como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria"

Entre las actividades de la Salud Pública el autor destaca la protección de la salud, la promoción, la prevención de la enfermedad, y la restauración de la salud.

Respecto a la protección de la salud, son actividades dirigidas al control sanitario del medio ambiente, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

Sobre la promoción de la salud, intenta fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación a través de medios de comunicación, en las escuelas y en atención primaria, así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con las modificaciones necesarias a nivel ambiental y en las condiciones sociales y económicas, que permitan a los ciudadanos

¹² De esta manera el Estado, haciendo de actor conductor por medio de la autoridad sanitaria, moviliza a la sociedad en general y a los diversos agentes sociales en todos los sectores pertinentes, para conseguir el cumplimiento de las funciones de la salud pública.

¹³ "Salud Pública en las Américas" fue elaborada con el propósito de desarrollar un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en la Región de las Américas. En septiembre de 2002, la OPS/OMS publicó el libro La Salud Pública en las Américas: Renovación conceptual, evaluación del desempeño y bases para la acción, donde se reúnen los resultados de las mediciones de las FESP conducidas en 41 países y territorios de la Región de las Américas.

¹⁴ Se puede ampliar la información accediendo a:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

la adopción efectiva de estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Por su parte se hace referencia a la prevención de la enfermedad que se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.

También describe la restauración de la salud que consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria (Figuroa de López, 2012)¹⁵.

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como:

“...el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Carta de Ottawa, 1986)¹⁶.

La misma propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilitando la participación social para poder establecer estilos de vida adecuados. El compromiso implica involucrar a toda la comunidad en la instauración de políticas. Está relacionada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. La prevención se refiere al control de las enfermedades haciendo hincapié en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (Vignolo et al, 2011)¹⁷.

La necesidad de actuar sobre los determinantes sociales llevó a desarrollar marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos que impactan sobre la salud, y así poder identificar los puntos de intervención. Uno de los primeros fue Marc Lalonde, Ministro Canadiense de Salud, que en 1974 creó un modelo explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y la organización de los servicios de salud, en un enfoque que planteaba que la salud es más que un sistema de atención. Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben

¹⁵ Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales ya que con ellas se procede a cumplir con actividades organizadas.

¹⁶ La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

¹⁷ Cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud.

conducirse hacia esa modificación. Lalonde mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó mayor interés al medio ambiente y al estilo de vida. Luego la atención se fijó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad. Se demostró que las enfermedades, causadas por los estilos de vidas no saludables, ocasionaban un elevado costo económico, en consecuencia hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que llevó a un cambio de prioridades, derivándose una gran proporción de recursos hacia la prevención y educación sanitaria (Ávila Agüero, 2009)¹⁸.

Los “ámbitos, espacios y/o entornos para la salud” son la propuesta de origen para la promoción. Es necesario crear diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Las mismas deben proporcionar asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información y experiencias. Los países deben crear el contexto político, jurídico, educativo, social y económico adecuado para avalar la promoción de la salud, debiendo ésta ser entendida como una inversión y no como un costo (Alessandro, 2002)¹⁹.

En los últimos años ha disminuido el interés de los expertos en el aspecto cuantitativo de los aportes nutricionales para centrarse en los aspectos cualitativos de la ingesta que pudieran repercutir en la aparición de las enfermedades crónicas. Estos nuevos conocimientos, aplicados de manera colectiva en programas de prevención y promoción, han dado lugar al nuevo concepto funcional denominado nutrición comunitaria.

Según Bordonada (2007)²⁰ ésta puede definirse como:

“...el conjunto de actividades vinculadas a la salud pública que, dentro del marco de la nutrición aplicada, se desarrollan con un enfoque participativo de la comunidad o, dicho de otra forma, el conjunto de acciones integrales de nutrición y alimentación para ser impartidas en el contexto social y geográfico de una comunidad con el objeto de potenciar y mejorar su estado nutricional”.

18 Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad.

19 Los mandatos políticos y técnicos de OPS/OMS han sido concordantes con la Carta de Ottawa en ayudar a los países a construir políticas públicas favorables a la salud, crear entornos propicios, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar los servicios sanitarios.

²⁰ En el campo de acción de la nutrición comunitaria, el adecuado conocimiento de la situación alimentaria y nutricional de la comunidad y de la relación entre dieta y salud, mediante la aplicación de los métodos propios de la epidemiología nutricional, permitirá llevar a cabo intervenciones mejor orientadas y, por tanto, más efectivas.

Para desarrollar este tipo de acciones, la nutrición comunitaria cuenta con cinco enfoques complementarios: elaboración de una política alimentaria y nutricional, creación de entornos favorables, capacitación de las habilidades individuales y de los profesionales, reorientación de los servicios de nutrición, alimentación y restauración, y potenciación de la acción comunitaria.

Los programas de intervención son instrumentos que utilizan los profesionales de la nutrición comunitaria para mejorar el estado nutricional y de salud de las poblaciones con que trabajan. Consisten en una secuencia ordenada y sistemática de actividades previstas para su realización a nivel global con toda la población o bien con colectivos específicos. La educación nutricional es una de las herramientas fundamentales de este tipo de programas (Aranceta, 2013)²¹.

La labor en nutrición comunitaria tiene carácter multidisciplinario y en él intervienen distintos profesionales de la nutrición y de la salud. Para ejercer esta actividad tan compleja hace falta obtener una serie de conocimientos y desarrollar habilidades prácticas que den respuesta a diferentes cuestiones que se plantean.

Así será necesario recoger información de manera ordenada y fiable con la cual se puedan encontrar los problemas nutricionales y de salud más importantes que perjudican al colectivo con que se trabaja. Deben identificarse las fuentes de datos, o bien deben confeccionarse instrumentos válidos o adaptar otras herramientas ya existentes que permitan obtener esta información (Aranceta, 2013)²².

²¹ Contribuye a todos los pilares de la seguridad alimentaria y nutricional, pero se centra especialmente en todo lo que puede influir en el consumo de alimentos y las prácticas dietéticas: los hábitos alimentarios y la compra de alimentos, la preparación de estos, su inocuidad y las condiciones ambientales. La educación está pasando a ser indispensable en los países afectados por la globalización y la urbanización cuyos regímenes alimentarios son objeto de una transición peligrosa al consumo de alimentos elaborados baratos con alto contenido de azúcar, grasas y sal.

²² Otro aspecto muy importante es reconocer las características y peculiaridades de la comunidad en la que se trabaja, la forma en que está organizada, los servicios disponibles, las características socioculturales, etc. Son requisitos previos básicos para diseñar y poner en marcha programas de intervención que sean aceptados, que inviten a la participación y que, en definitiva, puedan tener el éxito deseado para alcanzar el fin con que se plantearon. También se requiere conocer aspectos de planificación y gestión sanitaria, estar familiarizado con las técnicas de promoción de la salud, ser capaz de aplicar diferentes métodos de evaluación del estado nutricional en poblaciones, etc.

En el siguiente cuadro se detallan las funciones prácticas propias de la nutrición comunitaria que pueden concretarse:

Cuadro N° 1: Funciones de la Nutrición Comunitaria

Funciones de la Nutrición Comunitaria
Identificar y evaluar los problemas nutricionales de los diferentes grupos que componen la población, con especial énfasis en los grupos de riesgo, incluyendo el diseño, ejecución e interpretación de estudios que conduzcan a este fin.
Asesorar en aspectos nutricionales en el marco de las políticas de salud pública.
Diseñar, desarrollar y evaluar programas de formación en nutrición para personal sociosanitario y docente, de restauración colectiva y de otras disciplinas que puedan contribuir en actividades relacionadas con la nutrición y alimentación en la comunidad.
Llevar a cabo programas de educación nutricional en el medio escolar y para la población en general.
Elaborar material educativo y de apoyo a las actividades preventivas y de promoción de la salud relacionadas con la alimentación y la nutrición.
Estimular y contribuir a las iniciativas de los medios de comunicación social en temas de dieta y salud.
Negociar modificaciones en la industria alimentaria de acuerdo con los objetivos nutricionales y guías alimentarias.
Facilitar un servicio de información en temas relacionados con la salud, la alimentación y la nutrición para profesionales sociosanitarios.
Asesorar y colaborar con instituciones que lleven a cabo actividades relacionadas con la alimentación y nutrición de colectividades.

Fuente: Adaptada de Aranceta (2013)

Sánchez y Serra (2005)²³ señalan que el interés principal de los epidemiólogos nutricionales ha sido el estudio estricto de las enfermedades más prevalentes en las sociedades occidentales, en especial las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, sin dejar de lado otras patologías tales como la diabetes, la osteoporosis, las cataratas o las malformaciones congénitas.

²³ Diversas evidencias científicas apoyan la existencia de una asociación entre factores alimentarios y nutricionales y el desarrollo de múltiples patologías, por lo que el estudio de estos factores está cobrando un interés creciente en los últimos años.

Las ECNT causaron el 70% de las muertes del mundo, nueve de las diez principales causas de muerte son ECNT (OMS, 2015)²⁴.

La OMS (2017)²⁵ define a las ECNT como:

“...enfermedades crónicas que tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos son las cardiovasculares tales como ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma, y la diabetes.”

Afectan a todos los grupos de edad, además de regiones y países, y suelen asociarse a edades avanzadas, sin embargo los datos muestran que más de 17 millones de muertes atribuibles a ECNT suceden en personas menores a 70 años. El 87% de estas muertes además ocurren en países de ingresos bajos y medios. Niños, adultos y ancianos están todos expuestos a los factores de riesgo que las favorecen, como una alimentación no saludable, falta de actividad física, exposición a humo de tabaco ajeno, y uso nocivo del alcohol. Así mismo, estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como: rápida urbanización y no planificada, globalización de estilos de vida no saludables y envejecimiento de la población.

Las dietas inadecuadas y el sedentarismo pueden manifestarse en forma de elevada tensión arterial, aumento de glucosa y lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo metabólicos", que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ECNT por lo que respecta a las muertes prematuras (OMS, 2017).

La mayoría de los factores de riesgo (FR) impactan en diversas ECNT, por lo que se pueden controlar estas a través de un solo FR. Además, un grupo reducido de estos, para nuestra región: tabaco, alcohol, hipertensión y sobrepeso, explican la mayor parte de la morbimortalidad, brindando una excelente oportunidad de intervención en prevención y control de estas enfermedades (Magnus, 2001)²⁶.

La prevalencia de la inactividad física es el resultado de un proceso de transformación cultural que ha ocurrido en la mayoría de los países desarrollados y que se está

²⁴ Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años.

²⁵ Las ECNT ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ECNT en un 33% para 2030. La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria.

²⁶ Se estima, por ejemplo, que el 75% de las enfermedades cardiovasculares se deben a dieta inadecuada, inactividad física y consumo de tabaco.

consolidando en los países en vías de desarrollo, dejando consecuencias tanto individuales como comunitarias. En las últimas décadas fue estudiado el papel del sedentarismo como un factor de riesgo cardiovascular independiente (OMS, 2009)²⁷.

Son muchos los avances en el conocimiento sobre los beneficios de la actividad física y el deporte para el desarrollo de los individuos. En un documento de la Comisión Europea del Deporte (1999), se exponen dichos beneficios en un conjunto acotado pero relevante de funciones: educativa, como un instrumento moderador de la formación y del desarrollo humano de salud pública, social y cultural, y lúdica. (Tuñón et al., 2014)²⁸

²⁷ La OMS, en su Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario y Actividad Física, propone un modelo esquemático destinado a utilizarse en los países y que busca explicar cómo influyen las políticas, los programas, y su aplicación en los cambios de comportamiento de una población. En este modelo el cambio de comportamiento de la población traería beneficios sociales, sanitarios y económicos.

²⁸ Existe una vasta bibliografía internacional en la que se promueve el diseño y puesta en marcha de distintos planes y programas sociales en el campo del deporte y la actividad física con poblaciones vulnerables y en las que se considera esencial trabajar sobre la forma en que el diseño, localización y financiamiento de la infraestructura de deportes y recreación contribuya eficientemente a la cohesión social.



Capítulo 2

Situación nutricional, estilo de vida
y actividad física

En el vocabulario existen dos términos que se utilizan como sinónimos pero no lo son, Alimentación y Nutrición. Se entiende por alimentación a la función de incorporar alimentos al organismo con el fin de mantenerse vivo. Este proceso puede ser responsabilidad del mismo individuo o de otros, dependiendo de la etapa de la vida, de las necesidades o de otras circunstancias. Así en las primeras etapas de la vida, la alimentación de los niños depende de otras personas, atendiendo a sus necesidades y a la vez transmitiendo aspectos y habilidades de la cultura en la que vive. Entonces, además de ser una actividad biológica es también una actividad social que se enseña y se aprende, es decir, es un proceso externo, educable y modificable (Cao Torija, 2013)²⁹.

El Dr. Pedro Escudero (1877) definió a la nutrición como:

“...el resultado de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, que tienen como finalidad mantener la integridad de la materia y preservar la vida” (Antico, 2004)³⁰.

Según el Consejo de Alimentación y Nutrición de la Asociación Médica Americana citado por González y Schraier, (2008)³¹ :

“La nutrición es una ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes; la interacción en relación con la salud y la enfermedad; los procesos de digestión, absorción, utilización y excreción de las sustancias alimenticias y también los aspectos económicos, culturales, sociales y psicológicos relacionados con los alimentos y la alimentación”.

La nutrición no tiene un aspecto netamente biológico, lo cual limitaría las acciones dirigidas a mejorar la situación nutricional de poblaciones. Con la nueva tridimensionalidad del concepto de nutrición se integran los aspectos sociales, en los que intervienen factores culturales como la religión, educación, hábitos alimentarios, y factores económicos. Y la última dimensión es la ecológica en la que se caracteriza por la sustentabilidad de alimentos y la utilización de cultivos como fuente de energía, que no solo apoyan la parte nutricional de las poblaciones sino que también colaboran en la conservación del medio ambiente. Los autores explican que la incidencia de enfermedades crónicas ha aumentado, por lo que resulta necesario que se tome la tridimensionalidad del concepto de nutrición para informar y proporcionar a las poblaciones los conocimientos precisos para la adopción de estilos de

²⁹ 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.

³⁰ Pedro Escudero, médico y padre de la Nutrición en Argentina. Creó las Leyes de la Alimentación para conocer la normalidad de un plan alimentario, ley de cantidad, ley de calidad, ley de armonía y ley de adecuación.

³¹ La Asociación Médica Americana (AMA) se instituyó en 1847 para promover la ciencia el arte de la medicina y el mejoramiento de la sanidad pública.

vida saludables, objetivo que sólo se logrará mediante la educación para la salud (Macias et al, 2009)³².

Los autores Timothy y Eyzaguirre (2002)³³ explican que el medio ambiente está afectado por los rápidos cambios a los que se expone, y que esto modifica las relaciones entre los humanos y los ecosistemas en los que vive. Mencionan la sobrepoblación, la pérdida de recursos biológicos, la destrucción del ecosistema asociada con el desarrollo industrial y comercial, los cambios climáticos, la urbanización, la agricultura moderna usando pesticidas y otros insumos, y la erosión de la diversidad de cultivos alimenticios debida a años de ingeniería genética enfocada en unos pocos cultivos. Tales consecuencias afectan no solo al medio ambiente sino también los patrones de salud.

Según Mahan et al (2012)³⁴ el estado nutricional manifiesta el grado de satisfacción de las necesidades nutricionales de un sujeto. Corresponde al balance entre la ingesta de nutrientes y las necesidades de los mismos. Para presentar un estado nutricional conveniente, el individuo debe consumir los nutrientes adecuados para cubrir sus necesidades diarias, incluyendo situaciones que manifiestan un aumento de las necesidades metabólicas. Mantener la salud en general implica una ingesta apropiada que favorece al crecimiento y desarrollo, colaborando también con la realización de actividades diarias y protegiendo al organismo de enfermedades. Por lo tanto la evaluación de la ingesta dietética conlleva una gran importancia para mejorar la salud pública, los investigadores y profesionales de esta área se dotan de herramientas e información, en especial de poblaciones con prevalencia elevada de patologías relacionadas con la nutrición. Las técnicas de valoración apropiadas hacen posible la detección de carencias nutricionales en etapas tempranas, lo que permite modificar la ingesta dietética mediante el soporte y el asesoramiento nutricional antes del desarrollo de un trastorno más grave. Existen diversos factores que afectan la ingesta individual, por ejemplo la situación económica, los hábitos alimentarios, el estado emocional, la cultura, la capacidad de incorporación y absorción de nutrientes. Las necesidades nutricionales dependen del trasfondo genético, los factores estresantes fisiológicos, como infecciones, los estados anabólicos, como el embarazo, la niñez o la rehabilitación, el mantenimiento global del organismo y el estrés psicológico.

La valoración nutricional puede definirse como la interpretación de la información recolectada de los estudios dietarios, de laboratorio, antropométrico y clínico, la cual es

³² Con la nueva tridimensionalidad de la nutrición se pretende modificar la concepción del concepto al integrar los aspectos sociales y ecológicos que intervienen en esta.

³³ La Convención sobre Biodiversidad reconoce en su preámbulo que "... la conservación y el uso sostenible de la biodiversidad biológica es de suma importancia para satisfacer la alimentación, la salud y otras necesidades de una población mundial en crecimiento, para lo cual el acceso a y el compartir tanto los recursos genéticos como las tecnologías son esenciales"

³⁴ Una valoración completa aumenta la probabilidad de aplicación de intervenciones eficaces encaminadas a la resolución de los diagnósticos nutricionales identificados.

utilizada en la determinación del estado nutricional de individuos o poblaciones, influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes. Los cuatro sistemas para la evaluación nutricional son: las encuestas, la vigilancia, la proyección y las intervenciones.

Dentro de estos sistemas, las encuestas nutricionales resultan ser las de mayor uso ya que permite la descripción de los hábitos y costumbres de los grupos y realizar las asociaciones entre los riesgos y el estado nutricional.

Para la evaluación nutricional, se emplean diferentes métodos. Uno es la medición de parámetros antropométricos que involucran las medidas de las dimensiones físicas y la composición del cuerpo. Estas mediciones varían de acuerdo con la edad y algunas veces con el sexo y la raza. Los métodos de la medición antropométrica se clasifican en 2 tipos: un grupo evalúa el tamaño del cuerpo y el otro determina la composición; este último permite la determinación de la grasa corporal y la masa libre de grasa (Gibson, 2005)³⁵.

En el caso de Argentina, a lo largo de su historia, atravesó diferentes fases respecto a su situación nutricional. En la década de los '80 se destacó por presentar las primeras acciones orientadas a enfrentar la desnutrición en su territorio. Luego en los '90, se enfocó en carencias nutricionales específicas, de las cuales la más estudiada fue la anemia por deficiencia de hierro. En la actualidad no está exenta de la problemática global, la epidemia mundial de sobrepeso (SP) y obesidad (O), un problema sanitario que perjudica a todos los grupos de edad, incluyendo la infancia (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)³⁶.

Al igual que en sociedades más desarrolladas, la prevalencia de exceso de peso está aumentando en toda la región latinoamericana. Según datos de la OMS del año 2010, los países de la región que presentan mayor proporción de población con obesidad son Chile (25,7%) y Uruguay (24,6%), resultados similares a los registrados en algunos países de Europa. En Argentina la población adulta con obesidad representó el 14,6% en 2005, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, mientras que en 2009 aumentó significativamente al 18,0% y en 2013 20,8% (Acosta y Peláez, 2015)³⁷.

Una de las condiciones que contribuyen al aumento de peso en las poblaciones son los ambientes obesogénicos, debido a la adopción de un estilo de vida más urbanizado y sedentario, producto del avance de la industria. También una proporción más pequeña de la

³⁵ Encuestas nutricionales a nivel nacional generan valiosa información sobre el alcance de los problemas nutricionales existentes, y pueden ser usadas para orientar recursos para esos subgrupos de población necesitados y para formular políticas buscando un mejor estado nutricional de la población

³⁶ En el contexto de las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, puede observarse que los cambios en los patrones de morbimortalidad de la población pasaron progresivamente de presentar perfiles con prevalencia de patologías agudas, fundamentalmente infecciosas, a perfiles en los que prevalecen ECNT.

³⁷ El sobrepeso y la obesidad constituyen el principal factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, además de estar asociadas a innumerables consecuencias psicológicas.

población está afectada por factores genéticos, aunque los socio-ambientales desempeñan un papel esencial en el aumento el peso de los individuos (Tempestti et al., 2015)³⁸.

En un estudio realizado por Elgart et al (2010)³⁹ los autores buscan identificar y caracterizar las relaciones entre sobrepeso/obesidad, Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) y diversas características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas en Argentina. La dupla sobrepeso/obesidad y su asociación con otros FRCV muestran un aumento creciente que alcanza características de epidemia a nivel mundial. Los resultados de este estudio demuestran que Argentina no está ajena a esa realidad, dado que el sobrepeso/obesidad representa un serio problema de salud pública por su elevada prevalencia (50,5%). Cabe mencionar que aunque el sobrepeso/obesidad es un factor de riesgo cardiovascular independiente, su frecuente asociación con otros FRCV aumenta su morbilidad y, consecuentemente, su costo de atención.

La evaluación de la asociación entre obesidad, índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y nivel de educación, demostró que el 16,2% de las personas con obesidad y el 15,4% de aquellas con sobrepeso presentaban algún tipo de NBI como: vivienda inadecuada, hacinamiento, hogar sin baño, etc. Este resultado fue significativamente superior al obtenido en población con peso normal. También se observó que las personas con sobrepeso/obesidad tenían un nivel de instrucción inferior al de la población con peso normal. La obesidad generalmente se asoció con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes. La obesidad aislada, sin otros FRCV asociados, en población adulta se verificó en el 31,2% de los casos, mientras que en el 40,4% estuvo asociada con uno de estos factores y en el 24,6% con dos. En el primer caso, la hipertensión fue el FRCV asociado más frecuente (48,1%), seguido por el tabaquismo (31,6%).

Se identificaron 18 enfermedades asociadas al sobrepeso/obesidad, tales como Diabetes Mellitus 2 (DMT2), todas las enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, artritis y otras.

En otro estudio, realizado por Tempestti et al. (2014)⁴⁰, se buscó describir el estilo de vida en personas adultas de la provincia de Salta y examinar la asociación de estos con el estado nutricional y variables sociodemográficas de esa población. Como resultado se

³⁸ El estudio y conocimiento de los estilos de vida de las poblaciones permite visualizar la relación entre el modo de vida y la salud resultando una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

³⁹ Las fuentes de información utilizadas en el estudio fueron la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2005), la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), las tablas de Vida/Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) y las Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

⁴⁰ Estudio fue de carácter descriptivo transversal con un muestreo no intencional de adultos, comprendidos entre 18 y 50 años de edad, de ambos sexos, concurrentes a las oficinas del Registro Civil de la provincia de Salta, entre los meses de noviembre y diciembre de 2012.

encontró un predominio de los estilos de vida “buenos” y “excelentes” en la población estudiada, además existió una asociación significativa entre los mismos y el estado nutricional, a menor índice de masa corporal (IMC)⁴¹ correspondieron estilos de vida más saludables. Por otro lado, los individuos con sobrepeso/obesidad fueron los que mostraron valores más bajos sobre nutrición y actividad físicas. Las personas con estilos de vida críticos, “regular” a “muy malo”, mostraron valores de IMC más elevados.

Según Ferrari (2014)⁴² estos comportamientos o estilos de vida adoptados influyen en la selección de alimentos, forma de prepararlos, la manera de presentarlos en la mesa, la forma de comerlos, cómo se combinan y con quién se comparten, entre otras cosas. Son los denominados hábitos alimentarios que dependen de la cultura, creencias y costumbres, y constituyen un factor determinante de la salud, ya que muchos de estos hábitos son perjudiciales, nos hacen más susceptibles a la aparición de enfermedades, y otros son beneficiosos favoreciendo nuestro estado de salud. En las últimas décadas se están produciendo cambios en la ingesta de las personas, se están consumiendo en menor cantidad de frutas y verduras, mientras se eligen cada vez más alimentos procesados, que suelen tener una elevada proporción de sodio, hidratos de carbono de absorción rápida, más grasa, mayor densidad energética, menor contenido de fibra y menor poder de saciedad. Este tipo alimentación no saludable favorece la aparición de ECNT, a través de una ingesta elevada de energía, hidratos de carbono simples, sodio, grasas saturadas y grasas trans e insuficiente cantidad de frutas, verduras y otros alimentos ricos en vitaminas, minerales, fibras y grasas poliinsaturadas.

Con el fin de crear una herramienta para aportar conocimientos sobre la alimentación y favorecer la práctica de comportamientos alimentarios y nutricionales saludables se crearon las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA)⁴³

Representan una estrategia importante en el campo de la educación nutricional destinada a la población general, y combinan saberes y avances científicos sobre los requerimientos nutricionales y composición de alimentos, brindando material educativo con el fin de facilitar la elección de hábitos alimentarios adecuados en la población.

⁴¹ El conocimiento de esta medida nos permitirá conocer si estamos dentro de la media de peso considerada como saludable o si en su defecto nos hayamos por encima de la medida estándar y por caso estamos padeciendo de sobrepeso

⁴² En todo este deterioro de la alimentación, es muy importante el papel de la educación nutricional, basada en la certeza de que el cambio de patrones y actitudes alimentarias actuales hacia otras más saludables, restaurando los hábitos perdidos de nuestros antepasados, tendría una gran influencia en la disminución de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, todas ellas muy relacionadas con la alimentación.

⁴³ El sentido primario de las guías alimentarias es favorecer la promoción de estilos de vida más saludables y la prevención de problemas de salud relacionados con la dieta de la población desde un enfoque basado en alimentos.

También sirven para la planificación de sectores como: salud, educación, producción, industria, comercio, y todos los que trabajen la temática de alimentación. Son de carácter nacional y para su diseño se tuvo en cuenta la situación alimentaria, nutricional y epidemiológica de todo el país.

Las guías otorgan las metas nutricionales para la población argentina en mensajes prácticos para usuarios y destinatarios, redactados en un lenguaje sencillo, coloquial y comprensible, proporcionando herramientas que puedan conjugar las costumbres locales con estilos de vida más saludables.

El material didáctico resultante de la construcción de las guías incluye la siguiente gráfica⁴⁴:

Gráfico N° 1: Gráfica de Alimentación Saludable, Argentina 2016



Fuente: GAPA 2016, Ministerio de Salud de la Nación Argentina

⁴⁴ Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/component/content/article/9-informacion-ciudadanos/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>

En el siguiente cuadro se mencionan los diez mensajes destinados a la población:

Cuadro N°1: Mensajes Principales de las GAPA

Mensaje 1	<i>Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.</i>
Mensaje 2	<i>Tomar a diario 8 vasos de agua segura.</i>
Mensaje 3	<i>Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.</i>
Mensaje 4	<i>Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.</i>
Mensaje 5	<i>Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.</i>
Mensaje 6	<i>Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.</i>
Mensaje 7	<i>Al consumir carnes, quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.</i>
Mensaje 8	<i>Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.</i>
Mensaje 9	<i>Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.</i>
Mensaje 10	<i>El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.</i>

Fuente: adaptada de Guías Alimentarias de la Población Argentina, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2016⁴⁵

Modificar los hábitos no resulta tarea sencilla, ya que implica cambiar una manera de vivir que está muy ligada al patrón cultural adquirido a lo largo de la vida. Pero es necesario trabajar sobre estos malos hábitos, es decir, los factores de riesgo. La hipertensión arterial,

⁴⁵ El propósito de las guías alimentarias es contribuir a un cambio de hábitos alimentarios en la población que conlleven a mejorar su estado de salud y calidad de vida, dirigido a población general mayor de 2 años de edad que habita el suelo argentino.

la hipercolesterolemia y el tabaquismo son los 3 factores de riesgo cardiovascular de mayor relevancia y son modificables. Otras afecciones o factores modificables son: diabetes, sedentarismo, obesidad o sobrepeso, consumo excesivo de alcohol y otras drogas. En cambio, la edad y el sexo de hombres >55 años y mujeres >de 65 años, y los antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura en hombres < de 55 años y mujeres < de 65 años se consideran no modificables.

El control de la dislipemia, la eliminación del consumo de tabaco, el control de la hipertensión arterial, la diabetes, el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo, se convierten en el objetivo fundamental de los programas de prevención de las enfermedades cardiovasculares (González y Laspiur, 2015)⁴⁶.

También un estilo de vida activo es fundamental para el control de peso, descender cifras de tensión arterial, tener menor incidencia de diabetes y enfermedad cardiovascular, y mayor bienestar psicológico. La falta de actividad física es uno de los problemas extendidos a nivel mundial y en rápido aumento en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. La disminución del desplazamiento caminando o en bicicleta que se realiza en medios de transporte, y el uso masivo del automóvil y de otros medios mecánicos que ahorran esfuerzo físico ha contribuido a ello. Además hubo cambios en la estructura del empleo que implican mayor tiempo de desplazamiento desde el hogar al trabajo, reduciendo el tiempo otorgado a una actividad física, o también a la compra y preparación de alimentos (Murray et al, s.f.)⁴⁷.

La OMS ha elaborado las *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*⁴⁸, con el objetivo de proponer instrucciones para la formulación de políticas a nivel nacional y regional, fomentar este hábito saludable y mejorar la salud en general.

Considera tres grupos de edades en los que describen recomendaciones y beneficios, fundamentadas científicamente. La duración, intensidad, frecuencia, y cantidad total de actividad física necesaria para mejorar la salud constituye una información esencial para los formuladores de políticas y la población en general.

⁴⁶ Los autores mencionan que se deben diseñar estrategias de intervención orientadas a la consecución de objetivos terapéuticos concretos, mediante el diseño y el desarrollo de planes de cuidados que incluyan modificaciones en aquellos hábitos de la vida de la persona que no sean saludables, así como la utilización de medicamentos, ajustados a las características particulares de cada caso.

⁴⁷ La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.

⁴⁸ Para ampliar a información:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

La OMS (2017)⁴⁹ recomienda:

Cuadro N°2: Recomendación de actividad física

Para niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad	Practicar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa.
	Duraciones superiores a los 60 minutos de actividad física procuran aún mayores beneficios para la salud.
	Ello debe incluir actividades que fortalezcan los músculos y huesos, por lo menos tres veces a la semana.
Para adultos de 18 a 64 años de edad	Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente entre actividad moderada e intensa.
	Para obtener mayores beneficios para la salud los adultos deben llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada, o su equivalente.
	Conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular 2 o más días a la semana y de tal manera que se ejerciten grandes conjuntos musculares.
Para adultos de 65 o más años de edad	Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente entre actividad moderada e intensa.
	Para obtener mayores beneficios para la salud estas personas deben llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada, o su equivalente.
	Las personas con problemas de movilidad deben practicar actividad física para mejorar su equilibrio y prevenir caídas por lo menos 3 días a la semana.
	Conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular 2 o más días a la semana y de tal manera que se ejerciten grandes conjuntos musculares.

Fuente: Adaptada de Guías Alimentarias de la Población Argentina (2016)

⁴⁹ La OMS ha establecido varias alianzas destinadas a secundar a los Estados Miembros en su esfuerzo por promover la actividad física, en particular con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Oficina de las Naciones Unidas sobre el Deporte para el Desarrollo y la Paz (UNOSDP).

La intensidad con que se practican distintas formas de actividad física varía según las personas. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debe realizarse en períodos de al menos 10 minutos de duración.

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2016)⁵⁰ describe en las GAPA los beneficios de la actividad física:

Cuadro N°3: Beneficios de la actividad física

<i>Los beneficios de realizar Actividad Física</i>
Reduce el riesgo de muerte prematura, prolonga la vida y mejora la calidad de los años por vivir.
Reduce el estrés y mejora el estado de ánimo. Facilita la socialización, reduce la depresión y la ansiedad.
Preserva las funciones mentales como la comprensión, la memoria y la concentración.
Mejora el equilibrio, la coordinación y la flexibilidad articular.
Mejora la salud ósea y previene la osteoporosis
Ayuda a perder peso junto a un plan de alimentación adecuado.
Mejora la función cardio-respiratoria, contribuye al manejo y descenso habitual de la presión arterial.
Previene el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipemia y la enfermedad cardio-cerebrovascular.
Contribuye a la prevención del cáncer de colon y mama.

Fuente: Adaptada de OMS (2010), *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.*

Según la OMS:

“...se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”.

No debe confundirse actividad física con ejercicio, este último es una variante de la actividad física, ya que está planificado, estructurado, es repetitivo y realizado con el fin de alcanzar determinados componentes de la aptitud física y mejorarlos. La actividad física engloba el ejercicio, pero también otras actividades que suponen movimiento corporal y se realizan como parte de juegos, del trabajo, de formas de transporte activas, de tareas hogareñas y de actividades recreativas. Aumentar el nivel de actividad física es una

⁵⁰ Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige trabajar con una mirada poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente apropiada.

necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una visión a nivel población, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente adecuada. (OMS, 2017)⁵¹

Según resultados de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2013)⁵², la prevalencia de actividad física baja fue de 54,7%, manteniéndose estable respecto de la registrada anteriormente en la 2° ENFR 2009 (54,9%).

Asimismo, y en relación con los resultados de la 2° edición de la encuesta, se observó que las mujeres registraron mayor prevalencia de actividad física baja (57,4%) en comparación con los varones (51,8%); se evidenció también que fue mayor en el grupo de 65 años y más (67,6%). Este indicador aumentó a menor nivel educativo y no se registraron diferencias en cuanto al ingreso total del hogar por unidad consumidora.

En cuanto a las razones por las cuales las personas refirieron no haber realizado ningún tipo de actividad física durante la última semana, el 38,7% mencionó no haberlo hecho por falta de tiempo, el 26,8% no lo hizo por razones de salud, y un 14,2% refirió falta de voluntad.

El autor Ortiz Hernández (2008)⁵³ explica que un factor determinante de la realización de la actividad física es la disponibilidad y accesibilidad a espacios recreativos, las personas que viven en barrios en donde hay más instalaciones deportivas privadas realizan más actividad física que en otros barrios con menor infraestructura. Describe que existen espacios de recreación en cualquier área residencial, con excepción de aquellas muy marginadas, y que las personas con menores ingresos pueden enfrentarse con mayor frecuencia a las siguientes situaciones: las instalaciones a las que acceden muchas veces no cuentan con todos los servicios o el equipo que se requiere, por lo que necesitan además realizar gastos extras para adquirirlos; existen en esos barrios mayor inseguridad, lo que limita la práctica de deportes al aire libre, y en ocasiones deben recorrer distancias muy largas para llegar a lugares donde pueden practicarlos, lo que implica gasto de tiempo y/o dinero. Estos obstáculos para realizar actividades deportivas pueden ser el motivo por el que

⁵¹ La actividad física es un determinante clave del gasto energético, y por lo tanto fundamental para el equilibrio calórico y control del peso.

⁵² Se utilizaron preguntas adaptadas del cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), que permitieron discriminar a la población en activos e inactivos y medir el nivel de actividad en la última semana.

⁵³ El autor describe la necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y la nutrición. En la actualidad, para entender la situación de alimentación y nutrición de las poblaciones es frecuente que se recurra al enfoque de estilo de vida, en el cual se parte de la premisa de que las conductas de los sujetos pueden explicar el incremento de enfermedades crónico degenerativas. Ortiz Hernández menciona las limitaciones de este enfoque y considera que la epidemiología social es un paradigma que puede permitir analizar las condiciones de alimentación y nutrición de las poblaciones superando algunas de las limitaciones de la noción de estilo de vida, contextualizando al individuo en una población, y caracterizándolo en distintos niveles: 1) social: que incluye, entre otros, las formas de gobierno y las formas de desigualdad social, 2) grupal, encontrándose la familia, los grupos de pares, el sitio de trabajo, la escuela y las localidades de residencia y 3) individual, que abarca las características biológicas, la subjetividad y las conductas de las personas.

se involucran con mayor frecuencia en actividades recreativas sedentarias como ver televisión o jugar con videojuegos.

Diseño metodológico

El diseño del presente trabajo es de tipo descriptivo ya que se observa y se detalla la frecuencia de las variables obtenidas. Se recolectarán datos para describir la situación tal y como es.

En cuanto la ocurrencia de los hechos, el estudio es transversal, se realizará en un momento determinado, y no tendrá continuidad en el tiempo.

La población a estudiar son los asistentes a un polideportivo municipal ubicado en Mar del Plata

La unidad de análisis es cada uno de los asistentes a un polideportivo municipal ubicado

La muestra es no probabilística compuesta por 40 asistentes a un polideportivo municipal elegidos de manera casual.

Las variables a estudiar son:

▪ **Sexo**

Definición conceptual: Condición de tipo orgánica que permite distinguir a una persona de tipo femenino y masculino.

Definición operacional: Condición de tipo orgánica que permite distinguir al participante en tipo femenino o masculino. Esta variable se indagará a través de una encuesta autoadministrada.

Sexo: F (femenino) / M (masculino)

▪ **Edad**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Tiempo que han vivido los asistentes a un polideportivo municipal contando desde su nacimiento.

Los participantes registrarán su edad en años en una encuesta autoadministrada

▪ **Estado nutricional**

Definición conceptual: Resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales.

Definición operacional: Resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales de los asistentes a un polideportivo municipal. Para determinarlo se utilizará el IMC (Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet). Este índice se obtiene dividiendo el Peso corporal, expresado en Kg, por la Talla, en metros al cuadrado.

• *Peso corporal*: Es una medición precisa y confiable que indica la masa corporal total del individuo. Se obtendrá mediante balanza digital expresado en kilogramos, el participante se encontrara descalzo y con ropa holgada.

• *Talla*: Medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. Para obtener la talla el participante deberá colocarse de espaldas al tallímetro portátil descalzo con los talones tocando el plano posterior, cuerpo erguido y cabeza erecta mirando al frente en posición Frankfort.

Cuadro 4: Clasificación de IMC

IMC= Peso (Kg)/ Talla (m ²)		
Bajo Peso	<18,5 kg/m ²	
Peso Normal	18,5 - 24,99 kg/m ²	
Sobrepeso	25 - 29,99 kg/m ²	
Obesidad	Tipo I	30 - 34,99 kg/m ²
	Tipo II	35 – 39,99 kg/m ²
	Tipo III	≥ 40 kg/m ²

Fuente: Adaptado de OMS (2014)

▪ Hábitos alimentarios

Definición conceptual: Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación.

Definición operacional: Hábitos adquiridos a lo largo de la vida por los asistentes a un polideportivo municipal que influyen en su alimentación.

Se evaluarán las siguientes dimensiones: comidas que realiza al día, formas de preparación que predominan en sus comidas, e ingesta de alimentos consumidos fuera de las comidas principales y motivos de su ingesta. Estos datos se recolectarán a través de una encuesta autoadministrada de preguntas con respuestas de múltiple elección. También se indagará la frecuencia de consumo de alimentos y sus porciones, a través de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos autoadministrado, comparando los resultados con las recomendaciones de las Guías Alimentarias de la Población Argentina (2016).

▪ **Práctica de actividad física**

Definición conceptual: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Definición operacional: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía en los asistentes a un polideportivo municipal.

El instrumento a utilizar para evaluar la variable es una encuesta autoadministrada donde se indagará sobre la práctica de actividad física realizada por los usuarios en el polideportivo y también la actividad física realizada fuera del establecimiento, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: tipo de actividad física, frecuencia y duración de la misma. Finalmente se evaluará si cumplen con las recomendaciones mundiales de actividad física brindadas por la OMS⁵⁴.

▪ **Tipo de actividad física:**

Definición conceptual: Categorización de la actividad física en función de la intensidad de la misma.

Definición operacional: Categorización de la actividad física realizada por los asistentes a un polideportivo municipal en función de la intensidad de la misma.

Se consultará a través de encuesta autoadministrada y se considerará: Aeróbico moderado/ Aeróbico intenso.

La OMS menciona los grados de intensidad:

Cuadro 5: Tipo de actividad física

Actividad física aeróbica moderada	Caminatas intensas, bailar, jardinería, tareas domésticas, natación liviana.
Actividad física aeróbica intensa	Bicicleta, natación moderada e intensa, deportes y juegos competitivos (futbol, básquet, vóley, hockey), trabajos intensos, desplazamiento de cargas pesadas (>20kg), gimnasia aeróbica, kick boxing.

Fuente: Adaptado de OMS

⁵⁴ La OMS concluye las Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, la buena forma muscular y la salud ósea, y reducir el riesgo de ECNT en adultos de 18 a 64 años. Para ampliar la información puede acceder a : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

▪ Frecuencia de la actividad física:

Definición conceptual: Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. La frecuencia suele estar expresada en sesiones, episodios o tandas semanales.⁵⁵

Definición operacional: Número de veces que el asistente a un polideportivo municipal realiza un ejercicio o actividad

Los datos se obtendrán de una encuesta autoadministrada y se categorizará: 1 vez por semana/ 2 veces por semana/ 3 veces por semana / 4 veces por semana/ 5 veces por semana.

▪ Duración de la actividad física:

Definición conceptual: Período de tiempo en el que se desarrolla la actividad física.

Definición operacional: Período de tiempo en el que el asistente a un polideportivo municipal desarrolla la actividad física.

Los datos se obtendrán de una encuesta autoadministrada y se clasificará en: <15 minutos/ 30 minutos/ 45 minutos/ 60 minutos/ 120 minutos.

▪ Percepción del servicio ofrecido por el polideportivo

Definición conceptual: Valoración de los usuarios sobre la calidad de un servicio y su grado de satisfacción. La percepción está relacionada con las expectativas del servicio que tiene el usuario.

Definición operacional: Valoración de los usuarios de un polideportivo municipal sobre la calidad de su servicio y su grado de satisfacción.

Se evaluará en una encuesta autoadministrada a través de premisas sobre el servicio ofrecido clasificando su grado de conformidad:

"Muy en desacuerdo", "En desacuerdo", "De acuerdo", "Bastante de acuerdo", "Muy de acuerdo"

⁵⁵ Concepto utilizado para la elaboración de las Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud, OMS (2010).

A continuación, se presentará el consentimiento informado:

El siguiente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física de los asistentes mayores de 18 años que concurren a un polideportivo municipal. Es conducido por Eliana Gretel Bega, estudiante de la carrera Lic. En Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA, con el fin de realizar su tesis de grado. Los fines de la encuesta son meramente académicos, se garantiza secreto estadístico y confidencial de la información brindada por los encuestados exigidos por la ley. La encuesta no provocará ninguna complicación ni implicará gasto económico. La decisión de participar es voluntaria.

Si usted accede a participar del estudio se le solicitará completar una encuesta y también se tomarán medidas antropométricas, peso y talla, sin presentar ningún efecto adverso hacia su persona.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Desde ya muchas gracias.

Yo _____ acepto participar de esta investigación

Firma

Nº de encuesta:.....

Fecha:.....

Peso:

Estatura:

1- Sexo (marque con una cruz)

Femenino

Masculino

2- Edad:

3- Barrio:

4- Ocupación (marque con una cruz)

trabajador/a

jubilado/a

estudiante

desocupado/a

5- Indique qué tipo de alimentos consume, su frecuencia y su cantidad, completando la siguiente tabla.

Alimentos	Tipo	Veces por semana	Porción cada vez que consume
Leche	Entera	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200cc)
	Semidescremada	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200cc)
	Descremado	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200cc)
Yogurt	Entero	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 pote chico (125cc) <input type="checkbox"/> 1 pote solo (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/> 1 botellita o vaso bebible (200cc) <input type="checkbox"/> 1 taza bebible (250cc)
	Descremado	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 pote chico (125cc) <input type="checkbox"/> 1 pote (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/> 1 botellita o vaso bebible (200cc) <input type="checkbox"/> 1 taza bebible (250cc)
Queso	Untable	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo té al ras (5 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo postre al ras (10 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada sopera al ras (15 gr)
	Queso Blandos	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> Una porción tipo celular chico (60 gr) <input type="checkbox"/> Una porción chica tipo caja de fósforos (30gr)

Alimentos	Tipo	Veces por semana	Porción cada vez que consume
Huevo Entero		<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 huevo (50gr) <input type="checkbox"/> 2 huevos (100gr) <input type="checkbox"/> 3 huevos (150gr)
Carnes	Vaca	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> ½ bife (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 bife (150 gr) <input type="checkbox"/> 2 bifes (300 gr)
	Pollo	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 pata (80gr) <input type="checkbox"/> ½ pechuga (100gr) <input type="checkbox"/> ¼ de pollo (250gr)
	Pescado	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> ½ filet (70gr) <input type="checkbox"/> 1 filet (120 gr) <input type="checkbox"/> 2 filettes (240gr)
Vegetales	Tomate, berenjena, zapallitos, morrón, cebolla, zapallo, zanahoria, remolacha, cebolla de verdeo, pepino, brócoli, lechuga, achicoria	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/> 1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 unidad grande (200 gr)
	Acelga, espinaca	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 taza cocida chica (70gr) <input type="checkbox"/> 1 taza cocida mediana (150gr) <input type="checkbox"/> 1 taza cocida grande (200gr)
	Papa, batata, choclo	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 unidad grande (300gr) <input type="checkbox"/> 1 unidad mediana (180gr) <input type="checkbox"/> 1 unidad chica (100gr)
Frutas		<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> 1 unidad chica (100 g) <input type="checkbox"/> 1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/> 2 unidades medianas (300gr)
Cereales y legumbres	Fideos, arroz, pastas, ñoquis, lentejas, porotos, garbanzos	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	<input type="checkbox"/> ¼ plato en cocido (60 gr) <input type="checkbox"/> ½ plato en cocido (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 plato en cocido (240 gr)

Alimentos	Tipo	Veces por semana	Porción cada vez que consume
Pastas rellenas	Ravioles, sorrentinos, raviolones, capelettinis, ñoquis	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>16 unidades en cocido (100 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>1 plato en cocido (200 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 platos en cocido (400 gr)</i>
Pan	Pan blanco	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 mignon (30 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 mignones (60 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>3 mignones (90 gr)</i>
	Pan integral	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 mignon (30 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 mignones (60 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>3 mignones (90 gr)</i>
Galletitas Dulces	Dulces	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>5 unidades (30 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>10 unidades (60 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>15 unidades (90 gr)</i>
Galletitas tipo agua	Agua, tipo crocante, con o sin sal, salvado, de arroz	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>5 unidades (30 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>10 unidades (60 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>15 unidades (90 gr)</i>
Productos de pastelería	Facturas, tortas, bizcochuelo, tortas fritas, bizcochitos	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 unidad (50gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 unidades (100gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>3 unidades (150gr)</i>
Azúcar		<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 cucharada tipo té (5 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 cucharadas tipo té (10 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>4 cucharadas tipo té (20 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>6 cucharadas tipo té (30 gr)</i>
Dulces	Mermelada, miel, dulce de leche	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>2 cucharadas tipo té (10 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>4 cucharadas tipo té (20 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>6 cucharadas tipo té (30 gr)</i>

Alimentos	Tipo	Veces por semana	Porción cada vez que consume
Golosinas		<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 alfajor doble (50 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>1 alfajor triple (70gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>3 cuadraditos de chocolate (25 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>1 turrón (20 gr)</i>
Cuerpos grasos	Aceite, de maíz, girasol, oliva, soja	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 cucharada sopera (10cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 cucharadas soperas (20cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>4 cucharadas soperas (40cc)</i>
	Manteca, margarina, grasa vacuna	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 rulo (5gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>3 rulos (15gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>6 rulos (30gr)</i>
	Mayonesa	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 cucharada sopera (30gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 cucharadas soperas (60gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>1 cucharada tipo té (10 gr)</i>
	Crema de leche	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 cucharada sopera (20gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>1 cucharada tipo té (10gr)</i>
Snacks	Maicitos, papas fritas, palitos	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 taza tipo té (25 gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 tazas tipo té (50 gr)</i>
Fiambres (no queso)		<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 feta (15gr)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 fetas (30gr)</i>
Bebidas	Agua	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 vaso mediano (200cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 vasos medianos (400 cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>4 vasos medianos (800cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>6 vasos medianos (1200cc)</i>

	Gaseosas y aguas saborizadas con azúcar	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 vaso mediano (200cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 vasos medianos (400 cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>4 vasos medianos (800cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>6 vasos medianos (1200cc)</i>
	Gaseosas y aguas saborizadas sin azúcar	<input type="checkbox"/> <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> <i>Menos de 1 vez por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>1-2 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>3-4 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>5-6 veces por semana</i> <input type="checkbox"/> <i>Todos los días</i>	<input type="checkbox"/> <i>1 vaso mediano (200cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>2 vasos medianos (400 cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>4 vasos medianos (800cc)</i> <input type="checkbox"/> <i>6 vasos medianos (1200cc)</i>

7- ¿Cuáles de las siguientes comidas realiza por día? (marque con una cruz la/las correspondiente/es)

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena
- Colaciones (entre comidas)

8 - ¿Qué formas de preparación predominan en sus comidas? (elija la/las correspondiente/es)

- Frito
- Horno
- Asado o a la plancha
- Salteado o wok
- Al vapor o Hervido
- Guisados
- Otros

9- ¿Come fuera de hora? No Si

Si la respuesta es "Si"...

¿Por qué? Nervios/ansiedad Falta de tiempo Aburrimiento Placer Otra

10- Realiza actividad física en el polideportivo? Si No

Complete el siguiente cuadro respecto a la/las actividad/es que realiza en el **polideportivo**

Tipo de actividad	Frecuencia	Duración por vez
Actividad realizada 1: _____	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5 veces por semana	<input type="checkbox"/> < 15 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 45 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos
Actividad realizada 2 : _____	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5 veces por semana	<input type="checkbox"/> < 15 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 45 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos
Actividad realizada 3: _____	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5 veces por semana	<input type="checkbox"/> < 15 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 45 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos

11- ¿Realiza alguna actividad fuera del polideportivo? Si No (Si la respuesta es “Sí” complete el siguiente cuadro)

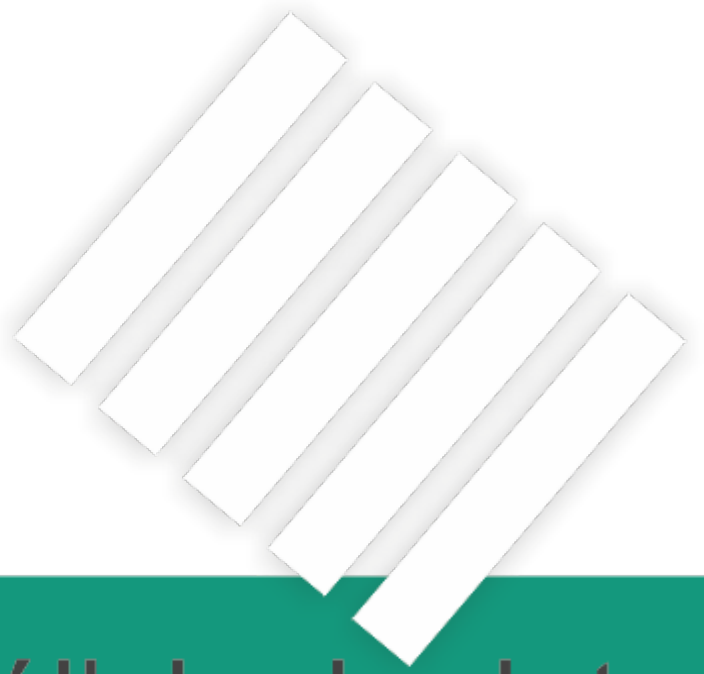
Actividad	Frecuencia	Duración por vez
Detalle aquí la actividad realizada (incluye caminatas, jardinería, bicicleta, bailar): <hr/>	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5 veces por semana <input type="checkbox"/> 6 veces por semana <input type="checkbox"/> 7 veces por semana	<input type="checkbox"/> <10 minutos <input type="checkbox"/> 15 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 45 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos

12- ¿Realiza ejercicios de musculación? SI No

Si la respuesta es “Si”... señale cuántas veces por semana: _____

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
Estoy satisfecho con la actividad que realizo					
Con esta actividad obtengo los resultados que esperaba					
El profesor adapta las clases a mis necesidades					
La información sobre las actividades que se desarrollan en el polideportivo es adecuada					
Me ha resultado sencillo inscribirme en la actividad que quería realizar					
El trato con el personal es el adecuado					
Las instalaciones están lo suficientemente limpias					
Se dispone de suficiente material para las clases					

13- En cuánto a las siguientes afirmaciones sobre el servicio brindado por el polideportivo marque con una cruz la opción que considere adecuada.



Análisis de datos



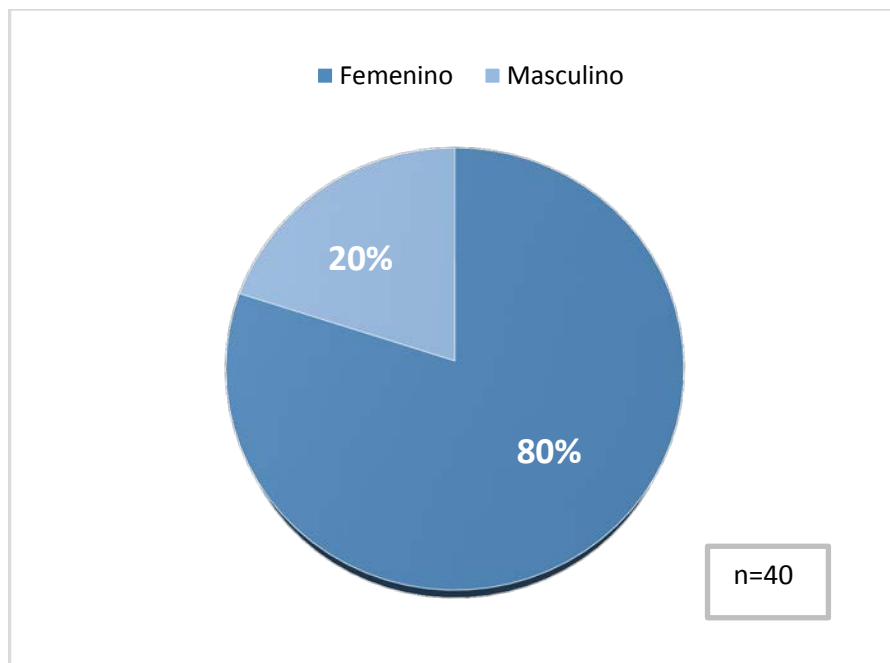
El objetivo de esta investigación es evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física de adultos mayores de 18 años que asisten a un polideportivo municipal ubicado en Mar del Plata durante el mes de septiembre del año 2017.

Se aplicó una encuesta personal prediseñada y autoadministrada, y luego toma de medidas antropométricas, específicamente Peso y Talla.

A partir de las encuestas realizadas surgen los siguientes resultados.

En el gráfico N°1 se puede observar la distribución por sexo de los individuos, la cual corresponde en un 80% al sexo femenino y un 20% al masculino.

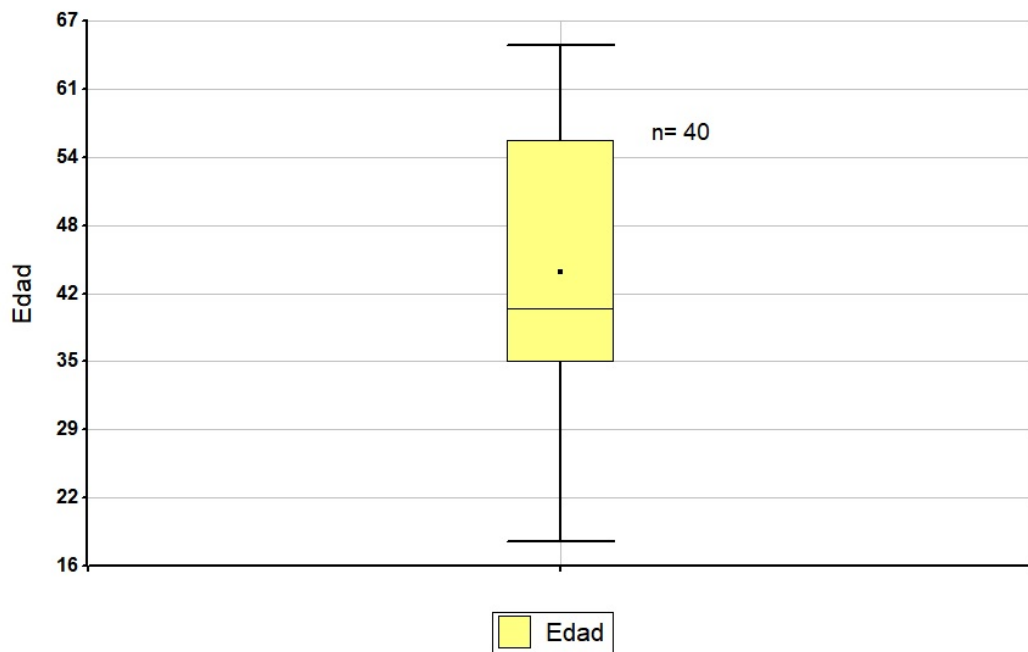
Gráfico N°1: Sexo



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la edad de los participantes está comprendida entre 18 y 64 años, con una mediana de 40 años. En el gráfico N° 2 se puede observar que el 25% de la muestra de menor edad, comprendida entre 18 y 35 años, se presenta de manera dispersa, por el contrario en el bigote superior se puede observar mayor concentración de edad, desde los 56 años hasta los 64 años. Dentro de la caja, en la porción inferior describe que un 25% de la población concentra sus edades entre 35 y 40 años, no así en el área superior en el que las edades están más dispersas con un rango desde los 40 años hasta los 56 años.

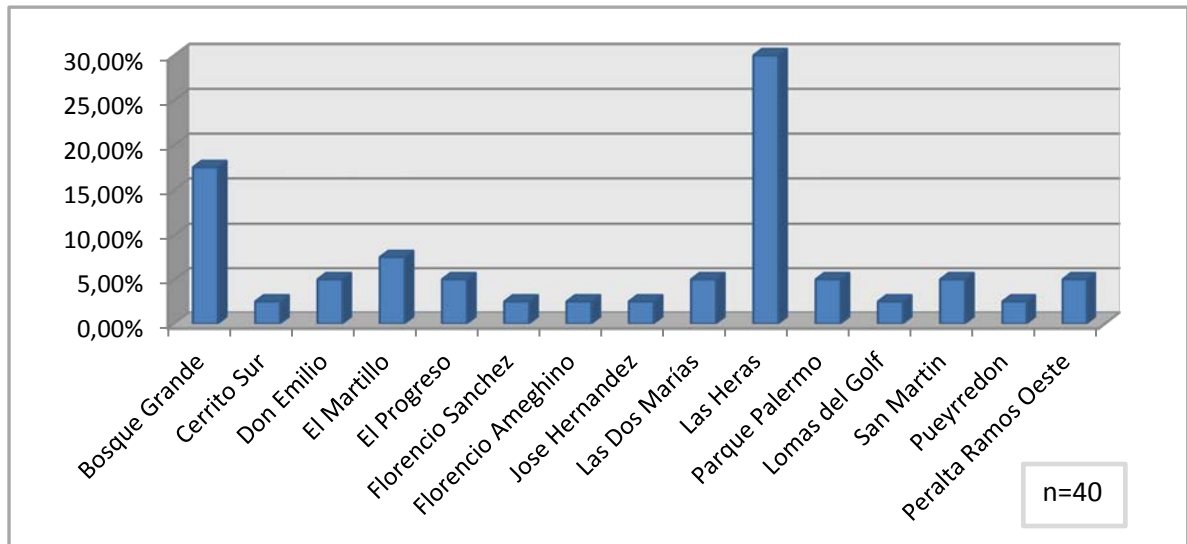
Gráfico N° 2: Distribución de edades de los individuos



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 3 se representa la distribución de la muestra con respecto a los barrios de donde provienen los individuos.

Gráfico N° 3: Distribución de participantes según barrio

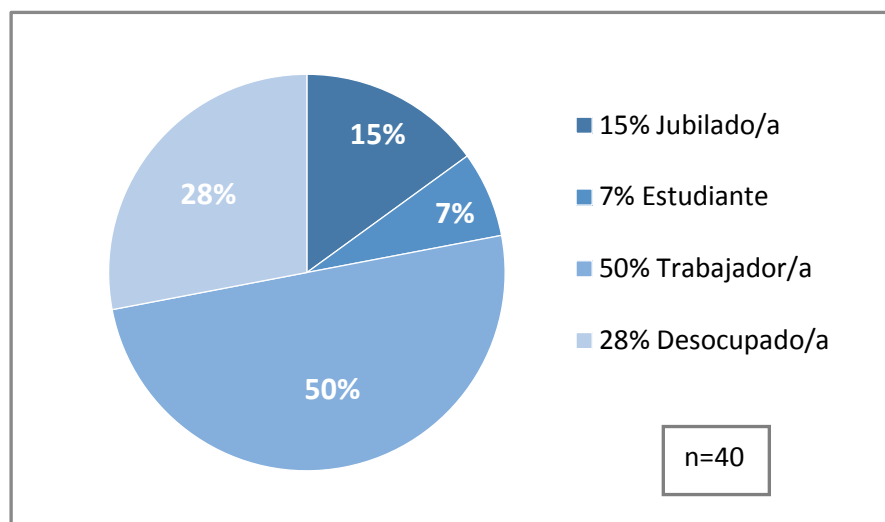


Fuente: Elaboración propia

De esta manera se observa la mayor presencia de participantes que viven en el barrio Las Heras y Bosque Grande.

Acerca de la ocupación de los individuos se indagó obteniendo respuestas de alternativas múltiples a una pregunta cerrada. En el gráfico N° 4 se observa un 50% de la muestra perteneciente a la categoría Trabajador/a, un 28% Desocupado/a, un 15% Jubilado/a y un 7% restantes pertenecientes al grupo Estudiante.

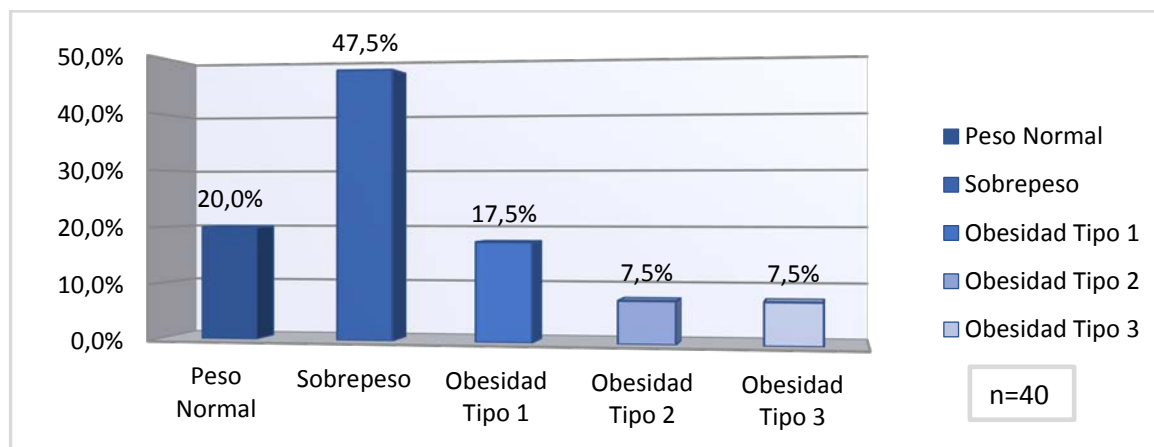
Gráfico N° 4: Distribución de ocupación de los individuos.



Fuente: Elaboración propia

El siguiente gráfico refleja el estado nutricional, categorizado a través del Índice de masa corporal (IMC) donde se observa que el 20% se encuentra dentro del rango de la normalidad, luego el 47,5% de la muestra presenta sobrepeso y el 32,5% restante algún tipo de obesidad.

Gráfico N° 5: Estado nutricional de los individuos

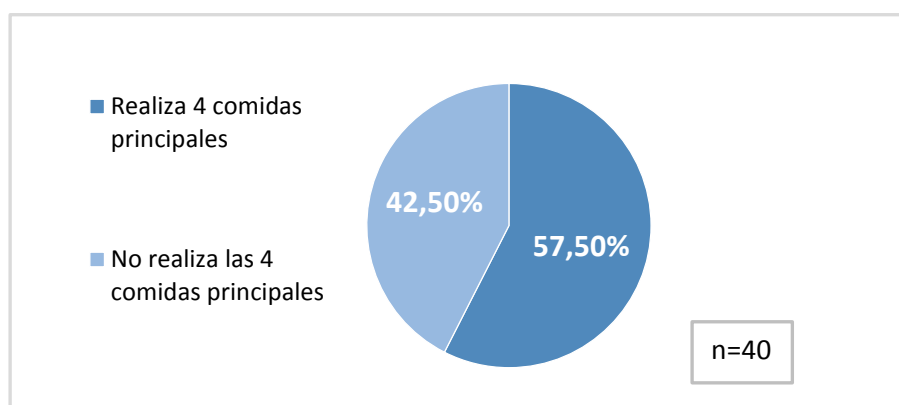


Fuente: Elaboración propia

Las categorías obesidad 1, obesidad 2 y obesidad 3 están representadas sólo por individuos del sexo femenino, en el caso del rango sobrepeso la muestra es representada en un 77,78% por individuos del sexo femenino y sólo un 22,22% del sexo masculino, y en el rango peso normal un 62,5% pertenecen al sexo femenino y un 37,5% al sexo masculino.

Para analizar los hábitos alimentarios se indagaron distintas variables. Sobre la realización de comidas al día el 57,5% realiza 4 comidas al día las cuales son desayuno, almuerzo, merienda y cena, cumpliendo así con la recomendación brindada por las Guías alimentarias de la población argentina. La muestra total se representa en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 6: Realización de comidas principales

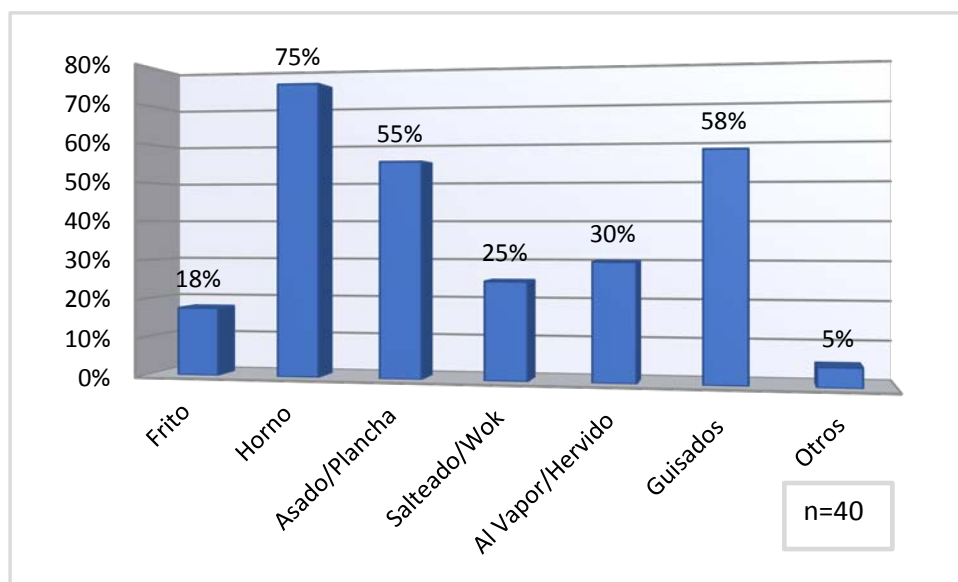


Fuente: Elaboración propia

Se observó que el 85% de la muestra realiza el desayuno de manera diaria, el 88% el almuerzo, el 80% la merienda, el 88% la cena y el 35% realiza colaciones entre comidas todos los días.

De acuerdo a los métodos de cocción más utilizados se realizó en la encuesta una pregunta con respuesta alternativa múltiple. La forma de preparación más usada fue horno con un 75% de individuos, la siguiente fue guisados con un 58%, y luego asado/plancha empleado por un 55% de la muestra.

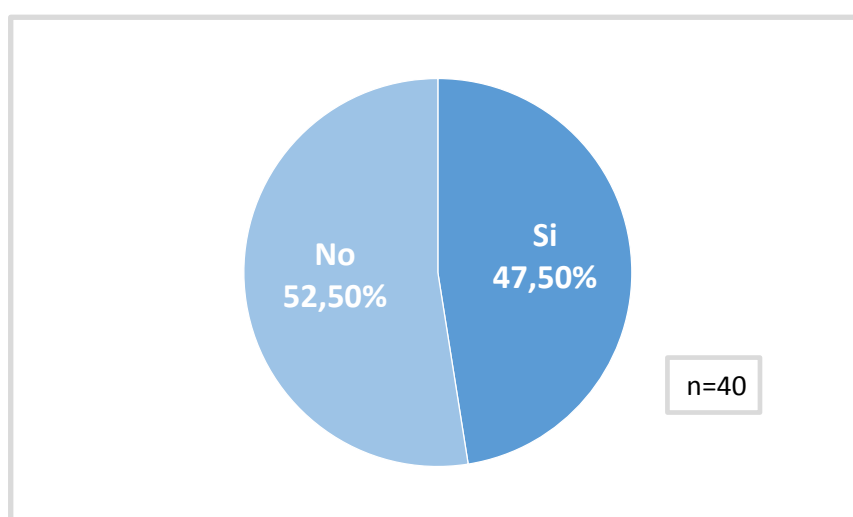
Gráfica N° 7: Métodos de cocción más utilizados



Fuente: Elaboración propia

También se indagó sobre la ingesta de alimentos fuera de las comidas principales, es decir, el hábito del picoteo, y los motivos de su ingesta. Del total de la muestra el 47,5% las realiza y el 52,5% no realiza ingestas fuera de hora.

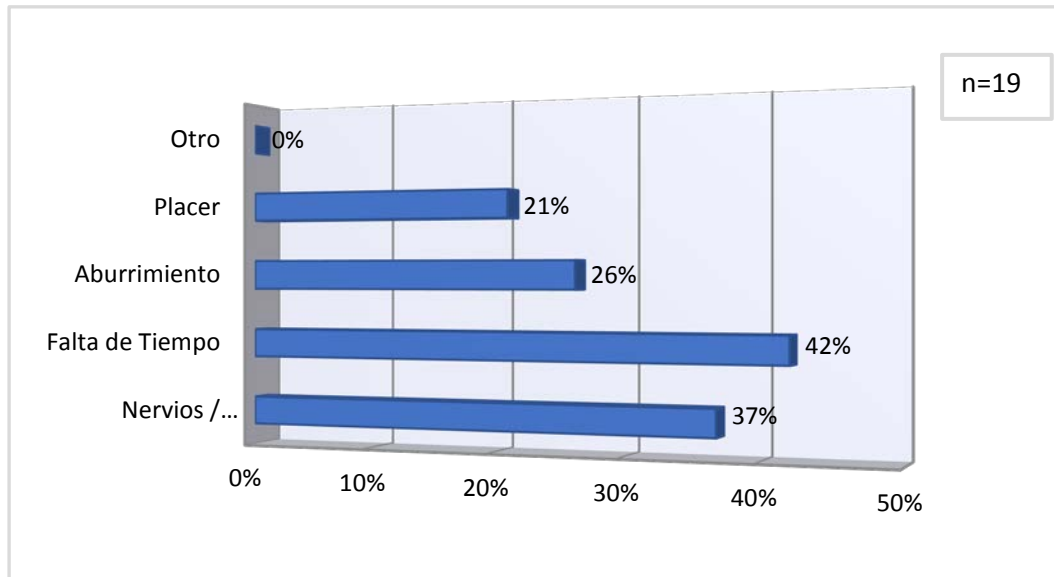
Gráfica N° 8: Ingesta de alimentos fuera de hora



Fuente: Elaboración propia

Se indagó sobre los motivos de la ingesta de alimentos fuera de las comidas principales, y la opción más elegida fue falta de tiempo con un 42%, seguida de nervios/ansiedad indicada por el 37% de los participantes.

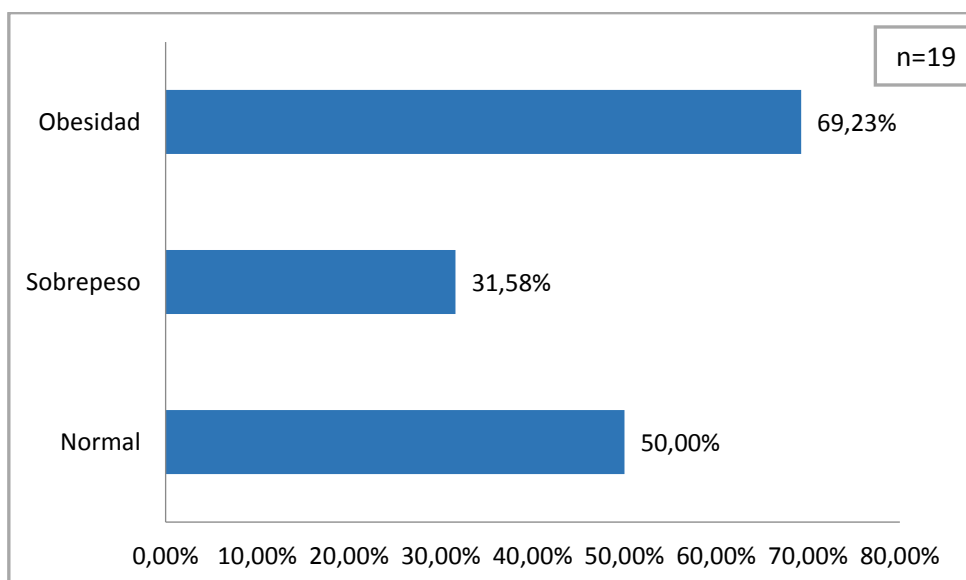
Gráfico N° 9: Motivos de ingesta de alimentos fuera de hora



Fuente: Elaboración propia

De los participantes que poseen el hábito del picoteo, la mayor proporción presentan obesidad.

Gráfico N° 10: Picoteo según IMC

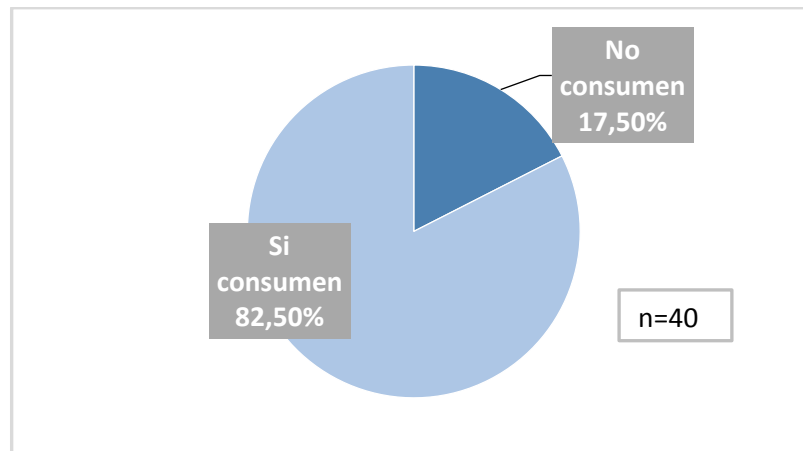


Fuente: Elaboración propia

Se realizó un cuestionario de frecuencia de consumo alimentos, cuyos resultados se exponen categorizados en grupos de alimentos de acuerdo a las guías alimentarias.

Los primeros alimentos a evaluar fueron la leche y el yogurt, cuyo consumo se muestra en el siguiente gráfico:

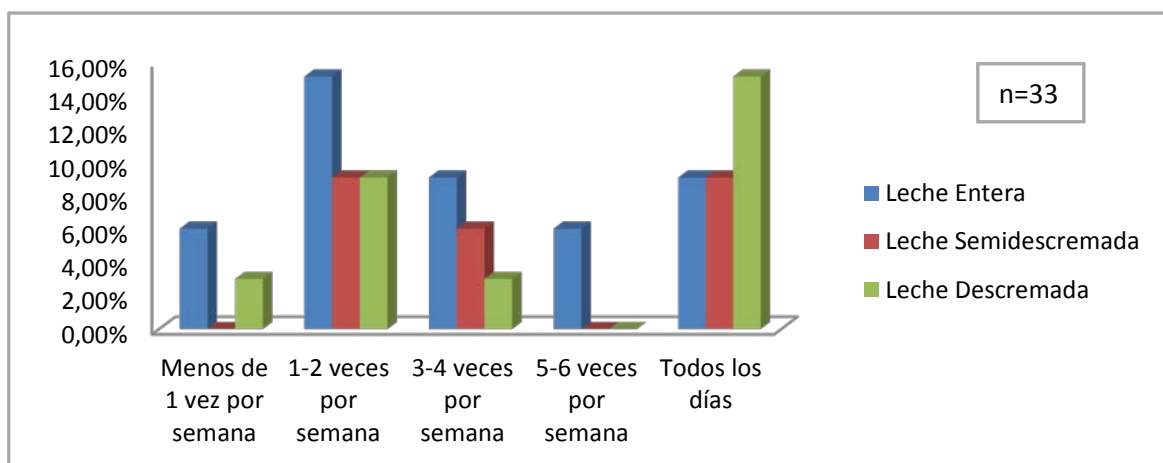
Gráfico N° 11: Consumo de leche y yogurt



Fuente: Elaboración propia

Sobre la frecuencia de consumo de leche, se observa que la leche descremada es consumida con mayor frecuencia, es decir todos los días, por el contrario la leche entera es ingerida de manera más esporádica.

Gráfico N° 12: Frecuencia de consumo de leche



Fuente: Elaboración propia

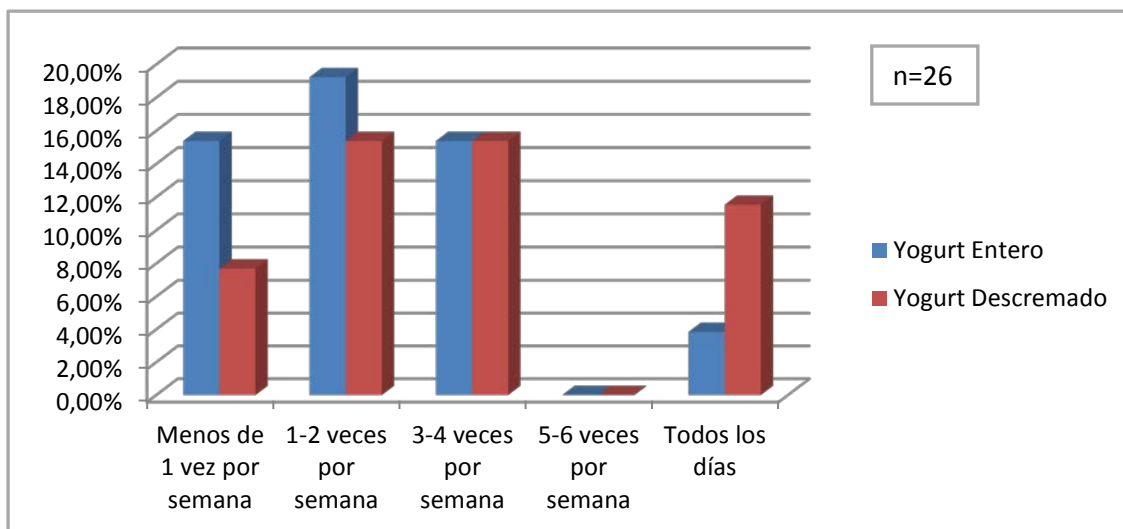
Tabla N° 1: Frecuencia de consumo de leche

	Leche Entera (%)	Leche Semidescremada (%)	Leche Descremada(%)
Menos de 1 vez por semana	6,06	0,00	3,03
1-2 veces por semana	15,15	9,09	9,09
3-4 veces por semana	9,09	6,06	3,03
5-6 veces por semana	6,06	0,00	0,00
Todos los días	9,09	9,09	15,15

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los que consumen yogurt, en el gráfico N°13 se observa que el entero es elegido menos cantidad de veces por semana.

Gráfico N° 13: Frecuencia de consumo de yogurt



Fuente:Elaboración propia

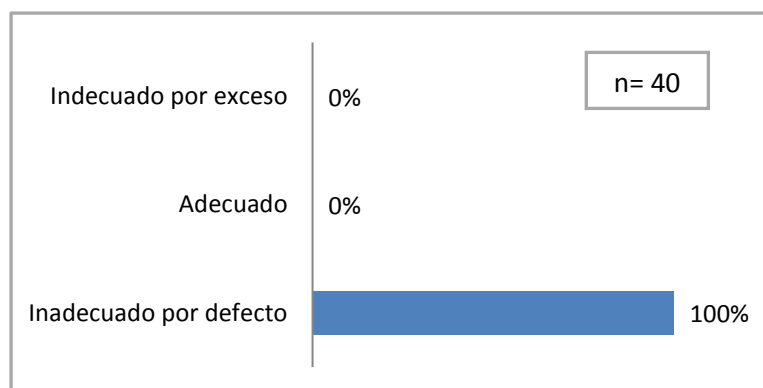
Tabla N° 2: Frecuencia de consumo yogurt

	Yogurt Entero (%)	Yogurt Descremado (%)
Menos de 1 vez por semana	15,38	7,69
1-2 veces por semana	19,23	15,38
3-4 veces por semana	15,38	15,38
5-6 veces por semana	0,00	0,00
Todos los días	3,85	11,54

Fuente: Elaboración propia

En el caso de leche y yogurt, ningún participante cumple con la recomendación de las guías alimentarias que sugiere un consumo de 500cc en su versión parcialmente descremada y no entera, sólo el 5% de los individuos tiene una adecuación mayor a un 80%.

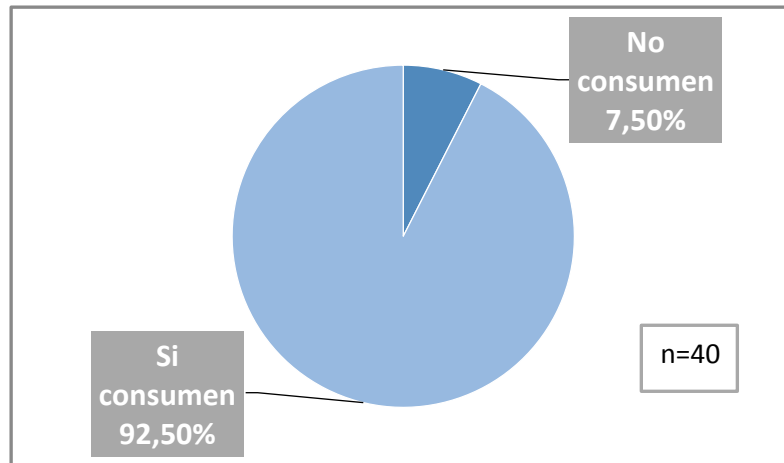
Gráfico N° 14: Adecuación a recomendación de consumo de leche y yogurt



Fuente: Elaboración propia

Otro alimento perteneciente al grupo de los lácteos son los quesos. En este caso el 92,5% los consumen.

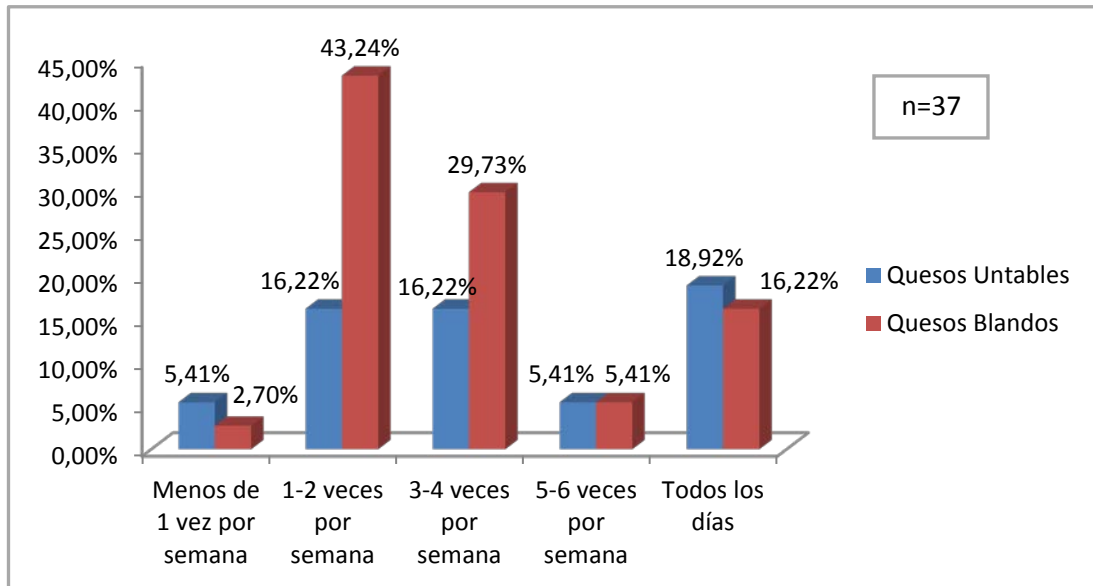
Gráfico N° 15: Consumo de quesos



Fuente: Elaboración propia

Si analizamos la frecuencia de consumo, los quesos blandos son los ingeridos por el 30,43% de la muestra todos los días. También un 16,67% consume quesos untables de manera diaria.

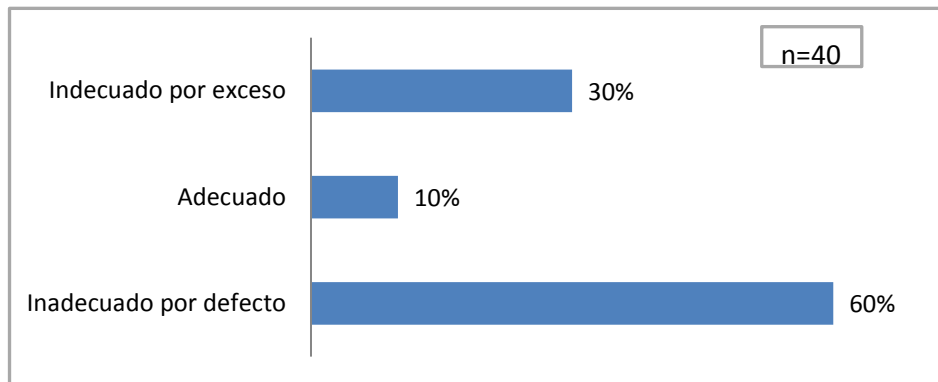
Gráfico N° 16: Frecuencia de consumo de quesos



Fuente: Elaboración propia

De la muestra un 10% se adecua a la recomendación, un 30% posee una ingesta inadecuada por exceso y un 60% inadecuada por defecto.

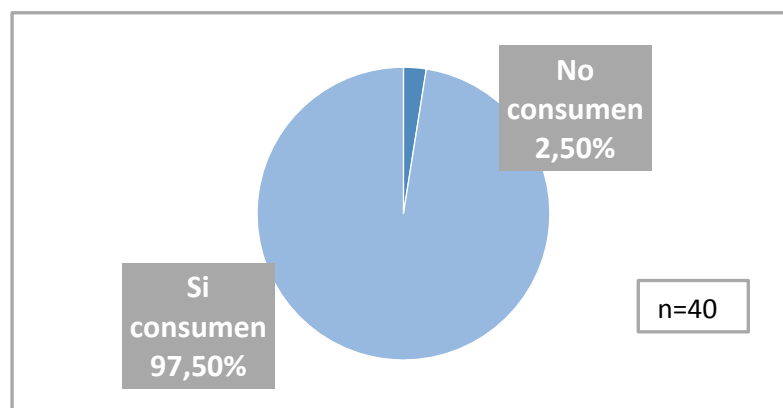
Gráfico N° 17: Adecuación a recomendación de consumo de quesos



Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se describe el consumo de huevo de la muestra:

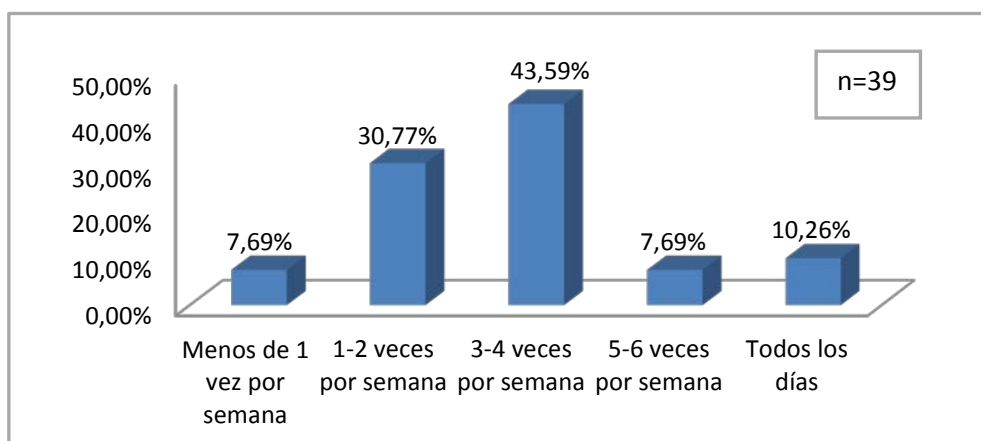
Gráfico N° 18: Consumo de huevo



Fuente: Elaboración propia

El 10,26% ingiere este alimento todos los días, el 7,69% de 5 a 6 veces por semana, el 43,59% de 3 a 4 veces por semana, el 30,77% de 1 a 2 veces por semana, y 7,69% menos de una vez por semana.

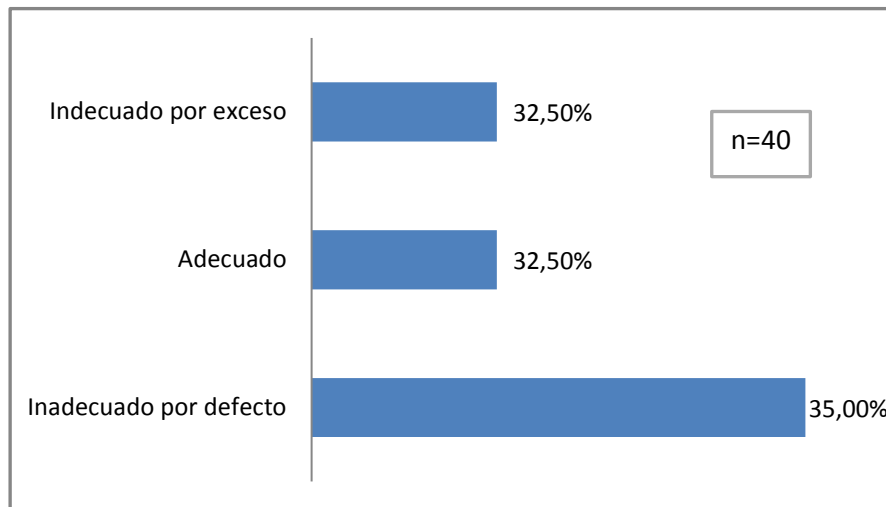
Gráfica N° 19: Frecuencia de consumo de huevo



Fuente: Elaboración propia

Con este alimento el 32,5% se adecua a la recomendación de las guías alimentarias, el 32,5% tiene una ingesta inadecuada por exceso y el 35% inadecuada por defecto.

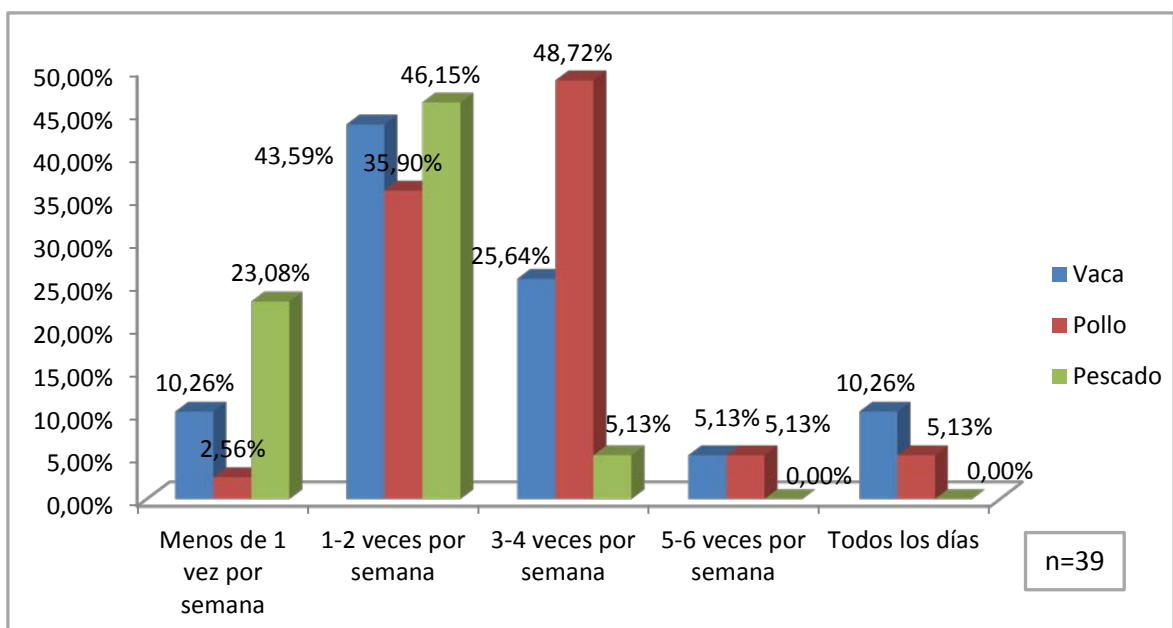
Gráfico N° 20: Adecuación a recomendación de consumo de quesos



Fuente: Elaboración propia

Se indagó la frecuencia de consumo de carne de vaca, de pollo y de pescado, reflejadas en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 21: Frecuencia de consumo de carnes

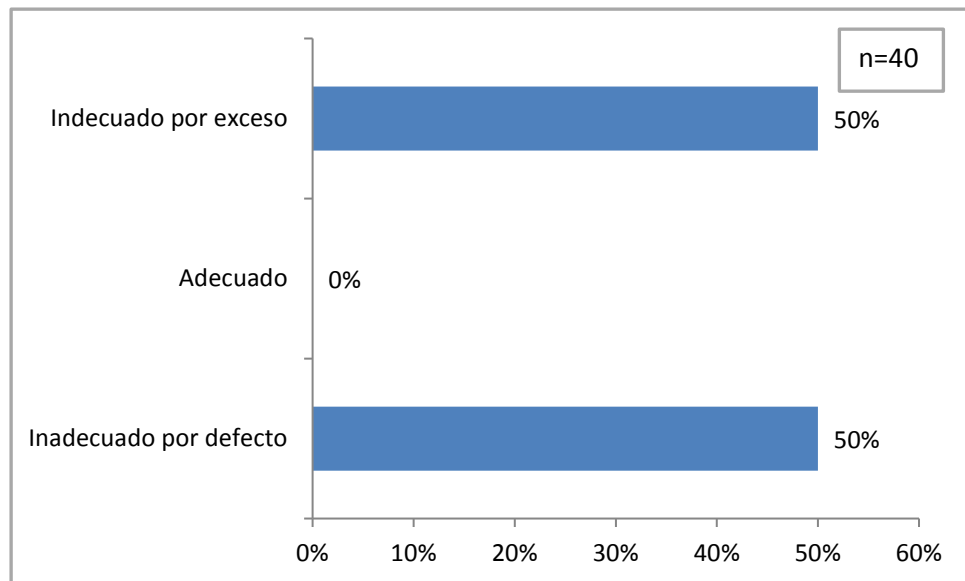


Fuente: Elaboración propia

Se consume con mayor frecuencia la carne vacuna, en segundo lugar la carne de pollo, y la menos consumida es la de pescado, de la muestra el 23,08% la consume menos de una vez por semana.

El siguiente gráfico representa la adecuación a la recomendación del consumo de carnes, la cual es de 130gr diarios.

Gráfico N° 22: Adecuación a recomendación de consumo de carnes

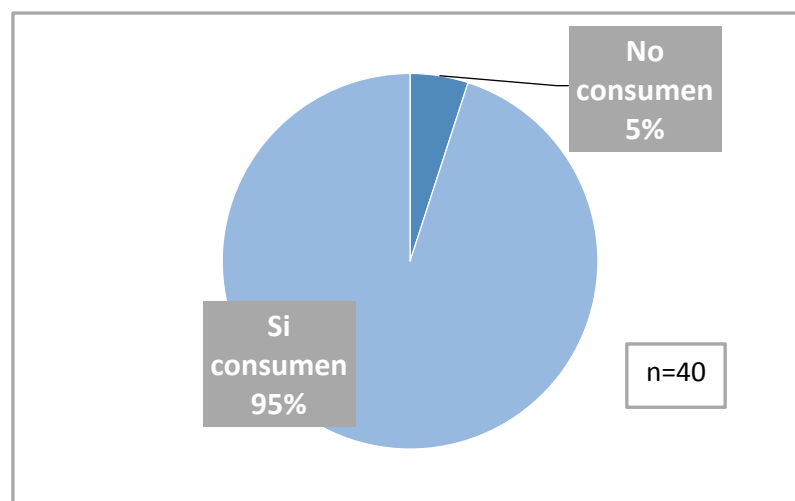


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico, un 50% de la muestra alcanza la recomendación diaria pero tiene una ingesta inadecuada por exceso, y otro 50% no llega a la recomendación de las guías y poseen una ingesta inadecuada por defecto.

En cuanto al grupo de hortalizas el 95% las consume.

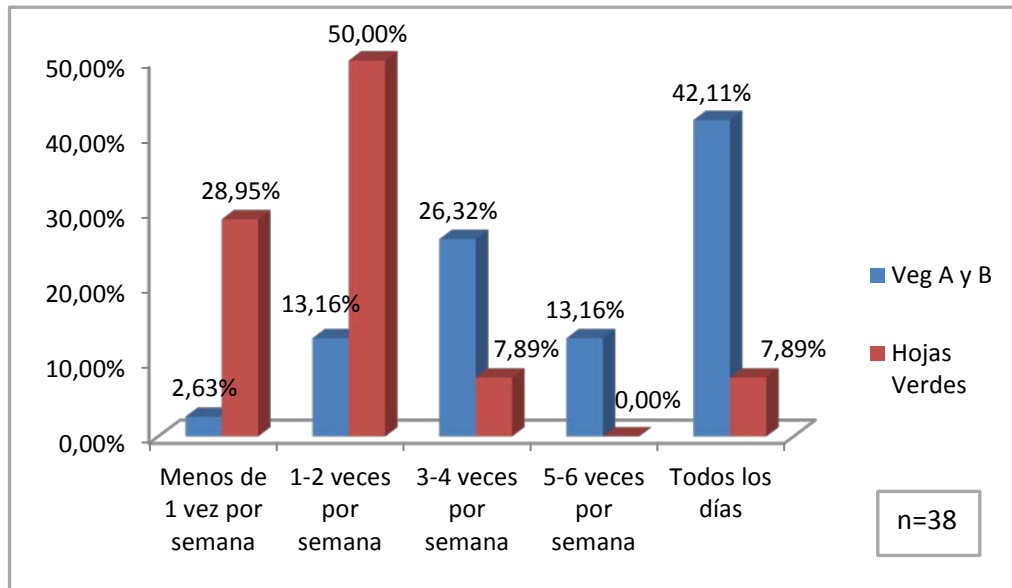
Gráfico N°23: Consumo de Hortalizas



Fuente: Elaboración propia

Se indagó sobre la frecuencia de consumo de hortalizas en general excluyendo las hortalizas feculentas. Los vegetales A y B son los ingeridos con mayor frecuencia, un 43,24% las elige todos los días, en cambio los vegetales de hojas verdes son los consumidos de manera esporádica.

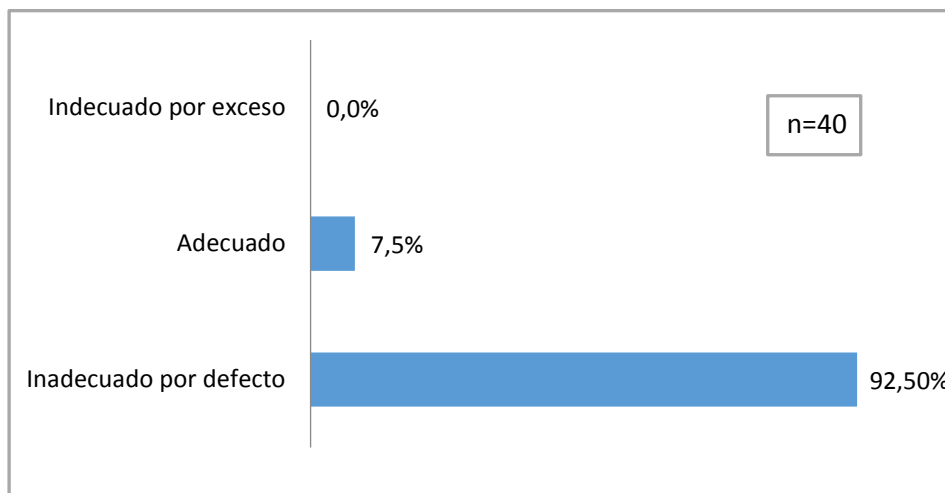
Gráfico N° 24: Frecuencia de consumo de hortalizas



Fuente: elaboración propia

La recomendación diaria es de 400 gr, sólo el 7,5% tiene un consumo adecuado, el 92,5% un consumo inadecuado por defecto.

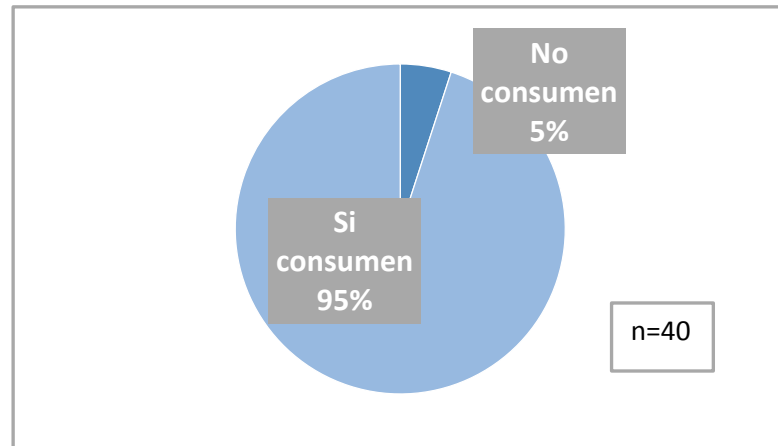
Gráfico N° 25: Adecuación a la recomendación de consumo de hortalizas



Fuente: elaboración propia

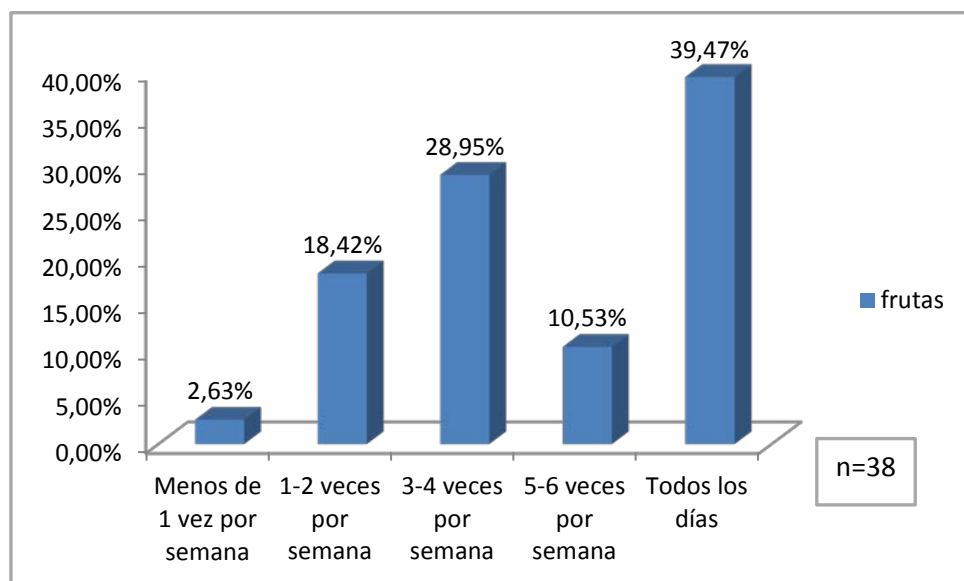
El 95% de la muestra consume frutas, de las cuales el 39,47 % lo hacen de manera diaria. El 10,53% las consume de 5 a 6 veces por semana, el 28,95% de 3 a 4 veces por semana, el 18,42% de 1 a 2 veces por semana, el 2,63% menos de una vez por semana y el 5% nunca.

Gráfico N° 26: Consumo de frutas



Fuente: Elaboración propia

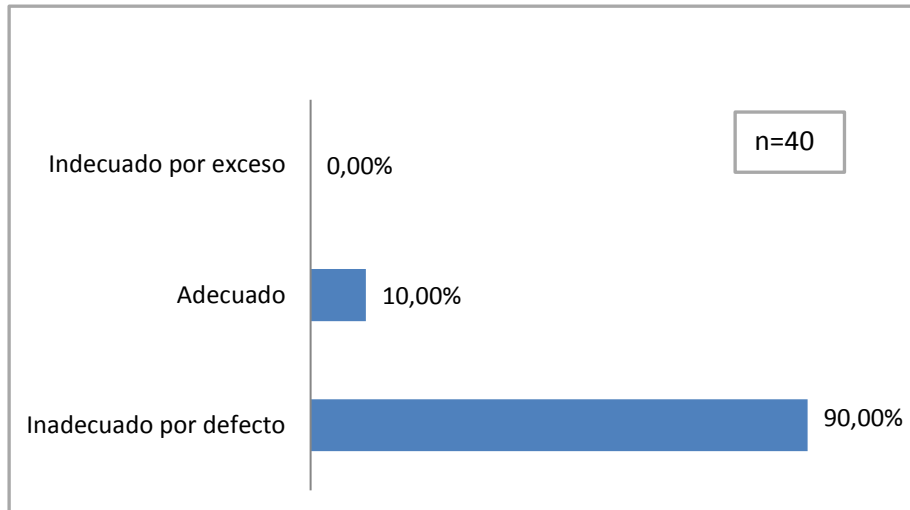
Gráfica N°27: Frecuencia de consumo de frutas



Fuente: Elaboración propia

En este caso el 10% cumple con la recomendación de ingesta de 300gr diarios, y el 38% consume al menos la mitad de la recomendación. El 90% de la muestra presenta una ingesta inadecuada por defecto.

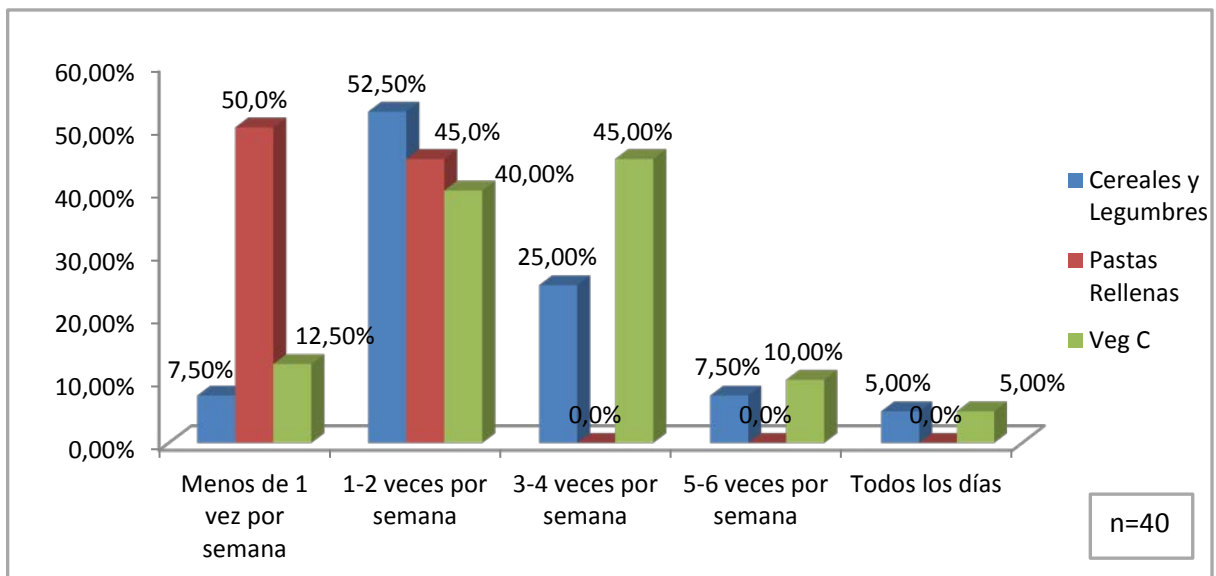
Gráfica N°28: Adecuación a la recomendación de consumo de frutas



Fuente: Elaboración propia

El grupo de alimentos denominados como feculentos cocidos incluyen cereales integrales y derivados, legumbres, pastas simples y rellenas, papa, batata y choclo. De la muestra el 100% los consume.

Gráfico N°29: Frecuencia de consumo de feculentos cocidos.

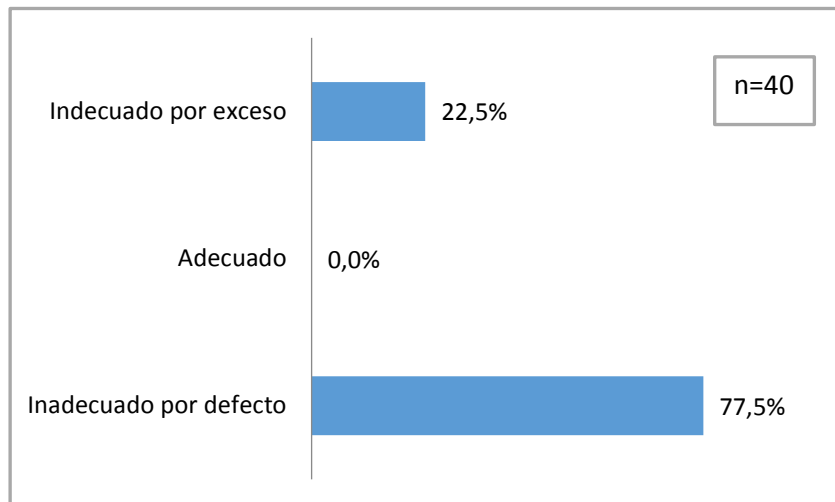


Fuente: Elaboración propia

La muestra refleja una baja frecuencia de consumo de los mismos, refiriendo, la mayor proporción, consumirlos de 1 a 2 veces por semana.

De la muestra el 22,5% tiene una ingesta inadecuada por exceso, el 77,5% inadecuada por defecto y ningún participante cumple con la recomendación de 250gr de feculentos cocidos por día.

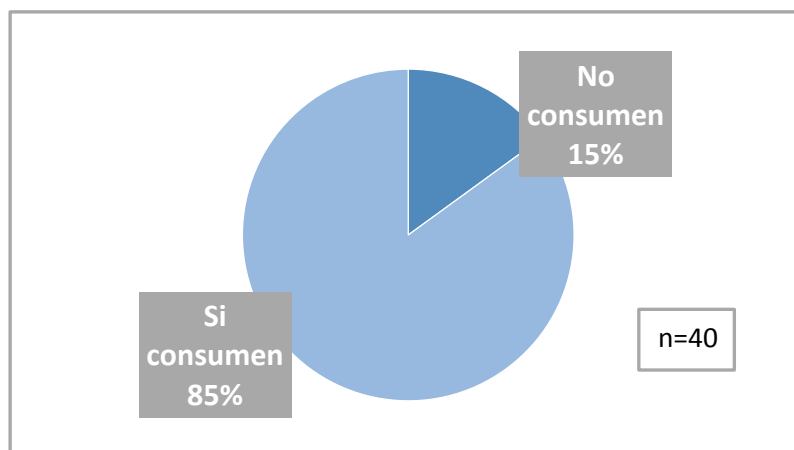
Gráfico N° 30: Adecuación a la recomendación de consumo de feculentos cocidos



Fuente: Elaboración propia

Se incluye en la misma categoría al pan con una recomendación de 120gr por día. De la muestra el 85% lo consume y el 15% no.

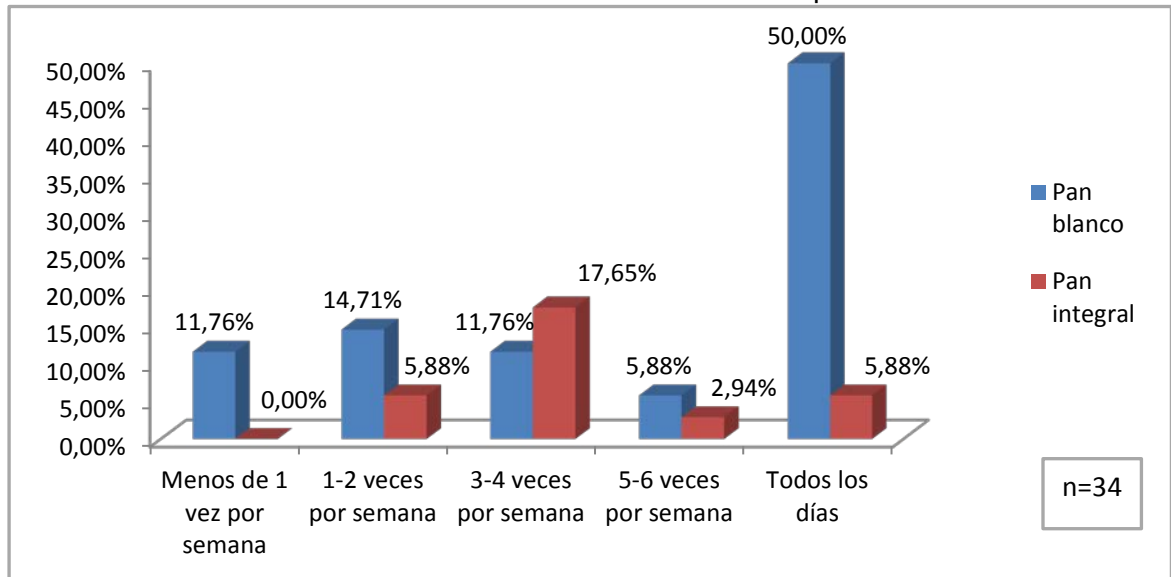
Gráfico N° 31: Consumo de pan



Fuente: Elaboración propia

El pan blanco es el elegido con mayor frecuencia en este grupo de individuos, un 50% lo consume de manera diaria, por otro lado, el 67,65% de la muestra nunca consume pan integral, el cual es recomendado por las guías alimentarias.

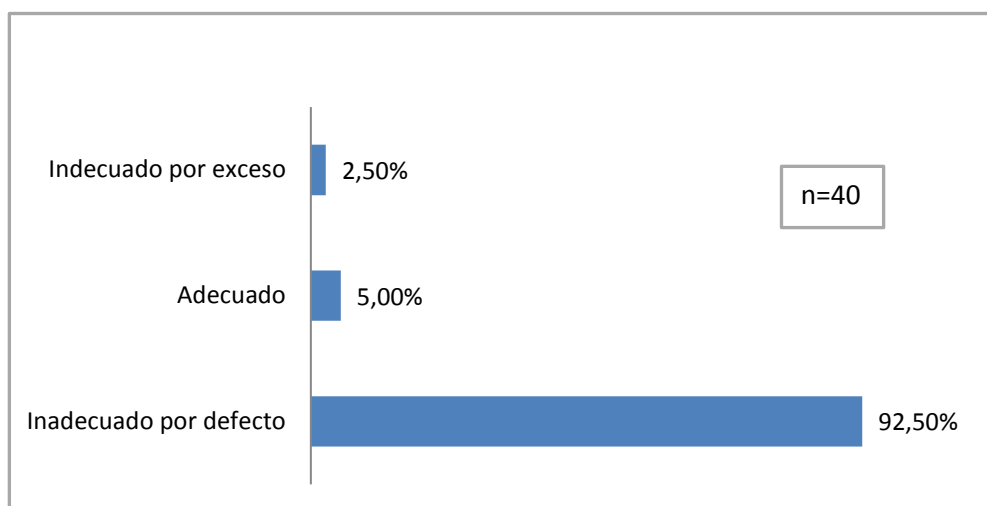
Gráfico N°32: Frecuencia de consumo de pan



Fuente: Elaboración propia

Sólo el 5% cumple con la recomendación, el 92,5% restante tiene un consumo inadecuado por defecto, y el 2,5% restante inadecuada por exceso.

Gráfico N°33. Adecuación a la recomendación de consumo de pan

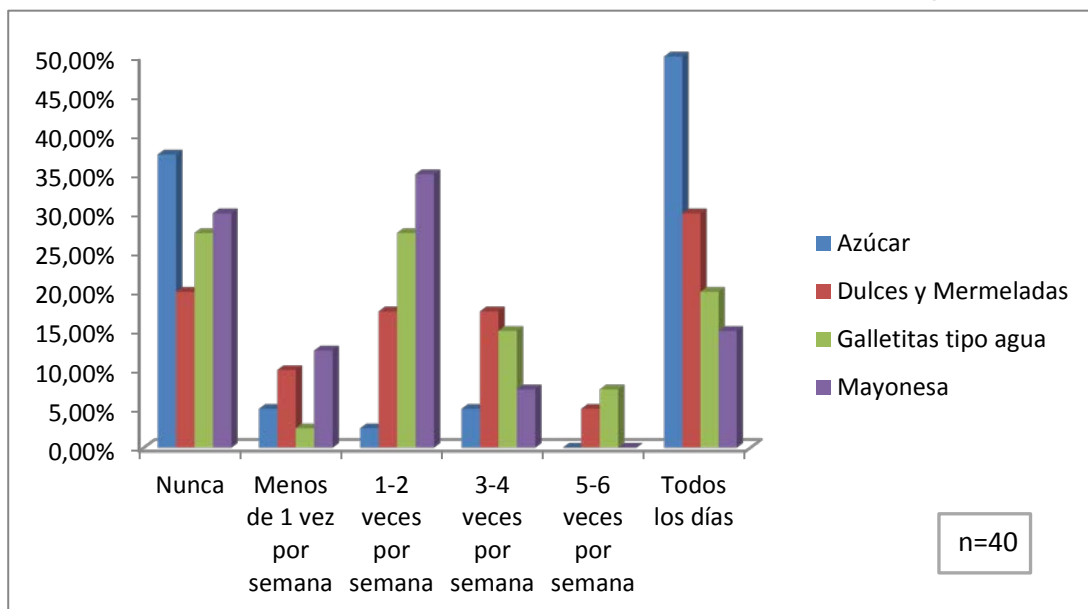


Fuente: Elaboración propia

En la última actualización de las guías alimentarias para la población argentina se estableció un tope máximo de consumo de un grupo de alimentos opcionales y no una recomendación estricta con el fin de desalentar el consumo de los mismos y educar a los individuos. Se espera que el aporte calórico diario no supere el 15% de las calorías totales, es decir 300 kcal sobre una dieta base de 2000kcal. En este grupo se pueden encontrar alimentos grasos como mayonesa, manteca, crema de leche, grasas sólidas, azúcares libres como azúcar, dulces, mermeladas, dulce de leche, alfajores, galletitas dulces y saladas, chocolates y golosinas, snacks y productos de copetín, productos de pastelería como facturas, tortas y postres, bebidas e infusiones azucaradas.

En el gráfico N°34 se observan los alimentos consumidos con más frecuencia.

Gráfico N°34: Frecuencia de consumo de alimentos de consumo opcional



Fuente: Elaboración propia

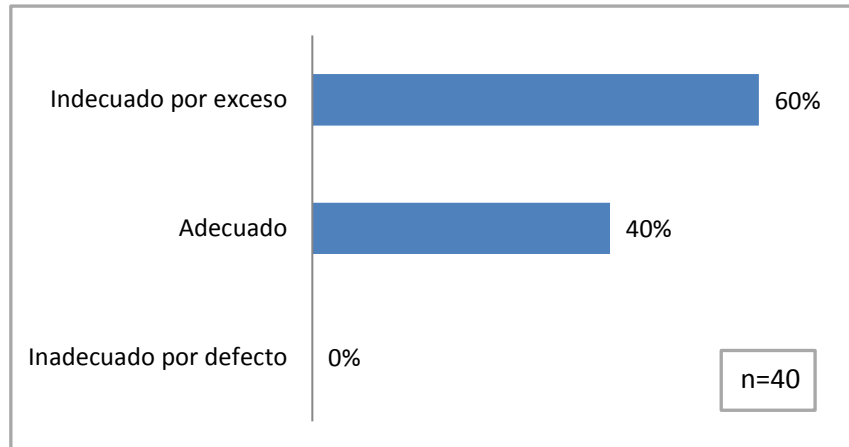
Tabla N°3: Frecuencia de consumo de alimentos opcionales

	Azúcar (%)	Dulces y mermeladas (%)	Galletitas tipo agua (%)	Mayonesa (%)
Nunca	37,50	20,00	27,50	30,00
Menos de 1 vez por semana	5,00	10,00	2,50	12,50
1-2 veces por semana	2,50	17,50	27,50	35,00
3-4 veces por semana	5,00	17,50	15,00	7,50
5-6 veces por semana	0,00	5,00	7,50	0,00
Todos los días	50,00	30,00	20,00	15,00

Fuente: Elaboración propia

De la muestra el 60% supera este tope máximo, el restante 40% tiene una ingesta adecuada a la recomendación.

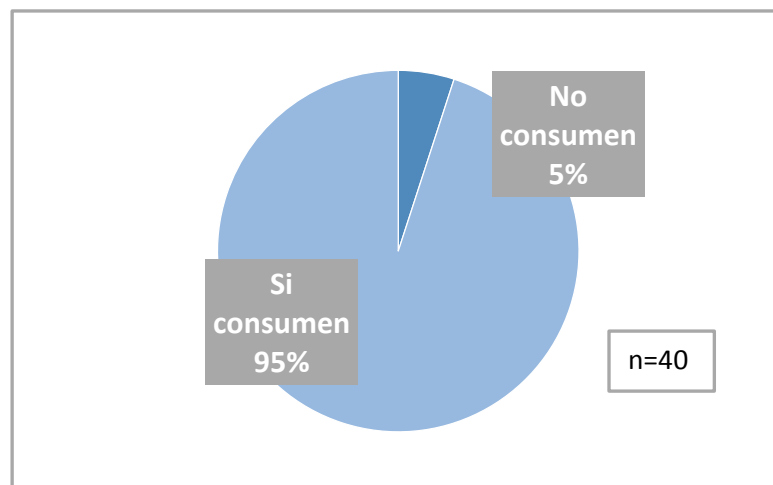
Gráfico N°35: Adecuación a la recomendación de alimentos opcionales



Fuente: Elaboración propia

Otro alimento sobre el que se indagó fue sobre el aceite, el cual el 95% de la muestra lo consume y el 5% no.

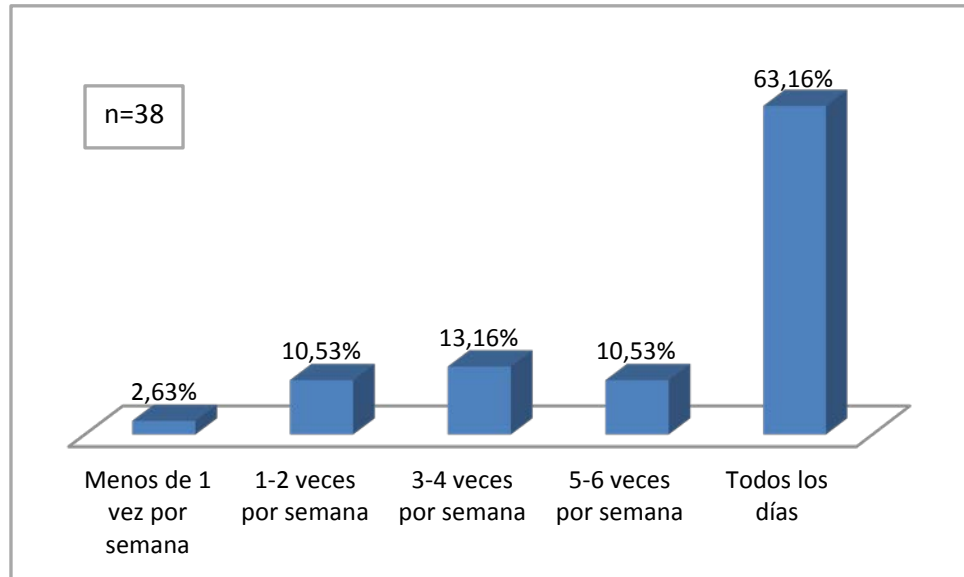
Gráfico N°36: Consumo de aceite



Fuente: Elaboración propia

El 63,16 % de la muestra consume aceite de manera diaria. En el gráfico N°37 se puede observar la frecuencia de consumo.

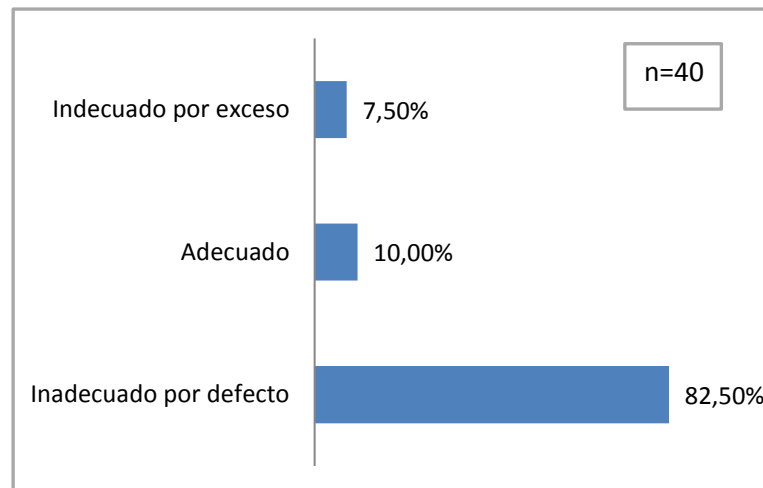
Gráfico N°37: Frecuencia de consumo de aceite



Fuente: Elaboración propia

De la muestra un 10% se adecua a la recomendación, un 82,5% tiene una ingesta inadecuada por defecto y un 7,5% una ingesta inadecuada por exceso.

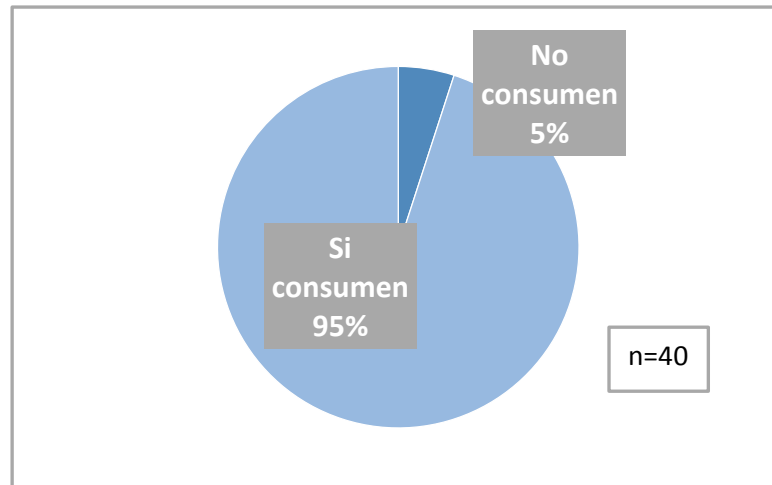
Gráfico N°38: Adecuación a la recomendación de consumo de aceite



Fuente: Elaboración propia

Sobre el consumo de agua el 95% la consume y el 5% no.

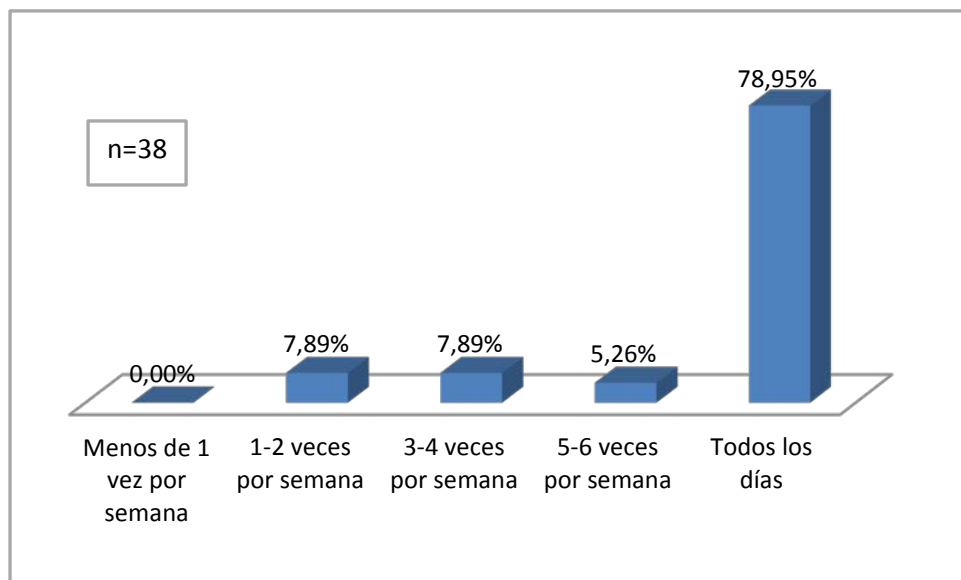
Gráfico N°39: Consumo de agua



Fuente: Elaboración propia

Su consumo diario lo realizan el 78,95% de los individuos, el 5,26% de 5 a 6 veces a la semana, el 7,89% de 3 a 4 veces por semana, el 7,89% de 1 a 2 veces por semana. El 100% de la muestra presenta una ingesta inadecuada por defecto.

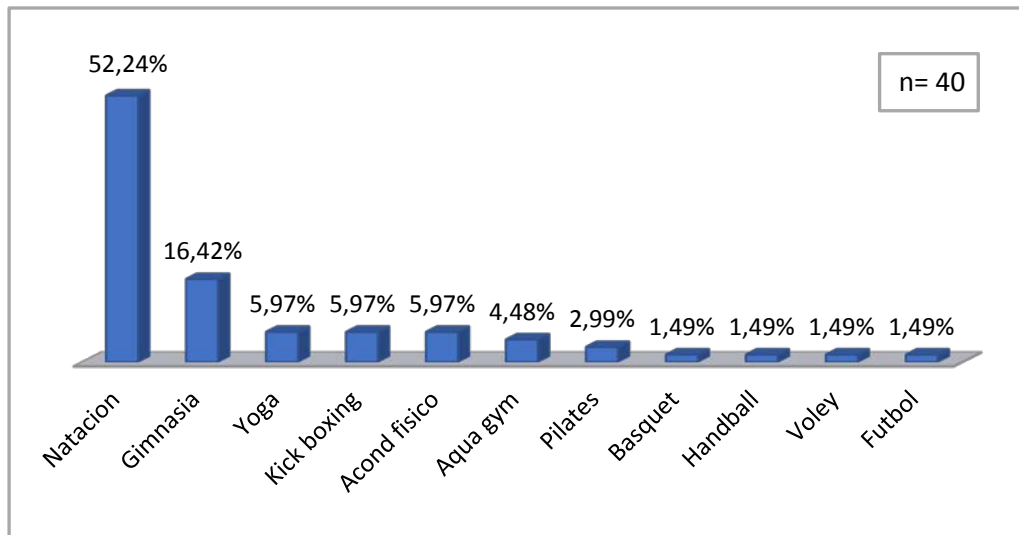
Gráfico N°40: Frecuencia de consumo de agua



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la práctica de actividad física se evaluaron distintas dimensiones, una ellas el tipo de actividad. El 100% de los participantes realizan al menos 1 actividad física intensa, y un 35% realiza además actividad física moderada. Las actividades del polideportivo más realizadas por los individuos están representadas en el siguiente gráfico:

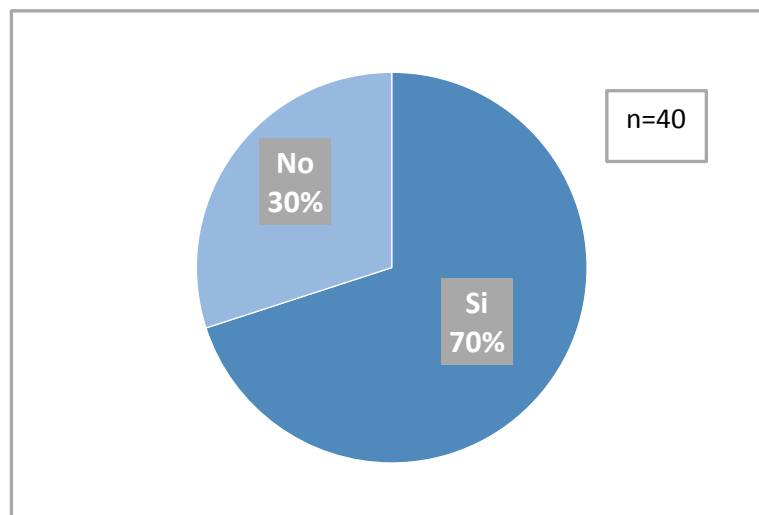
Gráfico N° 41: Actividades más realizadas por los individuos en el polideportivo.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la práctica de actividad física fuera del polideportivo se observa que el 70% de los individuos las realizan.

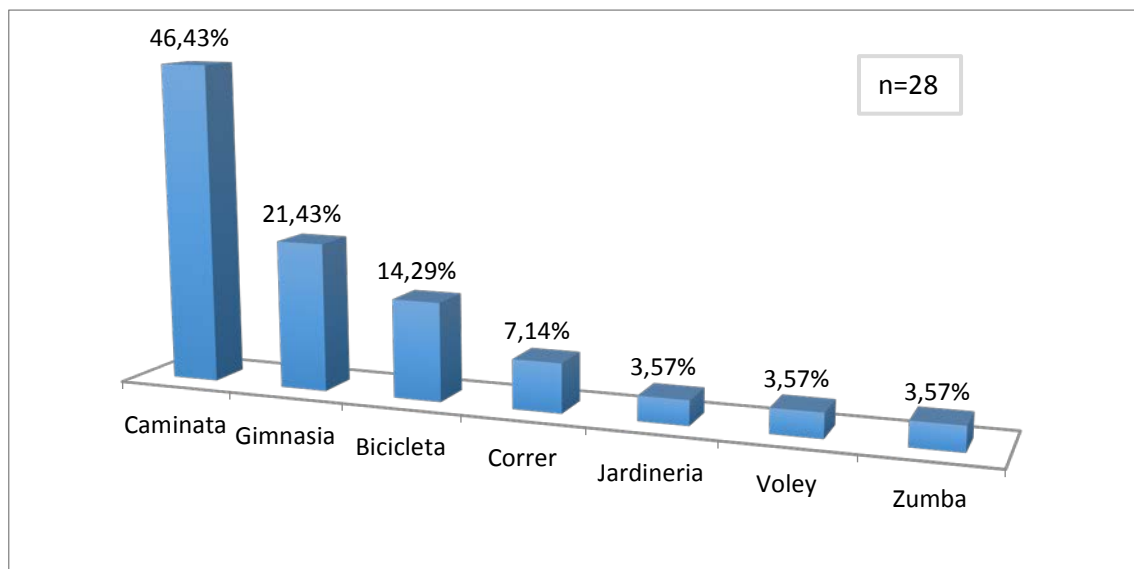
Gráfico N° 42: Realización de actividad física fuera del polideportivo



Fuente: Elaboración propia

Las caminatas son elegidas por el 46,43% de los participantes, seguida de gimnasia con un 21,43% y bicicleta un 14,29%. El 50% de los individuos realizan actividades moderadas y el 50% intensas.

Gráfico N° 43: Actividades más realizadas por los individuos fuera del polideportivo

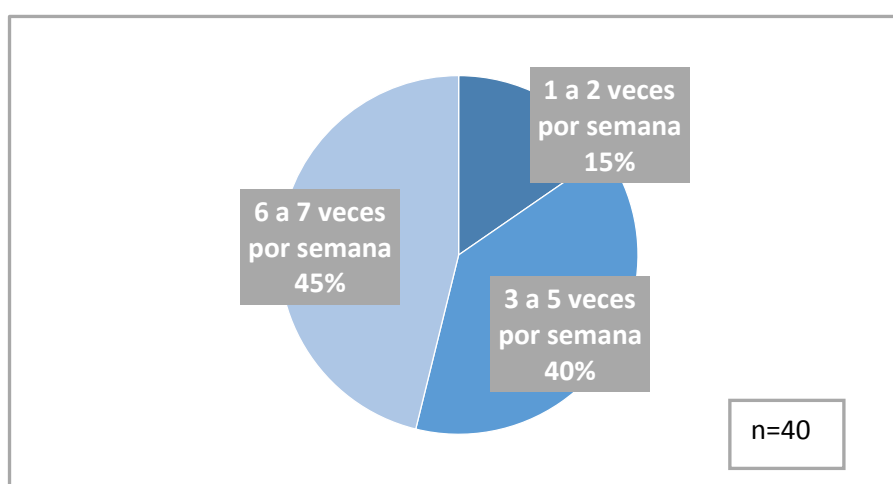


Fuente: Elaboración propia

En el polideportivo de los 40 individuos el 47,5% realiza sólo una actividad, el 37,5% practica dos actividades distintas, y el 15% restante tres actividades.

La frecuencia de actividad física realizada por los individuos se puede ver reflejada en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 44: Frecuencia de actividad física de los individuos.



Fuente: Elaboración propia

El 95% de los individuos encuestados cumplen con las recomendaciones y superan ampliamente los minutos de actividad física por semana mencionados por la OMS y las GAPA.

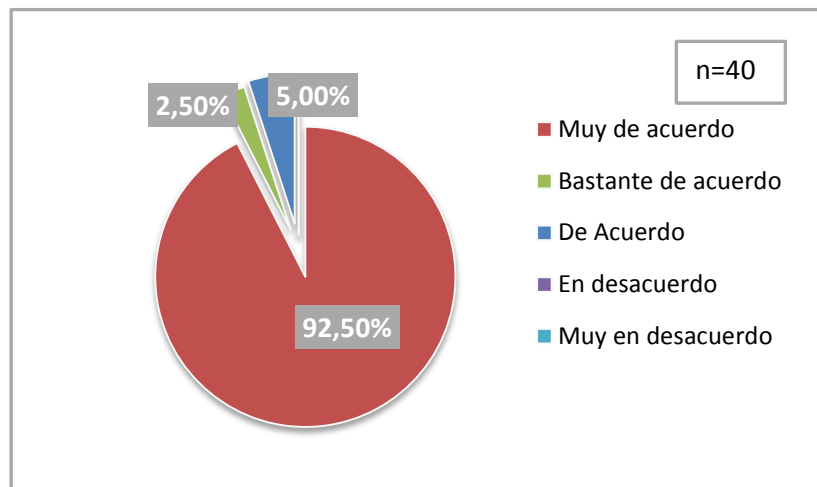
Por último se indagó sobre la percepción de los individuos acerca del servicio ofrecido en el establecimiento, a través de un cuestionario con escala de Likert. Se enunciaron distintas premisas, y los individuos las evaluaron con las opciones: Muy de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, y muy en desacuerdo.

En cuanto a las actividades practicadas se evaluaron los siguientes enunciados:

✓ *“Estoy satisfecho con la actividad que realizo”*

En el gráfico N° 45 se observa que el 92,5% de los individuos contestó “muy de acuerdo” con el enunciado.

Gráfico N° 45: Grado de satisfacción sobre la actividad que realizan

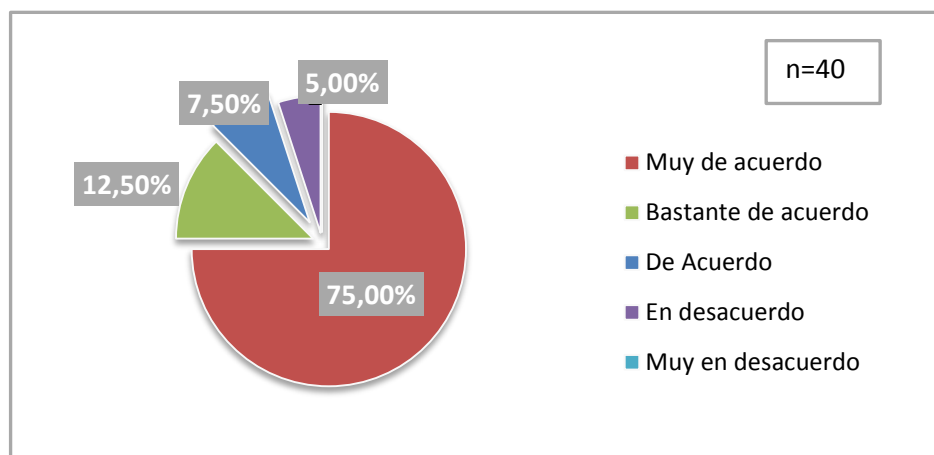


Fuente: Elaboración propia

✓ *“Con esta actividad obtengo los resultados que esperaba”*

Un 75% de los individuos está “muy de acuerdo” con la premisa mencionada, obteniendo los resultados que esperaba, un 12,5% está “bastante de acuerdo”, un 7,5% está “de acuerdo” y un 5% está “en desacuerdo”.

Gráfico N° 46: Grado de satisfacción por los resultados obtenidos sobre las actividades



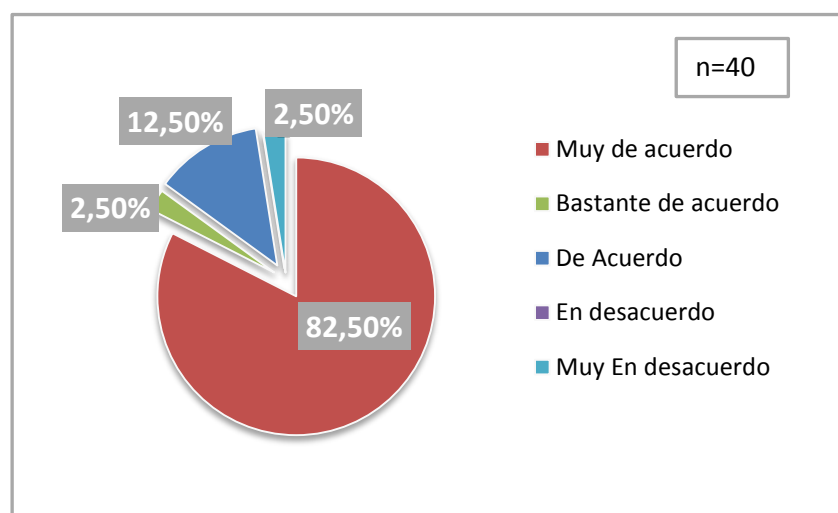
Fuente: Elaboración propia

Sobre la dimensión técnica se presentaron las siguientes premisas:

✓ *“El profesor adapta las clases a mis necesidades”*

Un 82,5% responde “muy de acuerdo”, un 2,5% “bastante de acuerdo”, un 12,5% “de acuerdo”, y un 2,5% “muy en desacuerdo”.

Gráfico N°47: Grado de satisfacción sobre la adaptación de las clases de los profesores

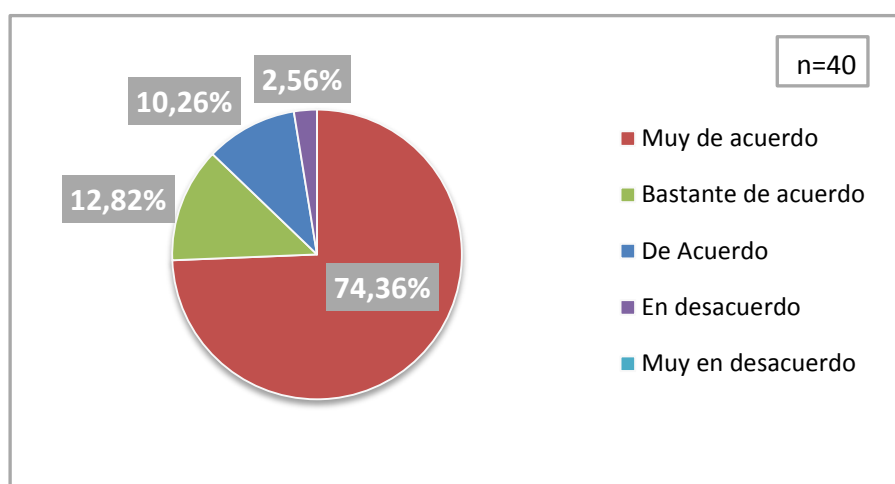


Fuente: Elaboración propia.

✓ *“El trato con el personal es el adecuado”*

Aquí el 74,36% responde “muy de acuerdo”, un 12,82% “bastante de acuerdo”, un 10,26% “de acuerdo” y sólo un 2,56% “en desacuerdo”.

Gráfico N° 48 Grado de satisfacción sobre el trato con el personal del establecimiento



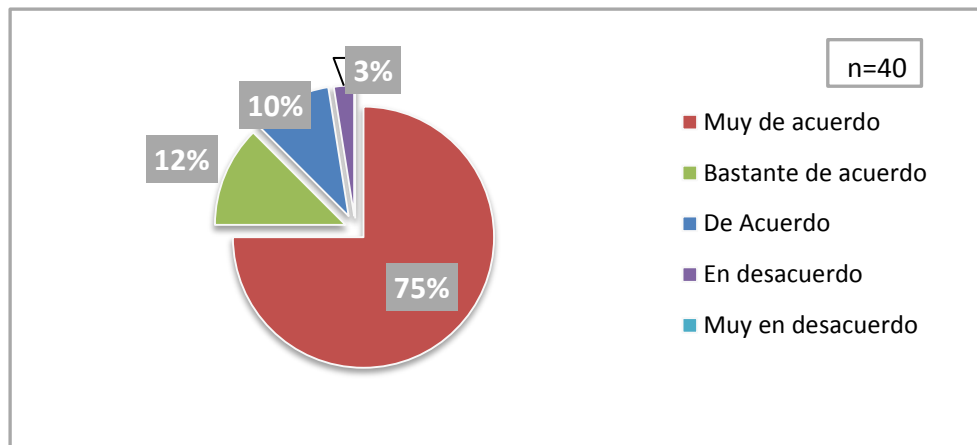
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la imagen de la organización se establecieron los siguientes enunciados:

- ✓ *“La información sobre las actividades que se desarrollan en el polideportivo es adecuada”*

En este caso el 75% responde “muy de acuerdo”, el 12% “bastante de acuerdo”, el 10% “de acuerdo” y sólo el 3% “en desacuerdo”.

Gráfico N°49: Grado de satisfacción sobre la información que se difunde de las actividades desarrolladas en el establecimiento

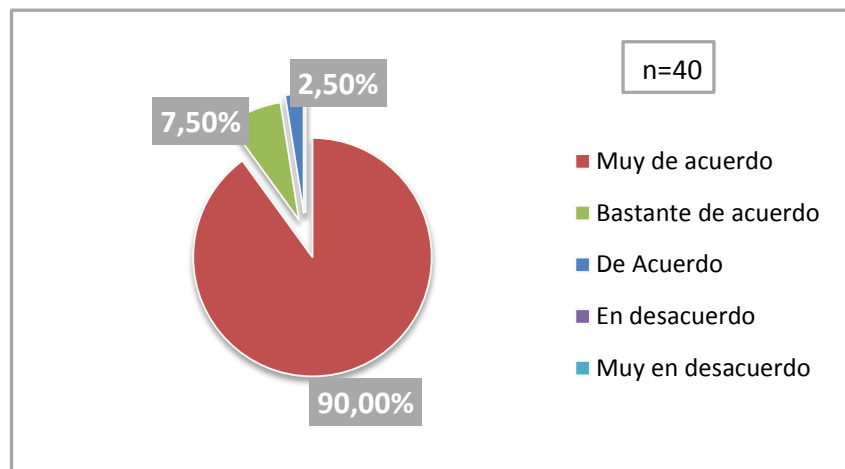


Fuente: Elaboración propia

- ✓ *“Me ha resultado sencillo inscribirme en la actividad que quería realizar”*

Se puede observar en el siguiente gráfico que el 90% responde “muy de acuerdo”, el 7,5% “bastante de acuerdo” y el 2,5% “de acuerdo”.

Gráfico N°50: Grado de satisfacción sobre la facilidad de inscripción a las actividades



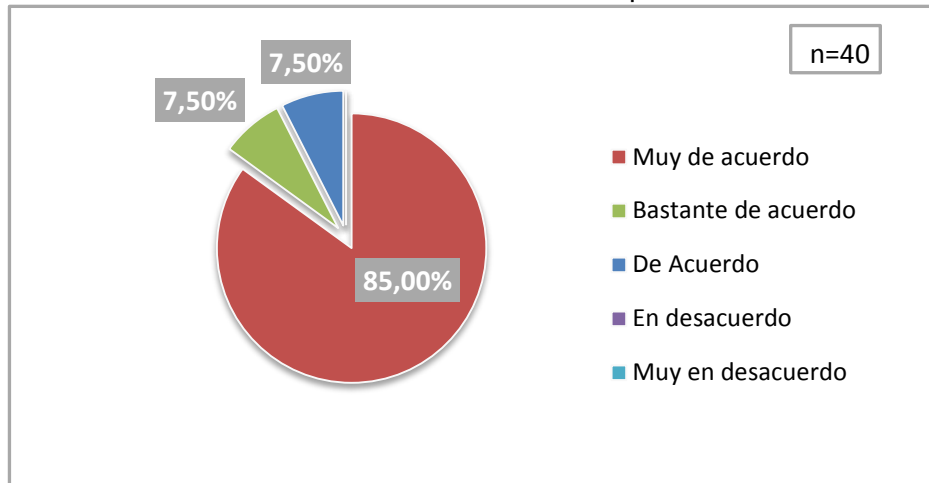
Fuente: Elaboración propia

Se consultó además sobre las instalaciones y el material disponible en el establecimiento:

✓ *“Las instalaciones están lo suficientemente limpias”*

Un 85% de los individuos eligió la respuesta “muy de acuerdo”, un 7,5% “bastante de acuerdo” y un 7,5% “de acuerdo”.

Gráfico N°51: Grado de satisfacción sobre la limpieza de las instalaciones

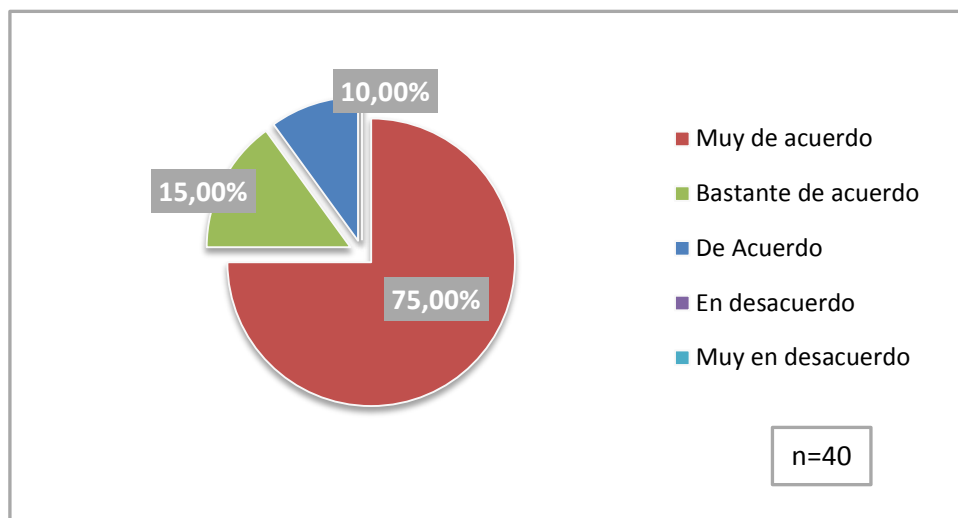


Fuente: Elaboración propia

✓ *“Se dispone de suficiente material para las clases”*

En cuanto al material disponible para realizar las actividades los individuos respondieron en un 75% “muy de acuerdo”, un 15% “bastante de acuerdo” y un 10% “de acuerdo”.

Gráfico N°52: Grado de satisfacción sobre la cantidad de material disponible para las clases



Fuente: Elaboración propia.



Conclusión



Luego de la recolección de datos y el análisis de los mismos, como resultado de esta investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Se observa que en 40 asistentes a un polideportivo municipal el 80% pertenecen al sexo femenino y el 20% al masculino. En cuanto a la edad, está comprendida entre 18 y 64 años con una mediana de 40 años.

La mayoría de la muestra pertenece al barrio Las Heras y Bosque Grande, próximos al establecimiento.

Sobre la ocupación, el 50% posee trabajo actualmente, el 28% se encuentra desocupado, el 15% jubilado, y el 7% restante es estudiante.

Para evaluar el estado nutricional se utilizó el IMC, como medida de asociación entre peso y talla. La mayor parte de la muestra, un 47,5%, presenta sobrepeso, el 32,5% obesidad, y sólo un 20% tiene peso normal. A la categoría obesidad, se la discriminó entre Obesidad Tipo 1 con 17,5%, Obesidad tipo 2 7,5% y Obesidad Tipo 3 7,5%. Los datos resultantes de la evaluación del estado nutricional son levemente superiores a los hallados en la 3er Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013) en el cual el sobrepeso era del 37,1 % y la obesidad el 20,8%. Un elevado porcentaje de la muestra presenta exceso de peso, casi 5 de cada 10 participantes presentan sobrepeso, y 3 de cada 10 obesidad, ambos factores de riesgo cardiovascular.

Para contextualizar la situación de los individuos y sus comportamientos se indagó sobre hábitos alimentarios que pueden influir en sus decisiones cotidianas y finalmente impactar en su estado nutricional.

Una de las preguntas fue la realización de comidas principales. En las guías alimentarias para la población argentina se recomienda la realización de las 4 comidas principales a diario, desayuno, almuerzo, merienda y cena. Un 57,5% de la muestra manifestó realizar esas 4 comidas principales cumpliendo con la recomendación.

Se indagó también sobre los métodos de cocción más utilizados, en este caso el horno fue el elegido por el 75% de los participantes, sigue el asado o plancha preferido por el 55%, luego guisados por el 58%, y el frito por el 18%, opción menos elegida por la muestra y acorde a la recomendación de las guías.

En cuanto a la realización de comidas fuera de hora, el picoteo, lo realiza el 47,5% de la muestra, y sobre los motivos de esta acción, la mayor parte de los individuos, un 42%, explica que es por falta de tiempo, un 37% por nervios o ansiedad, un 26% por aburrimiento y un 21% por placer.

Al analizar esta práctica, se observa que a mayor IMC se encuentra mayor hábito del picoteo, un 69,23% de los individuos con obesidad lo poseen.

Con un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos se pudo conocer la ingesta de esta comunidad, y analizar su adecuación a la recomendación de las guías alimentarias.

En el caso del primer grupo de alimento estudiado, leche y yogurt, el 82,5% de la muestra consume al menos uno de estos alimentos. Sobre la leche y el yogurt, los descremados son elegidos para su consumo cotidiano por la mayoría de la muestra, este tipo de lácteos es recomendado por las guías. A pesar de esto el 100% de la muestra tiene una ingesta inadecuada por defecto.

Sobre los quesos el 92,5% consumen quesos untables o cremosos, los elegidos con mayor frecuencia son los quesos untables, y de manera más esporádica los quesos cremosos. El 10% presenta una ingesta adecuada a la recomendación, un 30% ingesta inadecuada por exceso, y un 60% ingesta inadecuada por defecto.

Al consultar sobre el huevo un 97,5% de los participantes manifiestan consumirlo, la mayoría de 3 a 4 veces a la semana, adecuándose a la recomendación un 32,5% de la muestra, un 32,5% posee una ingesta inadecuada por exceso y un 35% inadecuado por defecto.

La carne consumida con mayor frecuencia es la carne de vaca, le sigue la de pollo y por último la de pescados, sólo el 43,59% de la muestra los consume una vez o dos veces por semana, y un 10,26% restante menos de una vez por semana. En cuanto a la adecuación a la recomendación, ninguno cumple con la recomendación exacta de consumo, un 50% tiene una ingesta inadecuada por exceso y un 50% inadecuada por defecto.

El 95% de la muestra consume vegetales, en este grupo se excluyen las hortalizas feculentas como papa, batata y choclo. Los consumidos con menor frecuencia son los vegetales de hojas verdes. En este grupo se observó que el 7,5% tiene una ingesta adecuada y el 92,5% restante una ingesta inadecuada por defecto.

Acerca del consumo de frutas el 95% de los individuos las consumen y la mayor parte de la muestra, un 39,47%, manifiesta consumirlas todos los días. A pesar de esto sólo el 10% cumple con la recomendación, y por lo tanto el 90% tiene una ingesta inadecuada por defecto.

Del grupo de los feculentos cocidos, como cereales y derivados, legumbres, pastas simples y rellenas, papa, batata y choclo, todos los individuos indican consumirlos, la mayor proporción de la muestra lo hacen 1 a 4 veces por semana. Ningún participante tiene una recomendación adecuada, un 22,5% posee una ingesta inadecuada por exceso, y el 77,5% restante inadecuada por defecto.

Sobre el pan el 85% lo consume, con mayor frecuencia pan blanco, solo el 5% tiene una ingesta adecuada, un 2,5% una ingesta inadecuada por exceso y un 92,5% inadecuada por defecto.

En cuanto a los alimentos de consumo opcional, el tope máximo mencionado por las guías es de 300 Kcal sobre una dieta base de 2000 Kcal. Se puede concluir que un 40% tiene un consumo adecuado, es decir no supera este tope establecido, en cambio, la mayor parte de la muestra, el 60% restante posee una ingesta inadecuada por exceso. Los alimentos consumidos con mayor frecuencia son: azúcar, dulces y mermeladas, galletitas tipo agua y mayonesa.

El aceite es consumido por el 95% de los participantes, el 63,16% los ingiere todos los días, a pesar de esto sólo un 10% tiene una ingesta adecuada, un 7,5% una ingesta inadecuada por exceso y un 82,5% inadecuada por defecto.

En cuanto al agua, el 95% la consume, el 78,95% todos los días, y todos los participantes tienen una ingesta inadecuada por defecto.

Otro de los objetivos fue indagar sobre la práctica de actividad física que realizan los individuos en el polideportivo. El 100% de los individuos realizan al menos una actividad física intensa, la actividad más realizada es la natación elegida por el 52,24% de la muestra. También se consultó sobre la realización de actividad física fuera del establecimiento, los resultados fueron que el 70% realiza alguna actividad complementaria, la mayoría caminatas, gimnasia o bicicleta.

Sobre la frecuencia de actividad física, dentro y fuera del establecimiento, se puede concluir que es elevada, la mayor porción de la muestra, un 45%, realiza alguna actividad de 6 a 7 veces por semana, un 40% de 3 a 5 veces por semana, y un 15% con frecuencia inferior, de 1 a 2 veces por semana.

Se puede concluir que el 95% de la muestra cumple con las recomendaciones indicadas en las GAPA y por la OMS, superan los 150 minutos de actividad física intensa recomendados.

Por último se analizó la percepción de los individuos sobre la calidad del servicio brindado por el polideportivo, consultando distintos aspectos. En primer lugar se preguntó por las actividades practicadas, si estaban satisfechos con las mismas y si obtenían los resultados que esperaban, el 92,5% y el 75%, respectivamente contestaron favorablemente. Otra dimensión a evaluar fue la técnica, es decir la atención del personal hacia los asistentes, la mayor cantidad de individuos, el 74,36% respondió tener una alta satisfacción, y el 82,5% contestó de manera favorable a la premisa sobre la adaptación que el profesor hace de las clases hacia los usuarios. Con respecto a la imagen y a la comunicación del polideportivo, el 75% tiene una valoración alta sobre la información que se brinda

habitualmente en el establecimiento sobre actividades que se desarrollan, y el 90% manifiesta que fue sencillo inscribirse en la actividad que quería realizar. Por último se consultó sobre las instalaciones y el material disponible para realizar las actividades, el 85% respondió que las instalaciones están lo suficientemente limpias, y el 75% que el material es suficiente.

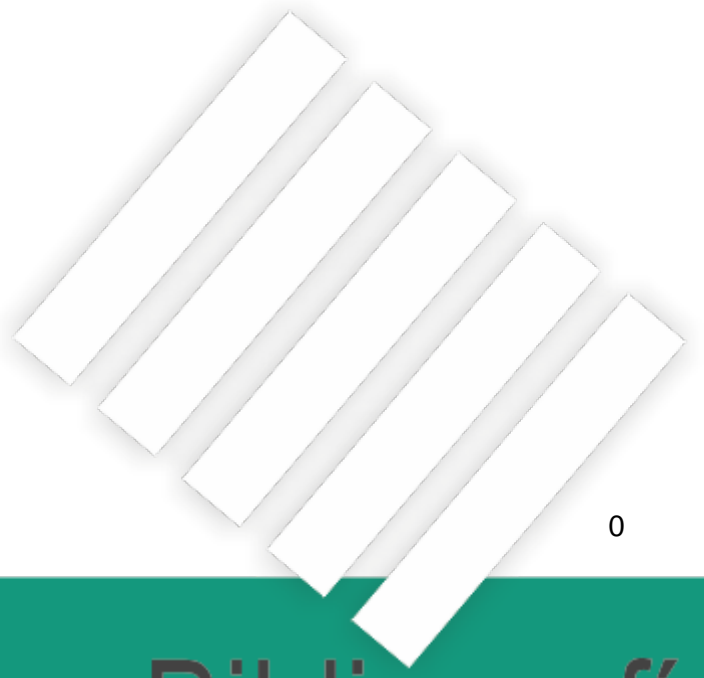
Con esta evaluación se puede concluir que la mayor proporción de asistentes tiene una favorable percepción sobre el servicio brindado.

Los resultados arrojados por esta investigación indican considerar una oportuna y temprana intervención con el fin de corregir hábitos inadecuados. Es una población físicamente activa pero con una incorrecta alimentación, es fundamental brindar educación y así mejorar su estado nutricional evitando futuras complicaciones.

El establecimiento brinda la posibilidad de mantener una actividad física continua y constante, crea este buen hábito de salud, mejora la condición física, socializa e integra, crea nuevos vínculos, desarrolla encuentros en comunidad otorgándoles participación, eje fundamental de la salud pública. Por lo tanto resulta indispensable como profesionales de la salud trabajar interdisciplinariamente y brindar herramientas para mejorar sus hábitos alimenticios.

Esta investigación procura servir como diagnóstico para futuras investigaciones e intervenciones. Se sugieren los siguientes interrogantes:

- Planeamiento de programa educativo nutricional basado en las guías alimentarias para la población argentina.
- Comparar los hábitos alimentarios de asistentes a un polideportivo municipal con los hábitos alimentarios de asistentes a un centro deportivo privado de la ciudad.
- Realizar el estudio en otros grupos etáreos, como niñez y adolescencia.
- Evaluar que otros factores influyen en la alimentación, como económicos o psicológicos.



0

Bibliografía

- Acosta L., Peláez E., (2015). Mortalidad atribuible al sobrepeso y la obesidad en Argentina: comparación entre los años 2005 y 2009. *Revista brasilera de Estudos de Población*. 32 (2). Pág. 277-292. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982015000000016>
- Alessandro L., Munis M. (2002). *Municipios saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina*. 1ra ed. Buenos Aires, Argentina. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/Pub55.pdf>
- Antico R., (2004). El profesor Dr. Pedro Escudero y su obra. Universidad de Belgrano. *Revista Digital*. 6 (7). Recuperado de http://www.ub.edu.ar/revistas_digitales/Ciencias/Vol7Numero6/articulo_dr_escudero.pdf
- Aranceta Bartrina J., (2013). *Nutrición Comunitaria*. 3ra ed. Barcelona, España. Editorial Elsevier Masson
- Ávila Agüero M.L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta médica costarricense*. 51 (2). Páginas Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
- Bordonada, (2007). *Nutrición en Salud Pública*. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-13aaad4943>
- Cao Torija M., (2013), *Estudio de alimentación, nutrición y actividad física en población femenina adulta urbana de Valladolid* (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, España.
- Elgart et al., (2010). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista Argentina de Salud Pública*. 1 (5). 8-9. Recuperado de <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen5/obesidad-en-argentina.pdf>
- Figueroa de López S. (s.f.), *Introducción a la Salud Pública*. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. Recuperado de <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf> (Consultado el 6 de agosto de 2017)
- Galante et al., (2015). Principales resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 6 (24). 22-29. Recuperado de <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen24/22-29.pdf>
- Gibson R., (2005). *Principles of nutritional assessment*. Second edition. Oxford University Press New York.

- González y Schraier (2008). *Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto*. Bs.As. El Ateneo.
- González G., Laspiur S., (2015). *Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT: destinado a equipos de salud*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000908cnt-manual-enfermeros-actualizado-2016.pdf>
- Labaronnie C., (2014). *Valoración del estado nutricional y descripción de hábitos relacionados con el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en el personal del Hospital Tornú*. (Trabajo de grado). Universidad de Belgrano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- López Acuña et al., (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Macías A., Quintero M., Camacho R. y Sánchez J., (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*. 36 (4). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400010
- Magnus P., (2001). The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the "only-50%" myth. *Archives of Internal Medicine*. 161 (22). Recuperado de <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/752261>
- Mahan L., Escott-Stump S., Raymond J., (2012). *Krause Dietoterapia*. 13va edición. España. Gea Consultoría Editorial.
- Murray S., Ridner E., Munner M., Marzó A. y Rovirosa A., (s.f.). Estudio de hábitos de vida en argentina y su relación con las enfermedades prevenibles. Recuperado de http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/Estudio_habitos_de_Vida_en_Argentina_Doc_final_COPAL_SAN.pdf
- Ortiz Hernández L., (2008). *La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y la nutrición*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/33024815_La_necesidad_de_un_nuevo_paradigma_en_el_campo_de_la_alimentacion_y_la_nutricion
- Ramírez W., Vinaccia S., Suárez G. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*. 18. Pág. 67-75. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200008

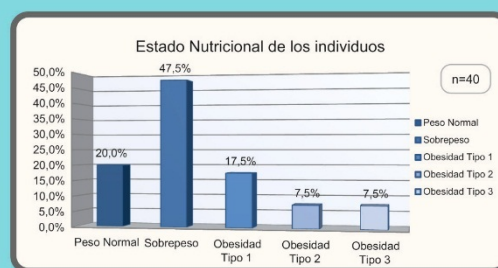
- Sánchez A. y Serra L., (2005). *Tratado de Nutrición*. España. Editorial: Acción Médica.
- Tempestti C., Gotthelf S., Alfaro S., (2015). Estilos de vida y estado nutricional en adultos de la provincia de Salta. *Sociedad Argentina de Nutrición*. 16. Pág 137-142. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292952760_Estilos_de_vida_y_estado_nutricional_en_adultos_de_la_provincia_de_Salta
- Timothy J. y Eyzaguirre P., (2002). *Nutrición y Medio Ambiente*. Recuperado de http://www.unscn.org/files/Publications/Briefs_on_Nutrition/Brief5_SP.pdf
- Tuñón I., Laiño F. y Castro H. (2014). El juego recreativo y el deporte social como política de derecho. Su relación con la infancia en condiciones de vulnerabilidad social. *Educación Física y Ciencia*. 16 (1). Recuperado de <http://www.efyc.fahce.unlp.edu.ar/article/view/EFyCv16n01a04>.
- Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C. y Sosa A., (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna* 2011. 33 (1). Pág. 11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARIOS Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ASISTENTES A POLIDEPORTIVO BARRIAL

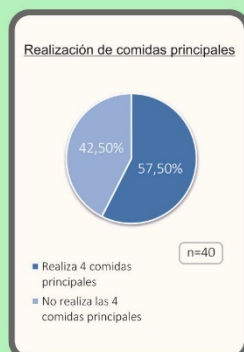
Introducción: El aumento sostenido de la prevalencia de obesidad en nuestro país se correlaciona con un nivel bajo de actividad física y un escaso consumo de frutas y verduras. Un estilo de vida activo y correcta alimentación trae beneficios no sólo a nivel físico, sino también psicológico y emocional. Esto implica incentivar la práctica deportiva, brindar educación nutricional a la comunidad y evitar futuras complicaciones.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física de adultos mayores de 18 años que asisten a un polideportivo municipal ubicado en Mar del Plata durante el mes de septiembre del año 2017.

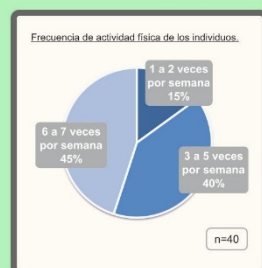
Materiales y Métodos: El presente trabajo es de tipo descriptivo y transversal. La muestra es no probabilística compuesta por 40 asistentes al polideportivo municipal elegidos de manera casual. Se aplicó una encuesta autoadministrada, y luego toma de Peso y Talla.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Resultados: un 47,5% presenta sobrepeso, el 32,5% obesidad y un 20% tiene peso normal. Sobre hábitos alimentarios, un 57,5% de la muestra realiza 4 comidas principales, un 75% eligió como método de cocción el horno, un 47,5% realiza ingestas fuera de hora, la mayoría por falta de tiempo. Según la frecuencia de consumo de alimentos parte de la muestra se adecua a la recomendación de los siguientes grupos de alimentos: quesos, huevo, vegetales, frutas, pan y aceite. Un 60% posee una ingesta inadecuada por exceso de alimentos de consumo opcional. En cuanto a la actividad física el 95% de la muestra cumple con la recomendación, la actividad más elegida es la natación por el 52,24% de los participantes.

Conclusiones: Una elevada proporción de la muestra no presenta un IMC dentro de los parámetros de la normalidad. La mayoría no alcanza las recomendaciones de ingesta de los grupos de alimentos. Se consideran personas activas, cumplen con la recomendación mínima de actividad física por semana. El establecimiento brinda el acceso al deporte y la integración de la comunidad, crea un ambiente favorable para la adopción de hábitos saludables. Es fundamental considerar una intervención oportuna y temprana para brindar herramientas de educación nutricional a esta comunidad.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA ⁵⁶

AUTORIZACION DEL AUTOR

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

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

1. Autor:

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de Documento:

Teléfono/s:

E-mail:

Título obtenido:

2. Identificación de la Obra:

Estado nutricional, hábitos alimentarios y práctica de actividad física en asistentes a polideportivo barrial.

Fecha de defensa ____/____/20____

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

Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

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

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁵⁶ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

