



UNIVERSIDAD UNIVERSIDAD FASTA
FASTA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LICENCIATURA EN NUTRICION



**Estado nutricional, patrones de
consumo alimentario y estilo de
vida en médicos de Mar del Plata**

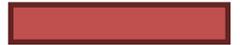
Valiente Priscila

Tutora: Lic. Lisandra del Valle Viglione

Asesoramiento metodológico: Lic. María Carlón

"El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad".

Victor Hugo



Dedicatoria.

A mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano



Agradecimientos.

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar en mí y en mis expectativas.

A mis hermanos por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida y por darme tres hermosos sobrinos.

A mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles durante todos los años de facultad.

A mi tutora de tesis Lisandra Viglione por su enseñanza y orientación de mi tesis hasta el último momento.

A María Carlón y Vivian Minnaard por su paciencia, dedicación, orientación y atención a mis consultas sobre metodología.

A todos mis compañeros de facultad por haberme ayudado, contenido y recorrido junto a mí estos años de carrera.

A la Universidad Fasta, a mis profesores, quienes con el aporte de sus valiosos conocimientos me hicieron crecer día a día como profesional.

El médico, siendo parte de la sociedad, es la primera imagen en la atención sanitaria y debería tener condiciones adecuadas de salud. Su labor es fundamental es la persona indicada no solo para curar y salvar vida, sino también para la investigación y desarrollo de nuevas curas para las enfermedades que azotan a la sociedad.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional, patrones de consumo y estilo de vida en los médicos de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2019.

Metodología: Investigación descriptiva de corte transversal con una muestra de 30 médicos de la ciudad de Mar del Plata de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 35 y 60 años de edad. Para recolectar los datos, se les entrego una encuesta que indaga sobre el estado nutricional (realizando medidas antropométricas), patrones de consumo y estilo de vida .La muestra fue seleccionada en forma no probabilística por conveniencia.

Resultados: Los datos obtenidos por la encuesta arrojan que la edad media de la muestra es de 44 años, siendo mayor la distribución entre los 35 y 44 años. El 47% de los encuestados se encuentra con normopeso, el 40% con sobrepeso y el 13% con obesidad. Con respecto a la ingesta alimentaria, se observó que dentro de las 4 comidas diarias y la colación, el almuerzo es la comida que la mayoría realiza a diario, seguido por el desayuno. Se observó un elevado consumo de quesos. En cuanto a las carnes la más elegida fue la vacuna. El consumo diario de vegetales es bajo, siendo mayor el consumo de frutas. Al evaluar la realización de actividad física, el 93% realiza, siendo la más elegida la caminata y con una frecuencia promedio de 3 veces por semana, 45 minutos. Al evaluar el estilo de vida, el 37% de los profesionales poseen un estilo de vida bueno, el 36% adecuado.

Conclusión: El estudio permitió evaluar que gran parte de la población presenta un estilo de vida bueno, esto se determinó a través de los parámetros estudiados, casi la totalidad de los encuestados realiza actividad física, la mitad manifestó que algunas veces tiene una alimentación equilibrada y el 60% duerme entre 7 a 9 horas diarias algunas veces. En cuanto al estado nutricional, casi la mitad se encuentra con normopeso, mientras la otra mitad presenta sobrepeso u obesidad.

Palabras claves: Estilo de vida- estado nutricional- patrones de consumo alimentario.

The doctor, being part of society, is the first image in health care and should have adequate health conditions. Their work is fundamental is the right person not only to cure and save life, but also to research and develop new cures for the diseases that plague society.

Objective: To evaluate the nutritional status, consumption patterns and lifestyle in doctors in the city of Mar del Plata during the year 2019.

Methodology: It is a descriptive cross-sectional research with a sample of 30 doctors from the city of Mar del Plata of both genders, aged between 35 and 60 years old. To collect the data, they were given a survey that inquires about nutritional status (taking anthropometric measures), consumption patterns and lifestyle. The sample was selected in non-probabilistic form for convenience.

Results: The data obtained from the survey show that the average age of the sample is 44 years, with a greater distribution between 35 and 44 years of age. Forty-seven per cent of those surveyed were overweight, 40 per cent were overweight and 13 per cent were obese. With regard to food intake, it is noted that within the 4 meals per day and lunch, lunch is the food most make daily, followed by breakfast. A high consumption of cheeses was observed. As for the meats the most chosen was that of cow. Daily consumption of vegetables is low, with higher consumption of fruit. When evaluating the performance of physical activity, 93% perform, being the most chosen the walk and with an average frequency of 3 times a week and 45 minutes. When evaluating lifestyle, 37% of professionals possess a good lifestyle, 36% are adequate.

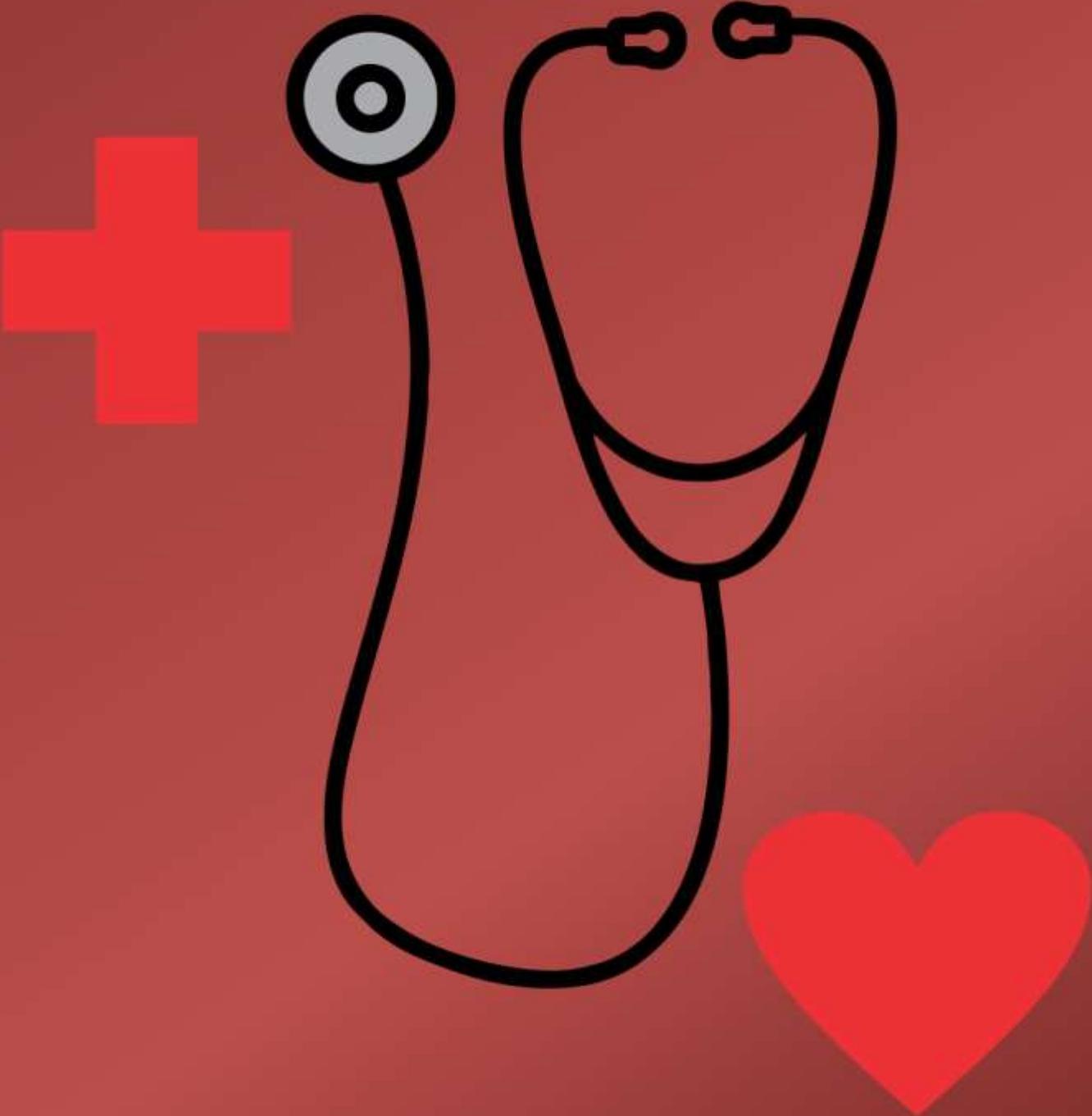
Conclusion: The study allowed us to evaluate that a large part of the population presents a good lifestyle, this was determined through the studied parameters, almost all of the respondents performed physical activity; half said they sometimes have a balanced diet and 60% sleep between 7 to 9 hours a day sometimes. In terms of nutritional status, almost half are found with normal weight, while the other half are overweight or obese.

Keywords: Lifestyle- nutritional status- food consumption patterns.



| | |
|---|----|
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo 1: Estado nutricional y patrones de consumo alimentario..... | 4 |
| Capítulo 2: Estilo de vida..... | 16 |
| Diseño Metodológico..... | 29 |
| Análisis de datos..... | 50 |
| Conclusión..... | 73 |
| Bibliografía..... | 76 |

Introducción





Hay factores que tuvieron y aún tienen influencia en la vida cotidiana y salud, especialmente en países en desarrollo y transición, tales como la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados. Esto ha provocado la disponibilidad alimentaria y ha aumentado el nivel de vida pero esto ha ocasionado hábitos alimentarios inapropiados, han disminuido los niveles de actividad física (debido a la ampliación de la jornada laboral, por ejemplo), y ha crecido el nivel de consumo de sustancias nocivas como el tabaco. Estas variables (mala alimentación, escasa actividad física y recreativa, más trabajo y menos descanso), traen como consecuencia la aparición de enfermedades y trastornos que tienden a convertirse en crónicos: enfermedades cardiovasculares, obesidad, estrés Burnout, enfermedades endocrinológicas, hipertensión, trastornos de la alimentación, etc (OMS, 2004)¹

Según la Organización Mundial de la Salud (2003)² hay elementos tales como el sexo, la edad y la vulnerabilidad genética que no se pueden modificar pero si hay factores conductuales (como la alimentación, actividad física, consumo de tabaco o alcohol), factores biológicos (como hipertensión, dislipemias, sobrepeso e insulinemia) y también factores sociales que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí.

Se sabe que tener una alimentación equilibrada es importante para reducir el riesgo de enfermedades crónicas. Debido a los grandes acontecimientos que han ocurrido desde mediados del siglo XX, primero en las regiones industriales y luego en los países en desarrollo, las dietas tradicionales, basadas en gran parte en alimentos de origen vegetal, han sido reemplazadas rápidamente por dietas con un alto contenido de grasa, muy energético y constituido principalmente por alimentos de origen animal. No obstante, la alimentación, aunque fundamental para la prevención, es sólo uno de los factores de riesgo. La inactividad física, ahora reconocida como un determinante cada vez más importante de la salud, es el resultado de un cambio progresivo hacia modos de vida más sedentarios, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados.

Las largas jornadas de trabajo asociadas a poca movilidad en muchos de los puestos de trabajo, son algunos de los factores que resultan ayudando Por un lado, aumentó el

¹El objetivo general es poner en práctica políticas y estrategias más eficaces y sostenibles a fin de abordar los crecientes retos para la salud pública relacionados con el régimen alimentario y la salud.

²La OMS asegura la amplia distribución internacional de sus publicaciones y estimula su traducción y adaptación. Ayudando a fomentar y proteger la salud y a prevenir y controlar las enfermedades en todo el mundo, las publicaciones de la OMS contribuyen al objetivo principal de la Organización: alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.



sedentarismo debido a la automatización de numerosos empleos, el transporte mecanizado de la vida urbana y la incorporación de diversiones computadas que alejaron a la población de los parques y actividades deportiva (Schulte, Wagner, 2007).³

La organización de los tiempos de trabajo y descanso, no solo demandan un cambio particular de la vida en el interior del hogar, sino que influyen en otros múltiples aspectos como los hábitos alimentarios o los períodos de sueño (Osorio, Rotenberg, De Arújo, Soares, 2011).⁴

Llama la atención que profesionales del área de la salud que teóricamente conocen las características de una “vida sana”, tengan un alto índice de sedentarismo así como una ingesta frecuente de grasas y carbohidratos; en esto pudiera influir el hecho de que en los servicios de urgencias muy frecuentemente se presentan situaciones como sobrecarga de trabajo, alteración en los horarios, estrés, etc., que pueden favorecer un mal estilo de vida. No obstante, estos factores de riesgo aún se encuentran dentro de los modificables y con mayor impacto sobre el desarrollo y progresión del SM, por lo que habrá que establecer estrategias que favorezcan la modificación de los mismos y consecuentemente disminuir los factores de riesgo cardiovasculares (Quintero, 2004).⁵

La percepción que el paciente tiene de su médico influye en el grado de atención y recomendaciones; por lo tanto, los médicos con estilos de vida sana tienen mayor tendencia a compartir, enseñar y supervisar a sus pacientes dichos cambios (Franck, Rothenberg, Lewis y Belodoff, 2000) ⁶

El personal médico, siendo parte de la sociedad en su conjunto, no se encuentra exento de la problemática del sobrepeso u obesidad, ya que también puede presentar inactividad física, ingesta de alcohol, ingesta de alimentos ricos en energía, entre otros. Ello es de vital importancia, por ser personal que se encuentra en contacto directo con pacientes y su salud no puede verse deteriorada, más aún, por ser imagen y ejemplo para con los pacientes. Por lo

³Se justifica la investigación para explorar cómo el entorno laboral y las prácticas laborales promueven o desalientan el desarrollo de la obesidad (y el sobrepeso en general) y definen la medida en que la obesidad actúa para modificar el riesgo de enfermedades y lesiones ocupacionales. Esta investigación puede servir como base para determinar la medida en que los recursos deben comprometerse en esta área y si se necesitan modificaciones y programas en el lugar de trabajo para reducir las exposiciones o los riesgos.

⁴ Al indagar sobre algunos daños a la salud en los últimos 12 meses en los trabajadores de la población estudiada, se destacan como los problemas con mayor frecuencia: los dolores en el cuello, espalda o columna (72,0%; NS/NC 11,4%); glaucoma, ceguera, defectos de visión, conjuntivitis, irritación en ojos (60,8%;6) el estrés (54,9%; NS/NC 14,9%); los dolores lumbares (50,2%; NS/NC 15,2%)

⁵ Existió una relación de 74% de exceso de peso en los médicos residentes del HNDAC; sin embargo, no se encontró correlación significativa con el estilo de vida.

⁶Se encontró que solo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras parece tener un estilo de vida saludable y que el problema principal estaba relacionado con la baja actividad física y práctica deportiva. No se encontró relación entre el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales



antes mencionado, se consideró investigar respecto a los estilos de vida y su relación con la prevalencia del exceso de peso en el personal médico (Cuba, Ramírez, Olivares, Bernui, y Estrada, 2010).⁷

La relevancia del estrés sobre la salud es una constatación creciente, como lo es el aumento del estrés laboral en general y, específicamente, del estrés laboral médico. Una consecuencia de ello ha sido el incremento del burnout o desgaste profesional médico. Aunque las tasas de desgaste profesional pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicas, todos los datos indican tasas altas de prevalencia en la población médica. Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico (Mingote, Moreno Jiménez y Galvez Herrer, 2004)⁸

Por lo cual se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional, patrones de consumo y estilo de vida de los médicos de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2019?

Objetivo general

- Evaluar el estado nutricional, patrones de consumo y estilo de vida en los médicos de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2019.

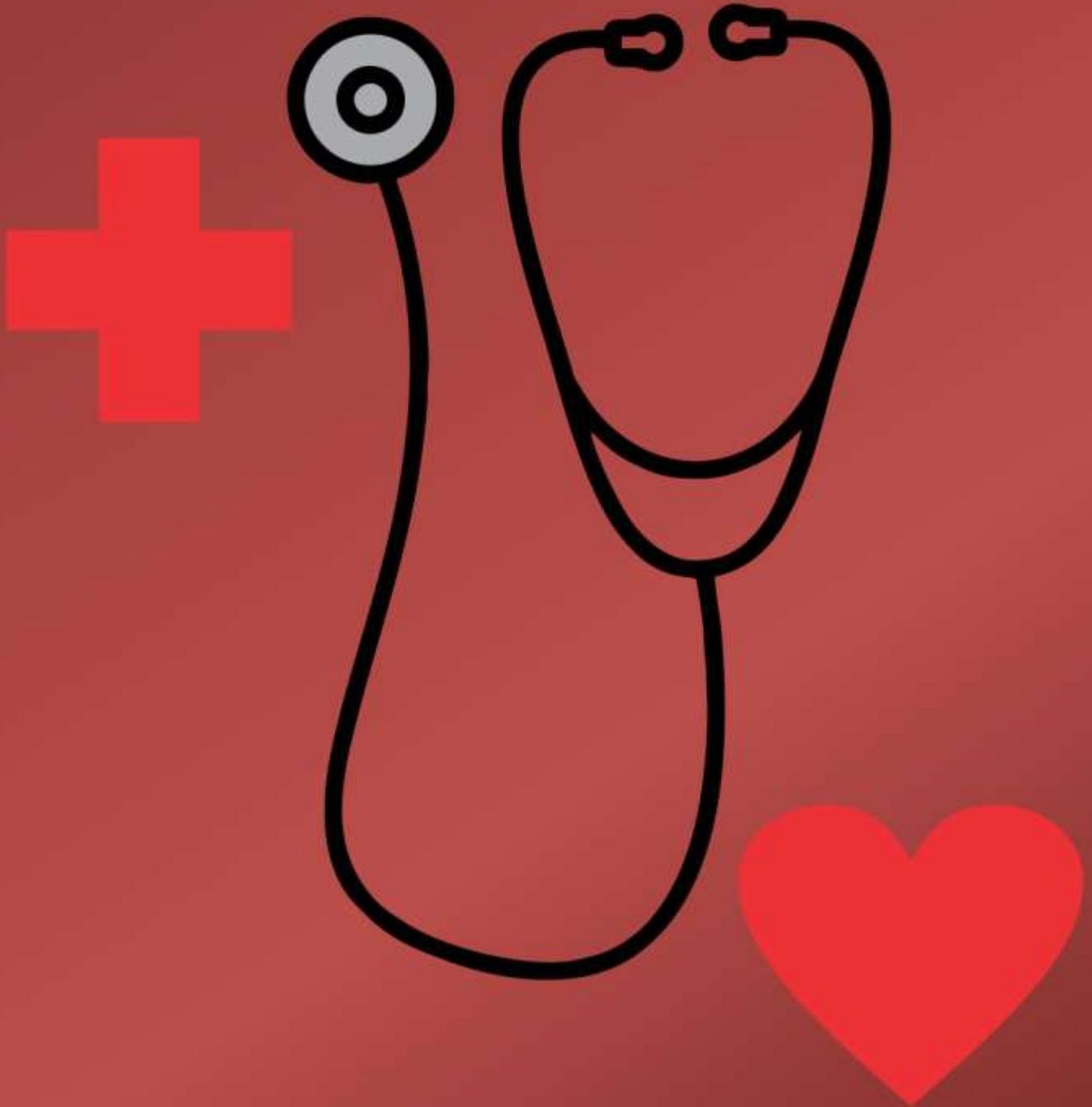
Objetivos específicos

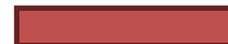
- Valorar el estado nutricional a través de indicadores antropométricos.
- Examinar los patrones de consumo alimentario.
- Determinar el estilo de vida teniendo en cuenta la actividad física, consumo de tabaco, horas de descanso y nivel de estrés.

⁷De los 34 residentes, 88% fueron del sexo masculino y 12% del femenino; la edad promedio fue 31,5. El 53% de la población presentó sobrepeso y 21% obesidad

⁸Se concluyó que esta situación puede estar induciendo en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y la práctica de una medicina más curativa que preventiva

CAPITULO 1
ESTADO NUTRICIONAL
Y PATRONES DE CONSUMO
ALIMENTARIO





El hombre prehistórico subsistió en un entorno natural adverso, donde el clima, flora, suelo y fauna le impusieron su estilo de vida y alimentación. En esa época, la búsqueda de alimento era su principal ocupación y consistía en la recolección de productos vegetales silvestres como hojas, raíces y tallos. Es posible que al principio, la finalidad de la caza haya sido proveerse de pieles para protegerse del frío, aunque como beneficio secundario, la carne se emplease para la alimentación.

Desde la aparición del ser humano en la tierra, el alimento ha tenido una dimensión social, pues la necesidad de vivir en sociedad implica compartir tareas y alimentos obtenidos. El hombre creó utensilios de piedra, bronce y hierro aprendió a domesticar animales, y a cultivar la tierra, con esto se ampliaron sus perspectivas de vida, abandonó su condición de nómada y se estableció de modo permanente.

De forma paralela a la evolución de estas formas culturales, el alimento fue adquiriendo diversos valores. Al principio, se trataba solo de satisfacer la necesidad de comer, sin embargo con el paso del tiempo surgieron mitos, ritos símbolos y tabúes en torno a la alimentación, algunos de los cuales todavía son vigentes entre numerosos grupos humanos.

A lo largo de la historia, la lucha humana por el sustento diario ha sufrido muchos fracasos, con la consecuente aparición del hambre. Para la especie humana esta no es solo una necesidad primaria que la impulsa a buscar alimentos sino también un fenómeno social generador de guerras, revoluciones y epidemias (Esquivel Hernández, Martínez Correa y Martínez Correa, 2018)⁹

Aunque durante su desarrollo, las sociedades humanas han logrado altos niveles de riqueza y bienestar, libertad y creatividad, tales logros no han estado al alcance de todos los grupos humanos. A pesar de que el progreso es innegable, la ignorancia, esclavitud, miseria y hambre continúan formando parte del ser humano, aun en el siglo actual.

Las epidemias de hambre tan comunes en otras épocas siguen existiendo, sobre todo como resultado de fenómenos naturales y actividades políticas y sociales. Además de estos problemas, han surgido otros nuevos, como contaminación ambiental, explosión demográfica, una profunda desigualdad en el acceso a alimentos y acumulación sin precedente de recursos destructivos

Entre los dominios que integran el estilo de vida podemos incluir conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales,

⁹El consumo de alimentos disponibles lo determinan los hábitos alimentarios, estos pueden cambiar pero en general son bastantes fijos y no se modifican de forma sustancial en los diferentes sectores de la población.

prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo(López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma, & Munguía-Miranda, 2003)¹⁰

Por otro lado, el desarrollo tecnológico, científico y social también proporciona más recursos para hacer frente a los problemas y favorecer el bienestar de la humanidad en proporciones cada vez mayores.

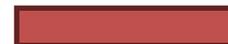
Para la selección de los alimentos influye su presencia en cada región, así como la experiencia en relación con su gusto, inocuidad, métodos de producción y preparación. En la actualidad, se ha avanzado mucho en el conocimiento de la composición y función en el organismo, así como en los mecanismos para aumentar su producción, conservación y distribución. Respecto al campo alimentario, la medicina actual reconoce la importancia de la nutrición como ciencia y la indudable relación entre alimentación y salud desde un enfoque preventivo. Asimismo, la experiencia acumulada ha permitido valorar la función de la dieta en el tratamiento de numerosos padecimientos y la importancia de los diferentes principios nutritivos en el mantenimiento de la salud, para evitar enfermedades ocasionadas por estados carenciales o excesivos. La trascendencia de la nutrición como factor determinante en el mantenimiento de la homeostasis es cada vez más aceptada por los profesionales del área de la salud.

A medida que las enfermedades infecciosas y parasitarias son controladas gracias a los adelantos en materia de salud, la nutrición cobra valor como influencia favorable para disminuirlas o erradicarlas.

La nutrición es uno de los factores que se encuentra más íntimamente relacionado con la salud, al igual que la herencia, el clima, la higiene y el ejercicio físico. La nutrición adecuada promueve el desarrollo y crecimiento óptimo del organismo, así como el funcionamiento armónico de todos los sistemas. En el ámbito social, la nutrición se relaciona con diversos aspectos como los económicos y los culturales y educativos. Dentro de los económicos: una buena nutrición de individuos y comunidades incrementa la productividad y propicia el desarrollo de las naciones. Dentro de los culturales y educativos: una población bien alimentada tiene mayor potencial para realizarse en estos dos campos y, además tiende a manifestar mejores hábitos higiénicos y nutricionales para su alimentación (Esquivel Hernández, Martínez Correa y Martínez Correa, 2018)¹¹

¹⁰Estos factores que intervienen en el estilo de vida son valorados a través del Test Fantastic que es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, y permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular.

¹¹En el mundo desarrollado, los elaboradores de alimentos están estudiando nuevas técnicas de elaboración y conservación. A pesar de sus ventajas, las nuevas tecnologías pueden llevar también consigo nuevos riesgos, especialmente cuando no se han evaluado suficientemente los efectos complejos de las nuevas mejoras tecnológicas en poblaciones microbiológicas complejas o en la composición de los alimentos. En los países en desarrollo, en concreto, puede que la infraestructura



Así mismo, el ser humano, se comporta según sus gustos personales, los cuales ya tiene definidos y por la influencia de hábitos adquiridos de la sociedad a la cual pertenece y desarrolla su vida cotidiana (Aranceta Baltrina, 2001)¹²

La Transición Nutricional (TN) está acompañada o es precedida por la Transición Demográfica ¹³y por la Transición Epidemiológica, descrita por primera vez por Omran en 1971: el cambio de un patrón en el cual la insalubridad y las hambrunas llevaban a una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y de desnutrición, a un patrón de altas prevalencias de las llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT (Popkin, 1994)¹⁴

Las Etapas de estas transiciones y su interrelación se presenta en la Transición Demográfica, Transición Epidemiológica y Transición Nutricional.

básica o el conocimiento tecnológico básico de los procesos utilizados en la recolección, así como antes y después de ésta, sea insuficiente o inexistente. Este es un motivo de preocupación habitual en los países pobres, que tiene como resultado dificultades para asegurar o mantener la inocuidad de los productos alimenticios, así como pérdidas de alimentos, inseguridad alimentaria o restricciones al comercio.

¹²Están cambiando los gustos de los consumidores debido a la nueva relación que los comensales establecen con los alimentos. Es indiscutible que en la sociedad occidental se está operando una erosión de los modelos alimentarios tradicionales debido a los cambios que se están produciendo en la elección de los alimentos y la consolidación de nuevos estilos de vida

¹³ Transición Demográfica: es el cambio de un patrón de una alta fertilidad y una alta mortalidad a un patrón de baja fertilidad y baja mortalidad.

¹⁴Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes.

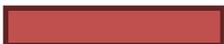
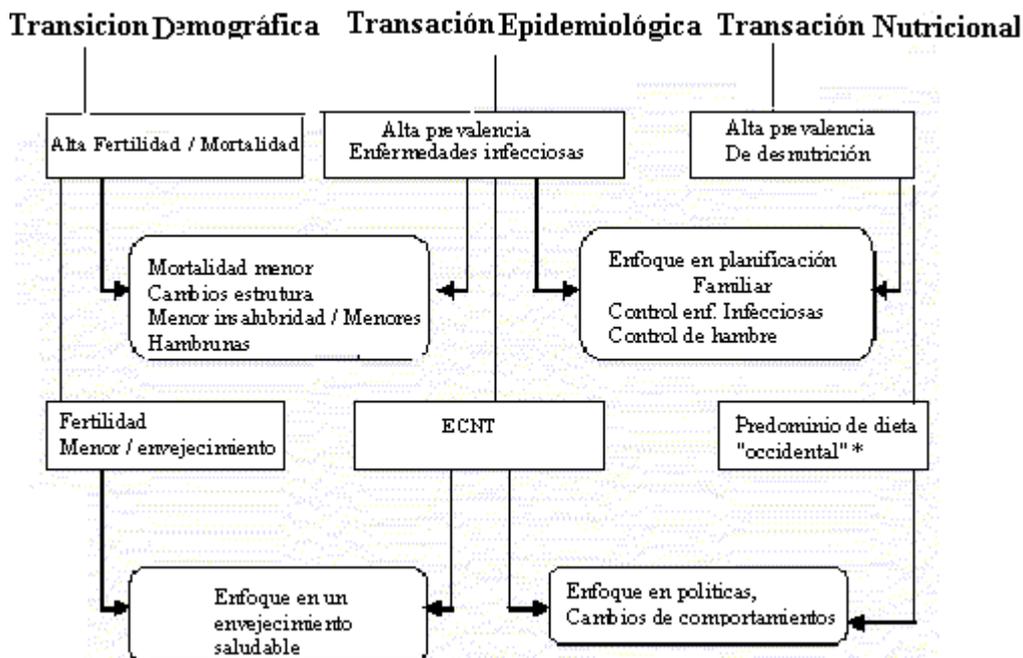


Diagrama n° 1: Etapas de las transiciones y su interrelación



Fuente: Popkin (1994)¹⁵

En términos generales se ha producido una confluencia mundial hacia la "dieta occidental", un patrón dietético alto en grasas, en especial grasas saturadas y colesterol, azúcares y carbohidratos refinados y bajo en cereales, en fibra dietética, en grasas poli insaturadas y en micronutrientes.

En la TN ¹⁶se observan cinco patrones, estos son recolectores y cazadores, hambrunas debido a que la comida escaseó, El final de las hambrunas, dieta de tipo "occidental" y toma de conciencia y cambio de comportamiento

Recolectores y cazadores en donde la dieta alta en carbohidratos, fibra y hierro y baja en grasas en particular las saturadas (debido al contenido ácidos grasas poli-insaturados de los animales salvajes en contraste con los domesticados).

Hambrunas debido a que la comida escaseó, acompañando la "revolución agrícola" y persistieron en Europa hasta el Siglo XVIII actualmente, solo se producen en África.

¹⁵La transición alimentaria-nutricional se acompaña por la transición demográfica, y por la epidemiológica, altas prevalencias de enfermedades infecciosas y desnutrición hacia altas prevalencias de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

¹⁶ TN Transición nutricional: hace referencia habitualmente a los cambios en las actitudes alimentarias que se observan en un país en plena época de expansión económica. El principal cambio que se observa en esta transición alimentaria es un consumo creciente de proteínas y lípidos (materias grasas) de origen animal, y una menor utilización de nutrientes vegetales. Es decir, los habitantes de los países en desarrollo adoptan el modo de alimentación occidental.

El final de las hambrunas dieta alta en proteínas, frutas y vegetales y baja en carbohidratos Dieta de tipo "occidental" que resulta en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), además de hábitos inadecuados, como el sedentarismo.

Toma de conciencia y cambio de comportamiento que se asemeja más al patrón de Recolectores y cazadores que el patrón de Dieta de tipo "occidental", además de un aumento en la actividad física.

En la TN se observan dos modelos, el modelo occidental en países de alto ingreso (Europa, USA) el cual se caracteriza por una transición gradual, y el modelo de países con mediano y bajo ingreso (Asia, América Latina) que se caracteriza por una transición acelerada. Además, porque coexisten el sobrepeso y el déficit de peso (López de Blanco, Carmona, 2005).¹⁷

El personal médico, siendo parte de la sociedad en su conjunto, no se encuentra exento de la problemática del sobrepeso u obesidad, ya que también puede presentar inactividad física, ingesta de alcohol, ingesta de alimentos ricos en energía, entre otros. Ello es de vital importancia, por ser personal que se encuentra en contacto directo con pacientes y su salud no puede verse deteriorada, más aún, por ser imagen y ejemplo para con los pacientes (Cuba, Ramírez, Olivares, Bernui y Estrada, 2010).¹⁸

La promoción de la salud es un conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales, que favorecen la salud; no sólo para protegerla, sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo. Es una parte esencial de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, ya que otorga poder a los individuos y comunidades para que ejerzan un mayor control sobre su estado de salud y los factores determinantes.

Los hábitos alimentarios de cada individuo se adquieren en la infancia y se van modificando con el transcurso de los años, según las circunstancias en que se ingieren los alimentos, el prestigio social de los mismos, así como el bienestar y el placer que su consumo

¹⁷Doak, Adair, Monteiro y Popkin, estudiaron esta coexistencia de sobrepeso y déficit de peso a nivel nacional, de la comunidad y del hogar. Se definió un hogar con Sobrepeso y Bajo Peso tomando en cuenta a todos los miembros de la familia menos a las embarazadas y a los menores de 2 años. La prevalencia fue mayor en Brasil (11%) donde está ocurriendo una TN acelerada y es más baja en Rusia y China: 9 y 6 %, respectivamente. La epidemia de sobrepeso y obesidad es pues un fenómeno mundial y más que una transición, es una superposición alimentaria y nutricional por cuanto coexisten tanto el exceso como el déficit.

¹⁸Los resultados de este estudio muestran una prevalencia de sobrepeso y obesidad (53 y 21%, respectivamente) en los médicos residentes evaluados. Se encontró un nivel alto de sedentarismo por el tipo de ocupación laboral y las pocas horas dedicadas al autocuidado y recreación; en nuestros datos, 91% de los médicos continuaba trabajando y solo 6% tomaba un descanso de por lo menos 6 horas después de sus guardias nocturnas, lo cual está muy relacionado con la presencia de estrés.

supone. Es por ello que se debe buscar modificaciones, solamente cuando las prácticas a modificar constituyan un riesgo para la salud (Torresani, Somoza, 2011)¹⁹

Los hábitos alimentarios no son innatos, sino que se forman a lo largo de la vida: nacen en familia y pueden reforzarse en el medio escolar. La tradición, los mitos y los símbolos son determinantes de los platos de cada día; intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos y juegan un importante papel en las formas de preparación, distribución y servicio de las comidas (Ramos Chamorro, 2007)²⁰

De esta manera, la alimentación es un proceso de selección de alimentos, que se produce como resultado de una compleja interacción entre diversos factores, entre los cuales se pueden mencionar factores geográficos y climáticos, debido a que la temperatura, la humedad, la altitud tienen una gran influencia en las clases de cultivos y en la intensidad de la producción de una determinada zona, en cierto modo, la dieta en la misma. Por otro lado, existen factores económicos, como el nivel de ingreso y el poder adquisitivo, que determinan el acceso a los alimentos. También, puede mencionarse factores psicológicos, ya que comer es una actividad social que implica interacción con otras personas, siendo expresión del estado psíquico y reflejo de las emociones (Bartrina Aranceta, 2001)²¹

Una dieta que cumpla los requerimientos nutricionales puede prevenir alteraciones del estado nutricional en la mayoría de las personas, cabe destacar que la malnutrición tanto por exceso como por defecto puede combatirse y evitarse con una forma de vida más sana, eliminando en lo posible factores de riesgos, entre los cuales se les da particular importancia a los hábitos y actitudes alimentarias de la población, así como también su nivel de conocimiento sobre nutrición. Se ha implementado el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN²² con el objetivo de contribuir a la planificación de programas e intervenciones dirigidas al mejoramiento de la alimentación y a evitar la malnutrición, así como evaluar el estado nutricional, mediante indicadores antropométricos y otros que miden características del

¹⁹ Existe amplia evidencia de que actualmente los patrones alimentarios de la población están cambiando. La base de esta transformación en el consumo de alimentos se encuentra en el cambio de actitud de la población en el concepto de salud y enfermedad. Punto de referencia para entenderlo han sido la nueva visión del cuerpo. Y ya que todavía no es posible tener un cuerpo inmortal por lo menos se puede aspirar a envejecer de manera saludable.

²⁰ En este estudio se centra en el análisis de la conducta alimentaria incluye el examen de hábitos, creencias, costumbres y patrones de alimentación, los cuales están determinados, desde el lado cultural, por normas sociales, y desde el lado psicológico por exigencias inconscientes.

²¹ El objetivo de este estudio consta en averiguar los consumos reales de los escolares, intentando una cuantificación y una caracterización de las sobras que los escolares dejan en los platos y de los intercambios que efectúan entre sí.

²² SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional es el proceso permanente de compilar, analizar y distribuir la información necesaria para mantener un conocimiento actualizado de la producción, abastecimiento, distribución y consumo de alimentos y el estado nutricional de la población; identificar sus cambios, causas y tendencias, predecir sus posibles variaciones y decidir oportunamente las acciones preventivas o correctivas indispensables según el caso.

consumo alimentario a través de encuestas, que en cortes transversales determinan la cultura y los hábitos alimentarios de la población, así como también la disponibilidad de alimentos.

Una alimentación que sea correcta, variada y completa -lo que se llama una alimentación equilibrada-, permite que el cuerpo funcione con normalidad, es decir que cubra las necesidades biológicas básicas y por otro lado previene o cuanto menos reduce el riesgo de ser afectados por ciertas enfermedades o alteraciones, ya sea al corto o al largo plazo (Irazusta Astiazaran, 2005)²³

Grafica N° 1: Gráfica de la alimentación diaria



Fuente: www.msal.gob.ar

Las GAPA²⁴ buscan desde el ámbito individual promover una alimentación saludable y culturalmente aceptable para la población. En segundo lugar, corregir hábitos alimentarios indeseables y reforzar los deseables, y por último orientar al consumidor para que de acuerdo a sus recursos económicos pueda optar por alimentos saludables, producidos localmente y de estación (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)²⁵

²³ El autor si bien relaciona la alimentación desequilibrada con enfermedad, admite que no es una relación directa causa-efecto, pero si un factor que contribuye a aumentar el riesgo.

²⁴ Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) constituyen una herramienta fundamental para favorecer la aprehensión de conocimientos que contribuyan a generar comportamientos alimentarios y nutricionales más equitativos y saludables por parte de la población de usuarios directos e indirectos.

²⁵ El Ministerio de Salud (MSAL) es el organismo público de la Nación Argentina encargado de atender las cuestiones administrativas relacionadas con el servicio de salud, entre ellas las cuestiones de epidemiología, campañas de vacunación, control sanitario de las fronteras, registro de los profesionales de la salud y el banco de drogas, entre otras.

Tabla N° 1: Mensajes de las GAPA

| | |
|------------|--|
| MENSAJE 1 | Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física. |
| MENSAJE 2 | Tomar a diario 8 vasos de agua segura. |
| MENSAJE 3 | Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores. |
| MENSAJE 4 | Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio. |
| MENSAJE 5 | Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal. |
| MENSAJE 6 | Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados. |
| MENSAJE 7 | Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo. |
| MENSAJE 8 | Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca. |
| MENSAJE 9 | Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas. |
| MENSAJE 10 | El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. |

Fuente: adaptado de <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>.

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicosocio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos (Figuroa Pedraza, 2004).²⁶Refleja en cada momento si el aporte, absorción y utilización de los nutrientes son adecuados a las necesidades del organismo (Cruz Cruz, 1999).²⁷

²⁶La compleja causalidad de los problemas nutricionales y su estrecha vinculación con los factores políticos, socioeconómicos y medioambientales, así como con la gestión de los recursos, obligan a ir más allá del enfoque biomédico clásico y de las soluciones aisladas, que han puesto de manifiesto sus límites a la hora de luchar contra la malnutrición. No obstante, determinadas estrategias han dado buenos resultados, como el fomento de la lactancia materna o la lucha contra la carencia en micronutrientes, por lo que deben seguir adelante e intensificarse.

²⁷ El autor destaca que por este motivo la evaluación del estado nutricional debe formar parte de los exámenes de salud y de la exploración clínica de cualquier paciente.

Conceptualmente, la valoración nutricional para un individuo es igual que para un grupo, aunque no siempre se utiliza la misma metodología en ambas situaciones; generalmente, la valoración del estado de nutrición de una persona o de un grupo de población debe hacerse desde una múltiple perspectiva: dietética, antropométrica, bioquímica, inmunológica y clínica (OMS, 1995)²⁸

Aunque no es posible tener una idea exacta del estado de nutrición a partir de datos dietéticos exclusivamente, los resultados de las encuestas alimentarias sí permiten tener información sobre la posibilidad de que una persona o un grupo de personas tengan ingesta inadecuada de energía y nutrientes y constituyan un grupo de riesgo.

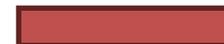
El estudio del consumo de alimentos es uno de los aspectos más importantes de la ciencia de la nutrición, pues hoy tenemos suficiente evidencia de la relación que existe entre el modelo de consumo alimentario y algunas enfermedades crónico-degenerativas, es por eso que uno de los aspectos más interesantes a conocer respecto de la población, desde el punto de vista de la alimentación y nutrición, es la manera en que se alimenta. La cantidad y el tipo de alimentos consumidos proporcionan importantes antecedentes que pueden relacionarse con el desarrollo, prevención y tratamiento de diversas enfermedades. Especial interés cobra el hecho de conocer la alimentación de las poblaciones, al identificar la estrecha relación que existe entre ésta y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, las que en Argentina han mantenido un aumento sostenido en los últimos años (Rappo Miguez,, 2001)²⁹

La valoración nutricional debería formar parte de la evaluación clínica de todos los individuos ya que permite no sólo determinar el estado nutricional, sino también valorar los requerimientos nutricionales, predecir la posibilidad de presentar riesgos sobreañadidos a su enfermedad atribuibles a una posible alteración del estado nutricional y evaluar la eficacia de una determinada terapia nutritiva. En este proceso es necesario hacer una distinción entre el concepto de cribado y el de evaluación o valoración nutricional. El primero se basa en la identificación de los individuos que poseen características asociadas a problemas nutricionales lo cual permite identificar si presentan desnutrición o riesgo de desarrollarla. En cambio, el segundo concepto permite reconocer si existe o no un trastorno inicial, y en este caso, clasificarlo y cuantificarlo para su posterior registro. (Gil Hernández, 2010)³⁰

²⁸La Carta de Bangkok afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.

²⁹La aurora manifiesta que el ingreso y sus expresiones en el gasto son condicionantes del tipo de consumo, lo cual marca las transformaciones alimentarias actuales y puede reflejar continuidad, cambio o variaciones.

³⁰Este tomo está enfocado al conocimiento de los requerimientos nutricionales y a las guías dietéticas en diferentes etapas de la vida desde el lactante hasta el anciano, pasando por la actividad física



La Argentina, presenta un problema nutricional desde la década del '70, al igual que en los demás países de América Latina, la desnutrición proteico-energética y el déficit de micronutrientes. En las décadas del '80 y '90 se comenzó a analizar la relación entre déficit de micronutrientes y condiciones de salud, crecimiento y desarrollo. A partir del '90 y 2000 se observa una gran complejidad en condicionantes y sus consecuencias, surge además la relación entre alimentación y estilo de vida y la coexistencia de situaciones de déficit y exceso. En los últimos 30 años aparece la obesidad como importante problema de salud pública a nivel mundial, siendo la primera vez que una enfermedad crónica no transmisible es considerada epidemia. El cambio en la dieta ocurrió en forma dramática en países con bajo y moderado ingreso. La situación nutricional en Sudamérica es consecuencia de tres procesos concurrentes: la transición nutricional, las crisis económicas de los últimos años y los problemas crónicos irresueltos. En este contexto, la Argentina es uno de los países latinoamericanos con mayor sobrepeso y obesidad (Lomaglio, 2012).³¹

Muestra de ello son los datos obtenidos sobre el estado nutricional de la población adulta argentina a través de distintas encuestas

Tabla N 2: Estado Nutricional de la población adulta argentina

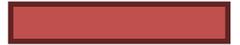
| Población | Fuente | Sobrepeso | Obesidad |
|--|-----------------------------|-----------|----------|
| Adultos | ENNyS ³² | 37,6% | 15,3% |
| | 2da ENFR 2009 ³³ | 35,40% | 18% |
| | 3ra ENFR 2013 | 37,10% | 20,80% |
| Fuente: Adaptado de Guías Alimentarias para la Población Argentina | | | |

El sobrepeso y la obesidad se han relacionado con un incremento del riesgo de padecer algunas enfermedades, entre las que se encuentran la diabetes, hipertensión, dislipemias, enfermedad cardiovascular y ciertos tipos de cáncer. Cabe destacar que, aparte de las consecuencias que tiene su padecimiento sobre la salud del propio individuo, se ha estimado que la obesidad, y las enfermedades relacionadas a la misma, suponen un coste sanitario del 2

³¹ La autora realiza un artículo sobre la transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino.

³² ENNyS: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. 2005. Se observa la coexistencia de condiciones de déficit y exceso, con diferencias significativas según provincia, región o condiciones socioeconómicas.

³³ ENFR: La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 constituye una herramienta fundamental para la vigilancia de las ECNT, que provee por primera vez una línea de tendencia de los principales factores de riesgo. Esto permitirá analizar los resultados de las políticas implementadas a nivel nacional y en las distintas jurisdicciones y permitirá establecer metas factibles para la formulación de políticas de salud pública que aborden este flagelo

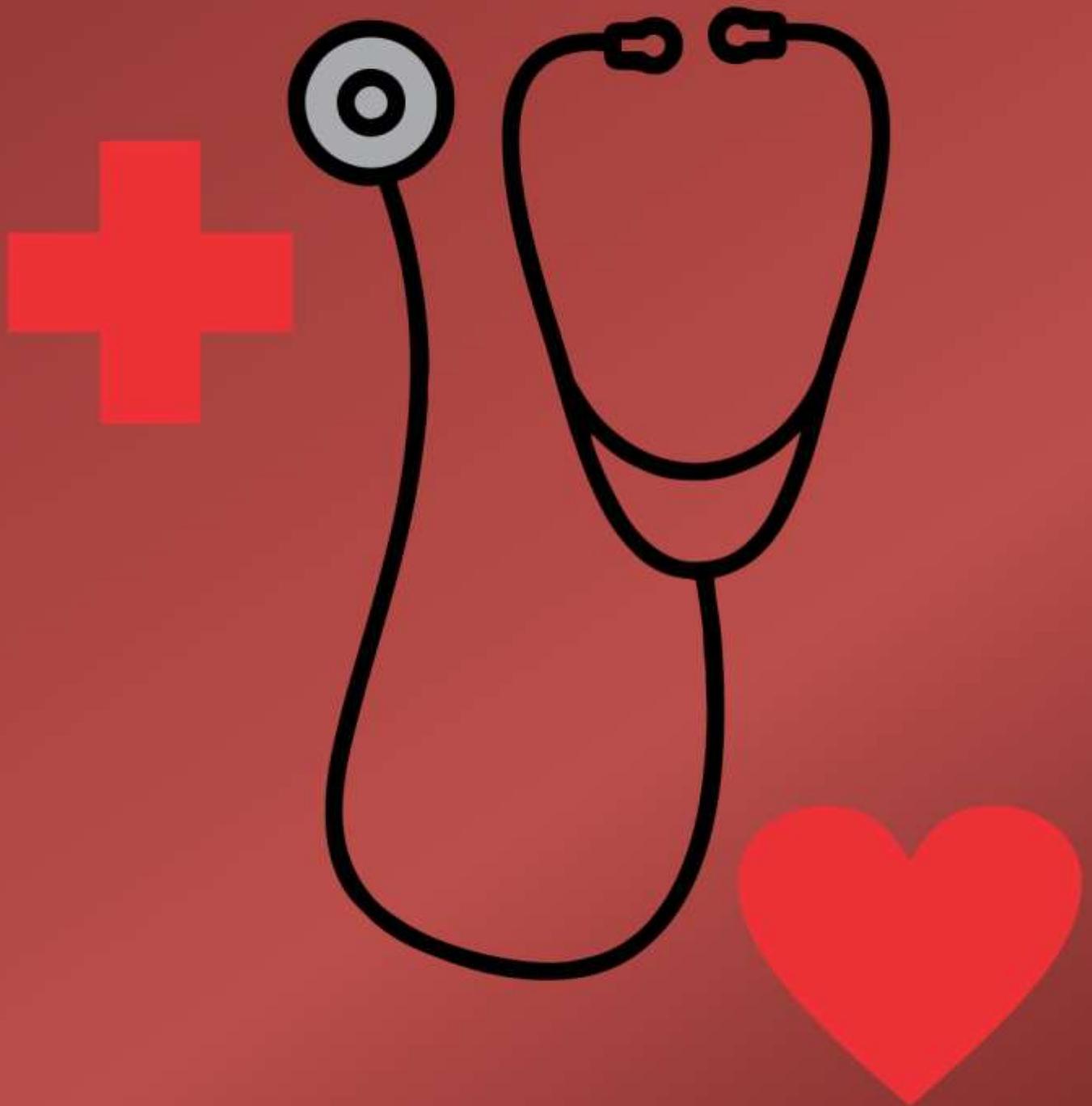


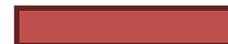
al 7% según el país (Rodríguez - Rodríguez, López-Plaza, López Sobaler& Ortega, 2011)³⁴

³⁴ Los autores realizaron una investigación para determinar sobrepeso y obesidad en adultos españoles.

CAPITULO 2

ESTILO DE VIDA





El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida (Cockerham, 2007).³⁵ De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.

Durante los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, 2004³⁶ se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el *“conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control”*.

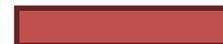
En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (Kickbusch, 2006).³⁷

Hasta entonces, desde distintas áreas de conocimiento se habían estudiado diferentes variables relacionadas con el estilo de vida. Prevalcía la idea de que el estilo de vida tenía un carácter fundamentalmente voluntario, aunque en la actualidad cobra fuerza la idea de que existen muchas variables de índole muy diversa que vienen a conformar el fenómeno que denominamos estilo de vida y es que las conductas habituales y elecciones están limitadas a

³⁵Un número creciente de estudios sobre desigualdad de clase, condiciones de vida, características del vecindario y social. El capital está descubriendo que las condiciones estructurales pueden ser causales factores para la salud y la enfermedad en los Estados Unidos y Gran Bretaña

³⁶Marc Lalonde señaló que "la visión tradicional o generalmente aceptada del campo de la salud es que el arte o la ciencia de la medicina ha sido la fuente de todas las mejoras en la salud, y la creencia popular iguala el nivel de salud con la calidad de la medicina.

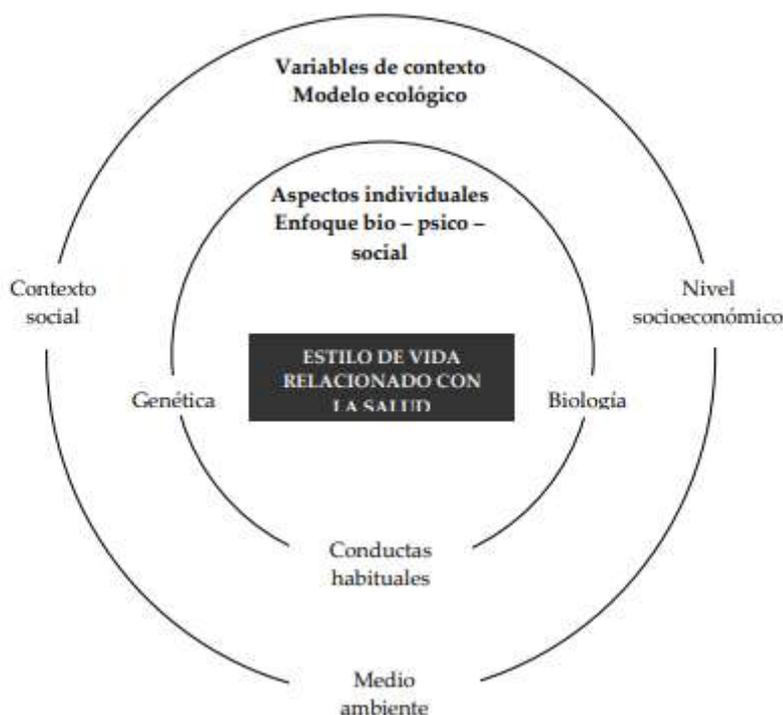
³⁷La evidencia es que los factores sociales influyen en el sistema corporal independientemente de y / o además defactores de riesgo y comportamientos de riesgo como el cigarrillo, consumo excesivo de alcohol, uso de drogas ilícitas, ciertos hábitos alimenticios, ejercicio insuficiente, conducción imprudente y respuesta inapropiada a la presión social. El estrés agudo puede conducir a un aumento de catecolaminas y un marcado aumento de la presión arterial. También se considera que los factores sociales afectan al sistema inmune.



las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y las condiciones estructurales de vida (Cockerham, 1993)³⁸.

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por (Elliot, 1993)³⁹ poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes. La continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito” y la asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

Figura N° 1: Estilo de vida relacionado con la salud

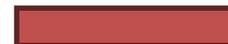


Fuente: Elliot, (1993).

Los hábitos de vida son el conjunto de conductas adaptativas que conforman el estilo de vida y que dependen y están determinadas por la relación entre las características biopsicosociales y el contexto ecológico.

³⁸El propósito de este artículo es presentar una teoría de los estilos de vida de salud, con énfasis en restaurar la estructura a su posición apropiada. El artículo comienza definiendo la agencia y la estructura, seguido de la presentación de un modelo de estilo de vida de salud y los estudios teóricos y empíricos que lo respaldan.

³⁹ Las conductas que conforman el estilo de vida deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual.

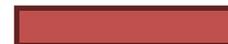


Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas: La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno. Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos y se establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida, que conforman en conjunto el “estilo de vida relacionado con la salud”, determinados por cada uno de estos factores.

A continuación se detalla la relación entre diferentes aspectos individuales y la salud de los individuos. Con respecto a la Genética y Biología nuestro genoma se ha adaptado al ambiente y circunstancias en las que hemos evolucionado, de forma que una alteración de las mismas, como es el ambiente que disfrutamos hoy en los países desarrollados, supone un desfase de nuestra herencia respecto al ambiente es razonable pensar que este desfase ha propiciado la aparición de problemas de salud, siendo el principal de ellos la obesidad. Desde hace pocos años, se viene desarrollando un área de conocimientos conocido como medicina evolucionista o medicina darwinista, desde el que se pretende estudiar la salud bajo una perspectiva evolutiva (Campillo-Álvarez, 2004). ⁴⁰Si bien no hay marcadores genéticos muy buenos para incorporar el estudio de la predisposición genética a la obesidad u otras patologías en trabajos epidemiológicos (Portoles, Sorli, Francés, Coltell, González, Saiz, et al, 2006), ⁴¹parecen existir algunas evidencias de cierta relación entre nuestra adaptación como especie y el riesgo de padecer enfermedades ligadas a un estilo de vida incoherente con nuestro organismo. El sexo y otras características biológicas pueden ser también

⁴⁰El autor al escribir este libro pretendía responder las siguientes interrogaciones: ¿Porqué hay tantas personas obesas? ¿Cuál es la razón de que resulta tan difícil perder el sobrepeso que nos aflige? ¿A qué se debe la epidemia de diabetes que en el año 2020 afectará a más de 300 millones de personas? Estas y otras enfermedades de la opulencia, como la obesidad, la hipertensión, la dislipemia y la arterioesclerosis afectan a gran parte de la población por encima de los 40 años de edad; y no sólo en las sociedades desarrolladas, también en los países que están emergiendo de la pobreza como India y China

⁴¹El objetivo ha sido realizar un estudio de casos y controles basado en la población para estimar el riesgo de obesidad derivada de los polimorfismos -2548G> A y Q223R en los genes LEP y LEPR, respectivamente. Se seleccionaron 303 casos obesos (101 hombres y 202 mujeres) y 606 controles (202 hombres y 404 mujeres) de una población mediterránea española. Se analizaron las características genéticas, clínicas y de estilo de vida. No se encontró asociación entre el polimorfismo -2548G> A y la obesidad. Sin embargo, la variante Q223R se asoció significativamente con la obesidad en un modelo recesivo, siendo el genotipo RR más frecuente en los controles que en los sujetos obesos.



determinantes de la salud: ciertos tipo de tumores son más frecuentes en un sexo que en otro y la enfermedad cardiovascular es más frecuente en hombres jóvenes que en mujeres de su misma edad, así como la incidencia de otras patologías es distinta en función del sexo (Centro Nacional de Epidemiología de Madrid, 2018).⁴² Las mujeres, además, viven más años pero con menor calidad de vida y presentan mayor grado de dependencia en edades avanzadas, además de utilizar en mayor medida los servicios sanitarios en Argentina debido a que padecen con más frecuencia enfermedades crónicas (Redondo-Sendino, Guallar-Castillon, Banegas, Rodriguez-Artalejo, 2006) ⁴³

Conductas habituales están ligadas en muchas ocasiones a los factores genéticos y biológicos anteriores, éstas pueden condicionar la salud de los sujetos. Una alimentación adecuada a las propias necesidades energéticas y la adopción de una dieta equilibrada y variada se considera como un elemento fundamental para preservar la salud de los individuos (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2005).⁴⁴ Así, la alimentación es un factor que influye no sólo en el desarrollo de la obesidad y patologías asociadas como hipertensión, hipercolesterolemia e hiperuricemia, diabetes tipo II y enfermedad cardiovascular, sino también en la predisposición a desarrollar tumores(Greene, Fernández, 2007). ⁴⁵Otras conductas como el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o el uso de estupefacientes tienen como resultado la aparición de problemas muy diversos de salud.

La práctica de actividad física habitual es, junto a la alimentación, una de las conductas con mayor relevancia para el mantenimiento de la salud (Panagiotakos, et al, 2004),⁴⁶independientemente de otros factores, como el sexo o la edad (Yusuf, et al, 2005)⁴⁷

⁴²El objetivo de este informe es describir tal situación según los atributos de persona, lugar y tiempo en la Comunidad de Madrid, a partir de los datos de mortalidad de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, las sometidas a programas de prevención o con posibilidades de ser prevenidas, y las que han experimentado un incremento en los últimos años.

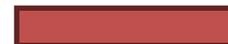
⁴³En comparación con los hombres, las mujeres reportan una mayor morbilidad y hacen un mayor uso de los servicios de salud. Este estudio examina los posibles determinantes de las diferencias de género en la utilización de los servicios de salud entre los ancianos. Los factores que mejor explican la mayor utilización de los servicios de atención médica por parte de las mujeres de edad avanzada en comparación con los hombres son el número de enfermedades crónicas y la CVRS

⁴⁴. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), que tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil.

⁴⁵Esta investigación intenta destacar la nutrición como una receta que se puede utilizar para reducir los factores de riesgo significativos que enfrentan las mujeres, que viven en países desarrollados, a lo largo de su vida.

⁴⁶ El enfoque de estilo de vida terapéutico sugerido puede contribuir a la reducción de la prevalencia del SM, más allá de los niveles de varios marcadores de lípidos, inflamación y coagulación.

⁴⁷La relación cintura-cadera muestra una asociación gradual y altamente significativa con el riesgo de infarto de miocardio en todo el mundo, aumenta la estimación del infarto de miocardio atribuible a la obesidad en la mayoría de los grupos étnicos.



En cuanto a las variables de contexto que más frecuentemente se abordan en los estudios relacionados con el estilo de vida y la salud pública, se destacan las siguientes. En cuanto al entorno afectivo próximo, las relaciones sociales vienen a determinar, en gran medida, la adopción de gran parte de nuestras conductas habituales, es muy frecuente que ciertos hábitos de vida nocivos para la salud se desarrollen en grupo, tal y como el consumo de alcohol y de tabaco (Hecht, Driscoll, 2012).⁴⁸ De la misma forma, la alimentación es un factor determinado por el contexto social, económico y familiar, encontrando que existe agregación familiar en la prevalencia de obesidad o en los patrones habituales de actividad física (Eck, Klesges, Hanson, Slawson, 2002).⁴⁹ Ciertos aspectos sociales inciden de forma muy significativa en la salud, de esta forma, el estatus grupal se relaciona directamente con la capacidad de respuesta del sistema inmune y otras variables, tanto en personas como en otros mamíferos (Sapolsky, 2007)⁵⁰ Con respecto a los Aspectos sociales y económicos, desde la publicación de los estudios de la WhiteHall, retomados por Michael Marmot, en los que se ha evaluado la relación entre estatus y enfermedad en funcionarios del Reino Unido (Marmot, Wilkinson, 1999),⁵¹ han aparecido muchos estudios en los que se relaciona la salud con aspectos socioeconómicos. En epidemiología, se ha estudiado la influencia de variables socioeconómicas, encontrando que, en función del nivel de ingresos, se establece el riesgo de desarrollar ciertas patologías ya que parece que los conceptos pobreza y enfermedad están estrechamente vinculados (Ashiabi, O'neal, 2007),⁵² no guardando relación este fenómeno con la posibilidad de contar con atención sanitaria básica, ya que muchos de estos trabajos se

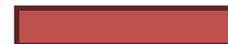
⁴⁸ Este estudio examinó factores seleccionados de comunicación, sociales, situacionales e individuales asociados con el alcohol y otras drogas.. Los efectos de los factores sociales, situacionales e individuales fueron más moderados, mostrando una menor percepción del riesgo de alcohol, más presión para usar, más dificultad para rechazar, y un consumo mayor y más frecuente.

⁴⁹ Una gran cohorte de niños se dividió en dos grupos según el peso de sus padres. El peso de los dos grupos fue similar al comienzo del estudio, pero el grupo de alto riesgo ganó un poco más de peso durante un período de un año. Aunque la ingesta total de energía fue similar, el grupo de alto riesgo consumía un mayor porcentaje de energía proveniente de grasas y un porcentaje menor de carbohidratos. Estos resultados sugieren un patrón que puede conducir a un aumento de peso aumentado en un grupo de alto riesgo a medida que envejecen.

⁵⁰ Robert M. Sapolsky nos presenta en esta obra al animal humano en toda su diversidad y peculiaridades. En estos ensayos manifiesta su agudeza habitual y su conocimiento de la condición humana para decirnos quiénes, por qué y cómo somos. El autor ha sintetizado numerosas investigaciones para mostrar la enorme complejidad que se esconde detrás del simple hecho de ser animales humanos.

⁵¹ Los determinantes sociales cubiertos por el libro incluyen el impacto de la vida temprana; el curso de la vida, el gradiente social y la salud; desventaja del mercado laboral, desempleo, falta de empleo e inseguridad laboral; el ambiente psicosocial en el trabajo; transporte; apoyo social y cohesión social; la política de la comida; pobreza, exclusión social y minorías; patrones sociales de comportamientos individuales; determinantes sociales de las desigualdades étnicas / raciales; determinantes sociales de la salud en la vejez; barrios, vivienda y salud; comportamiento sexual y salud sexual; y vulnerabilidad social.

⁵² Ashiabi G, O'neal K. Examinaron un modelo de múltiples vías de pobreza de ingresos, dificultades materiales, factores parentales y estado de salud infantil para comprender cómo las dificultades materiales y los factores parentales median los efectos de la pobreza en la salud infantil.



realizan en países en los que la cobertura sanitaria es universal y gratuita. No es tan determinante el hecho de tener unos ingresos concretos como el hecho de que existan diferencias acentuadas perceptibles en un mismo entorno. Dicho de otro modo, para nuestra salud es más negativo “sentirse pobre” que “ser pobre” (Demakakos, Nazroo, Breeze, Marmot, 2008).⁵³ Respecto al nivel educativo, se observa que se comporta de forma similar al nivel de ingresos. Ciertas enfermedades son más comunes entre las personas con pocos estudios mientras que otras tienen mayor prevalencia entre aquellos con más formación académica, como la esclerosis múltiple (Hammond, McLeod, Macaskill, English, 2006).⁵⁴ Ambos factores, el económico y el educativo, no sólo afectan a la morbilidad sino también, consecuentemente, a ciertos factores de riesgo, ya que además de tener peor salud y más problemas crónicos que pueden degenerar en enfermedades graves, como las cardiovasculares (Kaplan, Keil, 2003).⁵⁵

Estos aspectos pueden guardar relación con los resultados similares que obtienen trabajos desarrollados en otros grupos de personas con características especiales, como las minorías étnicas o los inmigrantes, en los que la exclusión social que suelen padecer, que va unida a un peor estatus socioeconómico, redundando en detrimento de su salud (Ramos, García, Prieto, March, 2001).⁵⁶

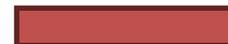
Un factor que puede guardar relación con la salud son las características del entorno que se habita. Residir en un determinado contexto hace que las características del mismo influyan no sólo en la salud, sino en ciertos aspectos del estilo de vida y las relaciones sociales. En estudios en animales sociales, las posibilidades que ofrece el entorno de residencia hacen que ciertas poblaciones muestren conductas y formas de relación muy distintas entre sí que influyen directamente en su salud y bienestar. En los entornos más hostiles para la supervivencia, con carencias materiales o estructurales básicas, se observan mayor número de conductas menos saludables y menor cooperación, lo que hace que existan más presiones y estrés, mientras que en otros lugares más acogedores las relaciones son significativamente

⁵³Los estudios han sugerido que el estado social subjetivo (SSS) es un importante predictor de salud. Este estudio examinó el vínculo entre el SSS y la salud en la vejez e investigó si el SSS mediaba las asociaciones entre los indicadores objetivos del estado socioeconómico y la salud.

⁵⁴Los datos de un estudio epidemiológico sobre la esclerosis múltiple en Australia se analizaron para determinar la relación entre la prevalencia de la enfermedad y el nivel educativo, y la asociación entre el nivel de discapacidad y la situación laboral. Hubo una frecuencia significativamente mayor de esclerosis múltiple en aquellos que abandonaron la escuela a una edad más avanzada y alcanzaron un nivel educativo más alto. La explicación de este hallazgo sigue siendo especulativa y puede estar relacionada con factores genéticos o ambientales. El estudio confirmó la asociación reconocida entre discapacidad moderada-severa y divorcio-separación y tasas más bajas de empleo.

⁵⁵La hipótesis de que una alta tensión laboral puede afectar negativamente el estado de salud tiene una base racional y está respaldada por la evidencia de un número limitado de estudios. Existe una considerable evidencia de una relación entre los factores socioeconómicos y la mortalidad por todas las causas.

⁵⁶El objetivo de este estudio es establecer el impacto de la inmigración sobre los servicios sanitarios, analizando la frecuentación hospitalaria, la casuística y su repercusión económica, comparadas con las de la población autóctona.



más saludables, pacíficas y distendidas. Salvando las distancias, en los seres humanos, los contextos de residencia pueden llegar a condicionar nuestro estilo de vida y relaciones sociales, los núcleos rurales parecen ser lugares en los que acceder a ciertos servicios básicos como la sanidad u otras prestaciones puede ser más difícil debido a la dispersión geográfica y en ellos es más frecuente que las personas tengan más problemas de salud o un peor estilo de vida., que sean físicamente inactivas aunque esto puede deberse, fundamentalmente, a aspectos económicos, así como relacionarse con las condiciones laborales o la percepción de falta de oportunidades(Tay,et al, 2004),⁵⁷ tanto o más que a las condiciones de carestía real que podrían darse en algunas zonas rurales. De nuevo, parece que es tan importante o más la propia percepción de privación material que la carestía en sí misma, es decir, es más perjudicial carecer de algo cuando las personas son conscientes de que carecen de ello.

De cualquier forma, parece que en el ámbito rural tradicional existen redes sociales y familiares más densas, lo que puede ser un elemento muy positivo para la salud de las personas, e incluso pueden suponer un lugar muy adecuado para el desarrollo infantil, debido a esas mismas y otras características (Glendinning, et al, 2004).⁵⁸

Teniendo en cuenta los determinantes medioambientales, las condiciones del entorno pueden determinar la salud de las personas; de hecho, el deterioro de ciertas condiciones ambientales aumenta la prevalencia de problemas de salud (Goldman, Coussens, 2004).⁵⁹

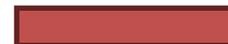
En efecto, al hablar del estilo de vida, hay que tener en cuenta los componentes que hacen parte de él. Estos se consideran como esquemas de comportamiento que comprenden hábitos saludables y no saludables que interactúan entre sí (Lema Soto, 2009).⁶⁰

⁵⁷El objetivo es examinar la influencia de los factores sociodemográficos y del vecindario en la salud autovalorada, la calidad de vida y las oportunidades percibidas de cambio (como una medida de empoderamiento) en las comunidades rurales irlandesas. Conclusión: Las interrelaciones entre los indicadores del estado de salud, el bienestar y las privaciones no están bien estudiadas en las comunidades rurales. La privación material tiene una influencia directa tanto en el estado de salud como en la calidad de vida, aunque las fuentes inmediatas de apoyo están relativamente bien conservadas

⁵⁸Glendinning A, Nuttall M, Hendry L, Kloep M, Wood S. Este estudio analiza los relatos de la vida de los jóvenes en las comunidades rurales del norte de Escocia y considera de qué manera los aspectos afectivos y sociales de la comunidad están ligados al bienestar, más allá de las preocupaciones de los jóvenes en el futuro, las transiciones de los jóvenes rurales y emigración.

⁵⁹Esta investigación reunió a un grupo diverso de participantes de una variedad de campos para discutir el estado actual del monitoreo de la salud ambiental en los Estados Unidos, para analizar los sistemas de monitoreo de otras naciones, para considerar la necesidad de un sistema nacional de monitoreo de la salud ambiental, para fomentar un diálogo sobre los pasos para establecer un sistema nacional de monitoreo. El objetivo es considerar las tareas generales de identificación, desarrollo y uso de indicadores para monitorear la salud ambiental.

⁶⁰El objetivo de este trabajo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, en diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas. Hubo coherencia entre el nivel de satisfacción con el tipo de prácticas realizadas. Finalmente, se propusieron algunos aspectos relevantes para la creación de programas de



Los principales aspectos relacionados con el estilo de vida, son la sexualidad, el estrés, el sueño, el tiempo libre y desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales. Sin embargo, con el pasar del tiempo, se han estudiado los factores que se consideran de mayor influencia en el diario vivir de las personas, dentro de los cuales se destacan la actividad física, la nutrición y el consumo de tabaco y alcohol.

En el Modelo de la OMS resulta relevante el hecho de que la sexualidad se considere un determinante que opera como mecanismo de cohesión/exclusión social, lo que reconoce explícitamente que la misma determina diferencias con respecto al tipo de riesgos para la salud. Por ejemplo, la salud sexual de las mujeres soporta un modelo patriarcal y prevalentemente masculino en la actividad sexual, además de la carga biológica del embarazo, el parto y el amamantamiento; la mayor parte de la carga de la anticoncepción; la mayor vulnerabilidad a las infecciones del aparato reproductivo y a las infecciones de transmisión sexual; y las complicaciones por estas causas, de mayor gravedad y peores consecuencias para la salud y la vida.

Es indiscutible que hasta ahora la sexualidad como factor de determinación de la salud, generadora de riesgos diferenciales según el sexo, las inequidades y vulnerabilidades de género y la orientación sexual en la vida cotidiana y en los servicios de salud, ha estado ausente en la academia como eje en la formación de los recursos humanos de la salud y consecuentemente en el pensamiento y la práctica de epidemiólogo (Ramos Brum, 2011)⁶¹

El estrés⁶² cuando funciona como estímulo o como sistema de defensa, permite la supervivencia. Como respuesta al estrés se produce el llamado síndrome general de adaptación, compuesto por las siguientes fases: Alarma, Resistencia y Agotamiento

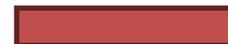
Cuando el estrés y su respuesta contribuyen a la superación y mejor adaptación del organismo a su ambiente se llama eustrés (estrés bueno), para establecer la diferencia con aquel que es causante de trastornos emocionales y enfermedades, al que se le denomina distrés (estrés malo) (Bravo, 2008)

Las situaciones estresantes que sufren las sociedades modernas son de tipo simbólicas y no físicas. Hoy, la persona debe afrontar múltiples presiones de tipo social, que repercuten de manera negativa en el organismo al no poder encontrarles una solución o, en ciertos casos, evitarlas.

intervención que se orienten a la promoción de un mayor número de conductas positivas para la salud y a la disminución de aquellas que puedan deteriorarla.

⁶¹El objetivo es indagar el conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) por parte de los y las adolescentes, en tanto la sexualidad es una dimensión constitutiva de las personas y la SSyR es una esfera central de la salud y la vida. La ausencia de información estadística actualizada y de carácter nacional sobre este tema representa un problema para la elaboración, implementación y evaluación de políticas públicas.

⁶² Estrés Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.



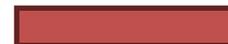
Así es como los sujetos del mundo moderno, sobre todo los que viven en las grandes urbes, deben afrontar cotidianamente experiencias apremiantes relacionadas con el trabajo, la economía, estándares sociales, presiones del mercado e, incluso, el clima y el tráfico. Se ha demostrado que la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos puede llevar a desarrollar graves problemas de salud.

Dormir lo suficiente es esencial para el funcionamiento saludable del cuerpo. El sueño es un estado fisiológico necesario que ha de ser satisfecho para garantizar la supervivencia (Banks, Dinges, 2007)⁶³La privación del sueño se asocia con importantes costos sociales, financieros y relacionados con la salud, en gran medida porque genera propensión al deterioro del rendimiento cognitivo debido al incremento de la propensión a dormirse y la inestabilidad de despertar las funciones neuroconductuales. Entre las funciones cognitivas particularmente afectadas por pérdida de sueño se encuentran la velocidad psicomotora y cognitiva, la atención ejecutiva y el estado de alerta (vigilancia), la memoria de trabajo y otras habilidades más complejas (Goel, et al, 2009)⁶⁴Además se generan cambios emocionales como presentar un estado de ánimo deprimido o el aumento en la sensación de somnolencia y cansancio.

Se consideran actividades de ocio y recreación aquellas actividades placenteras con potencial educativo, que requieran de una disposición física y mental del individuo, destacándose el juego organizado, las actividades deportivas o pre-deportivas. Las manifestaciones culturales que lo constituyen son prácticas sociales vivenciadas como disfrute de la cultura; manifestaciones que se pueden ver reflejadas en actividades tales como fiestas, juegos, paseos, viajes, música, poesía, grafiti y murales, pintura, escultura, danza, vivencias y expresiones corporales, fotografía, teatro, actividades comunitarias, ferias con nuevas modalidades de intercambio, actividades recreativas y deportivas, festivales y eventos artísticos, variadas modalidades de educación popular local, espacios de conversación y debate. El ocio también comprende otras prácticas culturales enfocadas en posibilidades de introspección, tales como la meditación, la contemplación y la relajación, que pueden constituir

⁶³Este artículo revisa investigaciones recientes sobre los efectos de la restricción crónica del sueño en el funcionamiento neuroconductual y fisiológico y discute las implicaciones para la salud y el estilo de vida. Restringir el sueño por debajo del tiempo óptimo de un individuo en la cama (TIB) puede causar una variedad de déficits neuroconductuales, que incluyen fallas de atención, memoria de trabajo lenta, rendimiento cognitivo reducido, estado de ánimo deprimido y perseveración del pensamiento.

⁶⁴La privación del sueño se asocia con considerables costos sociales, financieros y relacionados con la salud, en gran medida porque produce un deterioro del rendimiento cognitivo debido al aumento de la propensión al sueño y la inestabilidad de las funciones neuroconductuales de vigilia. Las funciones cognitivas particularmente afectadas por la pérdida de sueño incluyen velocidad psicomotora y cognitiva, atención vigilante y ejecutiva, memoria de trabajo y habilidades cognitivas superiores.



significativas experiencias personales y sociales gracias a su potencial reflexivo (Elizalde, Gomes, 2010)⁶⁵

La actividad física hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que da origen a un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal (TMB). Los grados de actividad física son muy variables de unas personas a otras y son muy difíciles de cuantificar. Incluye, el ejercicio físico realizado de manera intencionada con el fin de mejorar el rendimiento o el estado de salud y la práctica deportiva, pero también cualquier otra actividad realizada durante el tiempo de ocio, en el trabajo o en las tareas domésticas. Se diferencia del ejercicio físico que es una forma de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y con la finalidad en general de mejorar o mantener la forma física.

La actividad física regular de intensidad moderada —como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte— tiene considerables beneficios para la salud. En todas las edades, los beneficios de la actividad física contrarrestan los posibles daños provocados, por ejemplo, por accidentes. Realizar algún tipo de actividad física es mejor que no realizar ninguna. Volviéndonos más activos a lo largo del día de formas relativamente simples podemos alcanzar fácilmente los niveles recomendados de actividad física. Se recomienda 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.

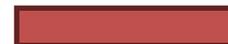
Para obtener mayores beneficios para la salud los adultos deben llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada, o su equivalente.

Conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular 2 o más días a la semana y de tal manera que se ejerciten grandes conjuntos musculares

La actividad física regular y en niveles adecuados: mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio; mejora la salud ósea y funcional; reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, diferentes tipos de cáncer, como el cáncer de mama y el de colon, y depresión; reduce el riesgo de caídas y de fracturas vertebrales o de cadera; y es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso.

La insuficiente actividad física, que es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes a escala mundial, va en aumento en muchos países, lo que agrava la carga de enfermedades no transmisibles y afecta al estado general de salud de la población en todo el planeta. Las personas que no hacen suficiente ejercicio físico presentan un riesgo de

⁶⁵ Elizalde R, Gomes C su investigación tiene como objetivos analizar lo que significa un concepto; presentar los dos principales abordajes desde donde son entendidos el ocio y la recreación en América Latina, ampliando las posibilidades de resignificación de estos conceptos; y discutir las alternativas que estos conceptos -desde una nueva perspectiva- puedan aportar en la construcción de sociedades participativas, solidarias y sustentables.



mortalidad entre un 20% y un 30% superior al de aquellas que son lo suficientemente activas (OMS, 2018)⁶⁶.

El alcohol y el tabaco son las dos sustancias psicoactivas más usadas actualmente a nivel mundial, debido a que ambas están amparadas legalmente, además de no tener un impacto social tan negativo en comparación con otras drogas de carácter ilícito. El alcohol se define como una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. De esta manera, el consumo de alcohol se convierte en un problema global para la salud pública, que conlleva diversas manifestaciones y múltiples repercusiones; afecta la salud física y mental de millones de personas en el mundo, sus consecuencias se extienden a áreas tan variadas como la social, económica, la convivencia, el bienestar familiar, y el desarrollo social en general (Iglesias, et al, 2007)⁶⁷.

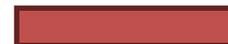
Según la OMS en el año 2010, el consumo nocivo de alcohol es un concepto que engloba el consumo excesivo o inmoderado de esta sustancia entre la población adulta y el consumo indebido de bebidas alcohólicas en los menores de edad. Además, compromete tanto el desarrollo individual como el social; puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y deteriorar la convivencia y el bienestar de la comunidad. Autores como Iglesias Et al, Uribe Et al y organizaciones como la OMS, afirman que *“el consumo de alcohol o tabaco y/o la falta de actividad física, pueden poner en peligro, no sólo su salud actual, sino también la de años posteriores”*.

Esto hace necesario adoptar un estilo de vida saludable en las diferentes etapas de la vida, especialmente desde la primera infancia, puesto que dichos patrones se replican durante el ciclo vital como la escolar, la juventud, la adultez y vejez, con el fin de generar mejor condición de salud a corto y largo plazo para las poblaciones humanas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta que tabaquismo es una enfermedad y define a la salud como: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. El concepto lo polariza al individuo en lo físico, mental y social. Manifiesta la intención de alcanzar la salud integralmente y considera la enfermedad del individuo unida a la enfermedad de la población. En la comprensión de la enfermedad se

⁶⁶Este guía ayudará a los Estados Miembros de OMS y otras colaboradoras en el desarrollo e implementación de un esquema nacional de actividad física y proveer dirección en opciones políticas para promoción efectiva de actividad física en los niveles nacionales y subnacionales.

⁶⁷El objetivo de la investigación es determinar la prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana durante el último mes y alguna vez en la vida, en estudiantes universitarios colombianos de una universidad pública entre 18 y 25 años de edad. Conclusión: El consumo de marihuana en la población estudiada fue alta y factores como el consumo de cigarrillos se encuentran asociados con el de marihuana. Estos datos podrían utilizarse para ofrecer programas de intervención educativa.

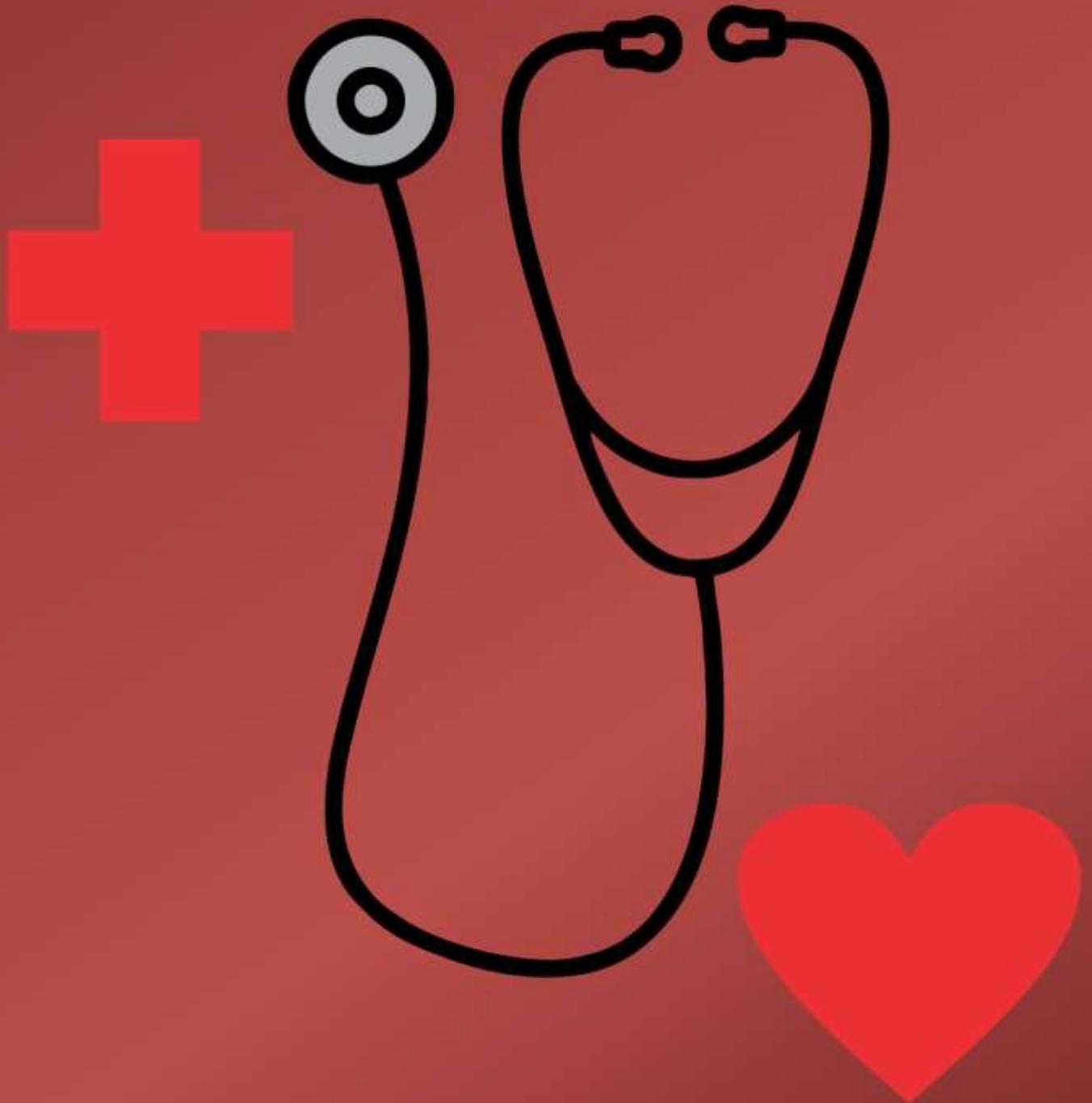


incluye el término bienestar, lo cual tiene una connotación típicamente social. Se trata de algo relativo a la salud, no tanto como su consecuencia sino como su causa; por tanto, influye en el desequilibrio dinámico de lo biológico, ecológico y psicosocial. Evidentemente, lo individual y lo social están mutuamente vinculados. Mientras más afectados, mayor es la preocupación social. El individuo es a la enfermedad como la epidemia a la población (OMS, 2018)⁶⁸.

Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento

⁶⁸Los profesionales de la salud dan testimonio de las enfermedades, miserias y muerte; no pueden renunciar a dar el ejemplo pertinente en cuanto a cuidado. Además, hay otras profesiones que también deben estar involucrados. Es necesario innovar estrategias, investigar al detalle y ensayar acciones-costos efectivas. Hay que atender las implicaciones del cambio con fines preventivos: hacer ajustes al concepto donde se acepte el tabaquismo como enfermedad debida a una conducta desviada, individual y colectivamente; atender los riesgos como enfermedad social e innovar estrategias de promoción de la salud y bienestar desde el punto de vista de la idiosincrasia.

DISEÑO METODOLOGICO



La presente investigación es de carácter descriptiva, ya que busca indagar sobre las características de la población a estudiar, así como el estilo de vida, los patrones de consumos alimentarios y la calidad de vida. Por medio de la investigación busca describir el estado nutricional, hábitos alimentarios, estilo de vida de médicos. La muestra es no probabilística por conveniencia.

El estudio es de tipocuantitativo ya que se basa en la medición numérica. Es de tipotransversal, debido a que las mediciones se realizan en un único momento temporal y no hay continuidad en el eje del tiempo.

El universo al que se dirige este estudio está constituido por médicos que desempeñan su labor en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra es no probabilística por conveniencia y está conformada por 30 médicos de la ciudad de Mar del Plata. La unidad de análisis es cada uno de los médicos de la ciudad de Mar del Plata.

Para llevar a cabo esta investigación se evalúa el estado nutricional, patrones de consumo y estilo de vida de los médicos encuestados.

Se realiza una encuesta autoadministrada y para determinar el estilo de vida se utiliza un instrumento validado, el test Fantastic.

Las variables seleccionadas son las siguientes:

- Sexo:

Definición conceptual: Condición orgánica femenina o masculina de los seres humanos.

Definición Operacional: Condición orgánica femenina o masculina de los médicos de la ciudad de Mar del Plata. El sexo femenino o masculino será determinado a partir de la encuesta autoadministrada por pregunta abierta

- Edad:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición Operacional: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de los médicos de la ciudad de Mar del Plata. Se pregunta al paciente por una anamnesis. La misma será determinada a partir de la fecha de nacimiento y la edad autoreferida por el médico en la encuesta.

- Estado nutricional:
-

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológica que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes

Definición operacional: Situación en la que se encuentra el médico en relación con la ingesta y adaptación fisiológica que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes. Para obtener la información se realizaron mediciones del peso corporal y la talla del profesional, para luego calcular el Índice de Masa Corporal.

El Peso se determina en kilogramos y fracción, utilizando una balanza digital de pie con la persona para en el centro, descalza y con el mínimo de ropa posible. Y la Talla: se determinará en metros y fracción, con la utilización de una cinta inextensible, midiendo desde el suelo hasta el punto más alto de la cabeza. La persona estará erguida, descalzo y mirando hacia el frente con la cabeza a 90 grados. De la relación con peso y la talla surge el Índice de masa corporal:

IMC: el cual se calcula dividiendo el peso de la docente en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²); y su resultado se verificará en la tabla de la clasificación de la OMS

Tabla N° 3: Clasificación de IMC según la OMS

| ESTADO NUTRICIONAL | VALORES IMC |
|--|---|
| Peso insuficiente | < 18,5 |
| Peso normal | 18,5 - 24,9 |
| Sobrepeso Grado I Grado II | 25 - 26,9 27 - 29,9 |
| Obesidad Obesidad I Obesidad II Obesidad III (mórbida) Obesidad IV (extrema) | 30 - 34,9 35 - 39,9 40 - 49,9 > 50 |

Fuente: OMS(2004)

- Patrones de consumo alimentario:

Definición conceptual: Hábitos alimentarios por medio de los cuales las personas seleccionan y consumen alimentos, de acuerdo a su edad, estado socioeconómico, factores culturales, psicológicos y geográficos.

Definición operacional: Hábitos alimentarios por medio de los cuales los médicos de la ciudad de Mar del Plata seleccionan y consumen alimentos, de acuerdo a su edad, estado socioeconómico, factores culturales, psicológicos y geográficos. Se determinara a través de una encuesta autoadministrada acerca de hábitos alimentarios y frecuencia de consumo, a través del cual se indagara acerca de los hábitos relacionados con los alimentos, tales como: si realiza picoteo entre comidas, si realiza las 4 comidas diarias y colación, sobre quien se encarga de cocinar y realizar las compras de alimentos, el tipo de cocción más utilizado y si hay algún alimento que no consume y su causa.

- Realización de actividad física:

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

Definición operacional: Realización de cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía por parte de los médicos. El dato se indaga por encuesta autoadministrada por pregunta dicotómica que considera SI- NO

- Tipo de actividad física:

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

Definición operacional: Cualquier tipo de movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía en los médicos de la ciudad de Mar del Plata. El dato se indaga por encuesta autoadministrada por pregunta dicotómica

que considera cual es la actividad física realizada. Se tendrá en cuenta: Caminar /Correr /Bicicleta /Natación /Aparatos-musculación /Ejercicio aeróbico / Otra

- Frecuencia de la actividad física

Definición conceptual: Cantidad de veces que se realizan movimientos corporales y/o planificados que realiza una persona durante un período de tiempo obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, desempeño deportivo o rehabilitadores, que aumenta un consumo de energía considerablemente y el metabolismo en reposo.

Definición operacional: Cantidad de veces que se realizan movimientos corporales y/o planificados que realiza el ser humano durante un período de tiempo obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, desempeño deportivo o rehabilitadores, que aumenta un consumo de energía considerablemente y el metabolismo en reposo el médico de la ciudad de Mar del Plata. El dato se indaga por encuesta autoadministrada por pregunta dicotómica que considera las veces por semana que realiza actividad. Se categorizara: 6 veces por semana / 5 veces por semana / 4 veces por semana / 3 veces por semana / 2 veces por semana / 1 vez por semana.

- Estilo de vida:

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

Definición operacional: Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Se determinara a través del Test Fantástico que toma en cuenta los siguientes factores: Familia y amigos, Actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol, Sueño, Tipo de personalidad, Introspección, Carrera y trabajo. Se considerará: Bajo, entre 23 – 27 /Algo bajo, entre 28 - 32 /Adecuado, entre 33 – 37 /Bueno, entre 38- 42/Excelente, entre 43 - 47

A continuación se observa el consentimiento informado

Consentimiento informado

Mar del Plata, _____ de _____ de 2019.

La presente investigación es realizada por Priscila Valiente, estudiante de la carrera Lic. en Nutrición de la Universidad FASTA. El objetivo de este estudio es determinar cuáles son los patrones de consumo alimentario, estado nutricional, y estilo de vida de médicos de la ciudad de Mar del Plata. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta y también realizaremos mediciones antropométricas de peso y talla. No podrán ser medidas aquellas mujeres que a la fecha se encuentren embarazadas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Los datos recabados, serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente para el trabajo de tesis. Guardo el secreto estadístico de los datos según indica la ley. Desde ya agradezco su participación.

He aceptado participar de dicha investigación y por lo tanto consiento participar en la misma.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Encuesta

N°

DATOS ENCUESTADOS

Sexo: F M Edad: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Patrones de consumo

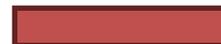
¿Picota entre comidas? Si No

¿Usted realiza al menos dos comidas en su casa? Si No

¿Cuánto tiempo le dedica a cada comida principal (Almuerzo y Cena)?

10-15 minutos 15-30 minutos 30-45 minutos 45 min- 1 hora 1 hora o mas

¿Cuántas veces por semana realiza cada una de las siguientes comidas?



| COMIDA | A diario | 5 a 6 veces por semana | 3 a 4 veces por semana | 2 a 1 veces por semana | Nunca |
|----------|----------|------------------------|------------------------|------------------------|-------|
| Desayuno | | | | | |
| Almuerzo | | | | | |
| Merienda | | | | | |
| Cena | | | | | |
| Colación | | | | | |

¿Quién cocina en su casa?

- Yo Mi esposa Mi madre Mi hijo/ hija La empleada domestica Otros

¿Quién realiza las compras de los alimentos?

- Yo Mi esposa Mi madre Mi hijo/ hija La empleada domestica Otros

¿Cuál es la forma habitual que utiliza para cocinar alimentos?

- Hervid Horno Wok Vapor Asado Parrilla Guisado Ahumado

Si evita algún alimento. ¿Por qué motivo lo hace?

- Porque no le gusta. Para cuidarse. Porque le hace sentir mal. No suele evitar

ningún alimento.

¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos

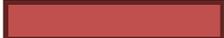
MARQUE CON UNA X LA OPCION CORRECTA Y COMPLETE LA CANTIDAD SEGÚN LA EQUIVALENCIA QUE CORRESPONDE.

| Alimento | Frecuencia | | | | | | Equivalencias |
|------------------|--|----------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|---|
| | Consumo | A diario | 5 a 6 veces por semana | 3 a 4 veces por semana | 1 a 2 veces por semana | Porciones por día | |
| Leche entera | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | Solo para cortar infusiones (30cc) 1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc) |
| Leche descremada | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | Solo para cortar infusiones (30cc) 1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc) |
| Yogur entero | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 200 cc (1 pote s/frutas ni cereales) 170 cc (1 pote c/frutas ni cereales) |
| Yogur descremado | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 200 cc (1 pote s/frutas ni cereales) 170 cc (1 pote c/frutas ni cereales) |
| | | | | | | | 15 gr (1 cda sopera al ras) |

| Alimento | Frecuencia | | | | | | Equivalencias |
|-----------------------|--|----------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|--|
| | Consumo | A diario | 5 a 6 veces por semana | 3 a 4 veces por semana | 1 a 2 veces por semana | Porciones por día | |
| Queso untable entero | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 10 gr (1 cda tipo postre al ras) 5 gr (1 cda tipo te al ras) |
| Queso untable descre. | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 15 gr (1 cda sopera al ras) 10 gr (1 cda tipo postre al ras) 5 gr (1 cda tipo te al ras) |
| Queso cuartirolo | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 60 gr (1 celular chico) |
| Queso en barra | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 15 gr (1 feta) |
| Huevo entero | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 50 gr (1 unidad) |
| Carne vacuna | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | ½ bife (80 gr) 1 bife (150 gr) 2 bifes (300 gr) |
| Carne de pollo | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | Pata sin piel (80gr) ½ pechuga sin piel (100gr) ¼ de pollo sin piel (250gr) |
| Carne de pescado | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | ½ filet (70gr) 1 filet (120 gr) 2 filettes (240gr) |
| Vegetal A* | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 unidad chica (100 gr) 1 unidad mediana (150 gr) 1 unidad grande (200 gr) |
| Vegetal B* | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 unidad chica (100 gr) 1 unidad mediana (150 gr) 1 unidad grande (200 gr) |
| Vegetal C* | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 unidad chica (100 gr) 1 unidad mediana (150 gr) 1 unidad grande (200 gr) |
| Frutas* | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 unidad chica (100 gr) 1 unidad mediana (150 gr) 1 unidad grande (200 gr) |
| Frutas Secas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 10 unidades (10 gr) 1 puñado (30 gr) |
| Legumbres | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr) 1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr) 1 pocillo de café en cocido (20 gr) 1 pocillo de café en crudo (70 gr) |
| Arroz Blanco | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr) 1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr) 1 pocillo de café en cocido (20 gr) 1 pocillo de café en crudo (70 gr) |
| Arroz Integral | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | 1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr) 1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr) 1 pocillo de café en cocido (20 gr) 1 pocillo de café en crudo (70 gr) |
| Fideos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | ½ plato en cocido (120 gr) 1 plato en cocido (240 gr) 2 platos en cocido (480 gr) |
| | | | | | | | 16 unidades en cocido (100 gr) |

| Alimento | Frecuencia | | | | | | Equivalencias |
|----------------------|--|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|--|
| | Consumo | A diario | 5 a 6 veces por semana | 3 a 4 veces por semana | 1 a 2 veces por semana | Porciones por día | |
| Pastas Rellenas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 1 plato en cocido (200 gr) 2 platos en cocido (400 gr) |
| Copos de cereal | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 Cucharadas soperas (30 gr) 4 cucharadas soperas (60 gr) 6 cucharadas soperas (90 gr) |
| Pan Blanco | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 1 mignon (30 gr) 2 mignones (60 gr) 3 mignones (90 gr) |
| Galletitas tipo agua | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 7 unidades (30 gr) 14 unidades (60 gr) 21 unidades (90 gr) |
| Galletitas dulces | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 5 unidades (30 gr) 10 unidades (60 gr) 15 unidades (90 gr) |
| Azúcar | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 cucharadas tipo té (10 gr) 4 cucharadas tipo té (20 gr) 6 cucharadas tipo té (30 gr) |
| Mermelada | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 cucharadas tipo té (10 gr) 4 cucharadas tipo té (20 gr) 6 cucharadas tipo té (30 gr) |
| Aceite | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 cucharadas tipo té (10 gr) 4 cucharadas tipo té (20 gr) 6 cucharadas tipo té (30 gr) |
| Manteca-Margarina | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 1 rulo (5gr) 3 rulos (15gr) 6 rulos (30gr) |
| Fiambres | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 15 gr (1 feta) |
| Salchichas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 40 gr (1 unidad) |
| Hamburguesas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 80 – 100 gr (1 unidad) |
| Golosinas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 1 alfajor doble (50 gr) 1 alfajor triple (70gr) 3 cuadraditos de chocolate (25 gr) 1 turrón (20 gr) |
| Productos de copetín | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 1 taza tipo té (25 gr) 2 tazas tipo té (50 gr) |
| Agua | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 vasos medianos (200 cc) 4 vasos medianos (400cc) 6 vasos medianos (1200cc) |
| Agua Saborizada | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 vasos medianos (200 cc) 4 vasos medianos (400cc) 6 vasos medianos (1200cc) |
| Gaseosa | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 vasos medianos (200 cc) 4 vasos medianos (400cc) 6 vasos medianos (1200cc) |
| Gaseosa sin azúcar | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 vasos medianos (200 cc) 4 vasos medianos (400cc) 6 vasos medianos (1200cc) |
| Bebidas deportivas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | 2 vasos medianos (200 cc) 4 vasos medianos (400cc) 6 vasos medianos (1200cc) |

*Aclaraciones:



Verduras grupo A: Acelga, Achicoria, Escarola, Ají, Berenjena, Berro, Brócoli, Cardo, Coliflor, Espinaca, Espárragos, Endibia, Hinojo, Hongos, Lechuga, Nabiza, Palmitos, Pepino, rabanito, Radicheta, Radicha, Tomate, Zapallito, Zucchini, Rábano, Recula.

Verduras grupo B: Alcaucil, Arvejas frescas, Cebolla, Cebolla de verdeo, Puerro, Chauchas, Habas, Brotes de soja, Nabo, Remolacha, Zapallo, Zanahoria, Calabaza.

Verduras grupo C: Batata, Choclo, Papa, Mandioca.

Frutas: Naranja, Mandarina, Pomelo, Kiwi, Frutilla, Mora, Grosella, Arándanos, Sandía, Melón, Cerezas, Mango, Manzana, Banana, Higo, Durazno, Pelón, Ciruela, Membrillo, Limón, Pera, Uva, Guinda, Damasco, Ananá, Frambuesa, Palta.

ACTIVIDAD FISICA

¿Realiza actividad física o practica algún deporte?

Marque una X la opción correcta.

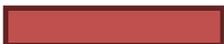
| | |
|--|----|
| | SI |
| | NO |

¿Qué tipo de actividad física realiza?

Marque una X la opción correcta.

| Tipo de actividad física | |
|--------------------------|------------------------|
| | CAMINAR |
| | CORRER |
| | NATACION |
| | BICICLETA |
| | APARATOS - MUSCULACION |
| | AEROBICA |
| | OTRA. ¿Cuál?..... |

Las actividades que seleccionó ¿con que frecuencia la realiza? ¿Cuánto tiempo le dedica a cada una?



Marque una X la opción correcta.

| Tipo de actividad física | Frecuencia semanal | | | | | | | Tiempo que realiza cada actividad | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------------|------------|--------|------------|-------------------|
| | 1 día | 2 días | 3 días | 4 días | 5 días | 6 días | 7 días | 30 minutos | 45 minutos | 1 hora | 90 minutos | Más de 90 minutos |
| Caminar | | | | | | | | | | | | |
| Correr | | | | | | | | | | | | |
| Natación | | | | | | | | | | | | |
| Bicicleta | | | | | | | | | | | | |
| Musculación/Aparatos | | | | | | | | | | | | |
| Actividad aeróbica | | | | | | | | | | | | |
| Otra: ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | |

ESTILO DE VIDA

El siguiente es un cuestionario diseñado para valorar su «estilo de vida» y la relación que tiene con su salud. Le agradeceremos que, después de leer cuidadosamente, elija, marcando con una cruz (X), el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. Le rogamos que responda a todas las preguntas.

| | | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|------------------|--|--------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|------------|
| Familia y amigos | La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Obtengo el apoyo emocional que necesito | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| Actividad | Ejercicio activo 30 minutos o más (p. ej., correr, andar en bicicleta, a la semana a la semana a la semana caminar rápido) | 4 veces | 3 veces | 2 veces | Rara vez | Nunca |
| | Relajación y disfrute de tiempo libre | Casi diario | 3 a 5 veces a la semana | 1 a 2 veces a la semana | Menos de 1 vez a la semana | Casi nunca |

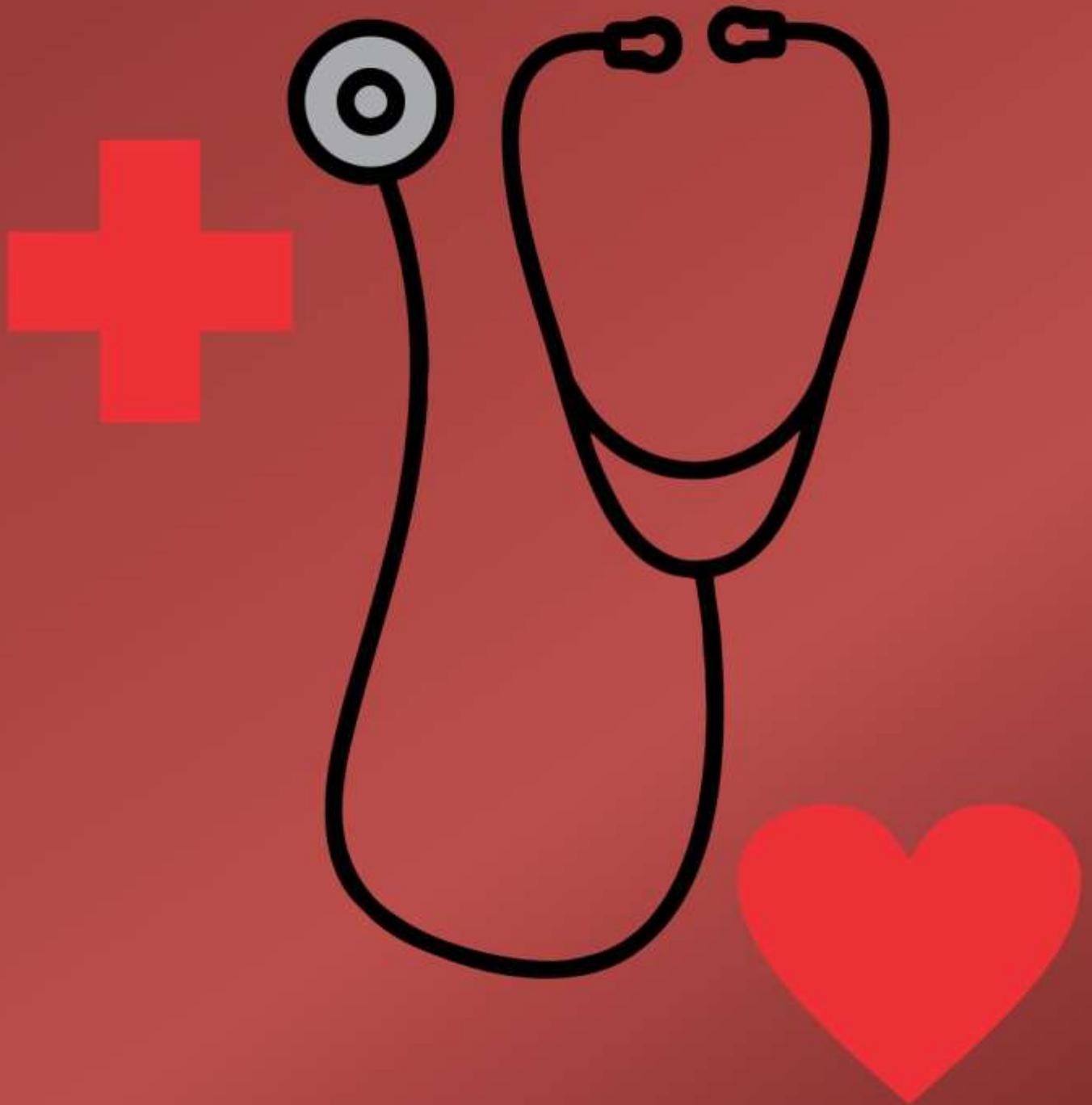
| | | | | | | |
|----------------------|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Nutrición | Alimentación equilibrada | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Desayuna diariamente | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Exceso de azúcar, sal, grasas animales a diario | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Peso ideal | Sobrepeso hasta de 2 kg | Sobrepeso hasta de 4 kg | Sobrepeso hasta de 6 kg | Sobrepeso hasta de 8 kg | Sobrepeso mayor de 8 kg |
| Tabaco, toxinas | Consumo de tabaco | Ninguno en los últimos 5 años | Ninguno en el último año | Ninguno en los últimos 6 meses | 1 a 10 veces a la semana | Más de 10 la semana veces |
| | Abuso de drogas: prescriptas, sin prescribir | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| Alcohol | Promedio de consumo a la semana | 0 a 7 bebidas | 8 a 10 bebidas | 11 a 13 bebidas | 14 a 20 bebidas | Más de 20 bebidas |
| | Bebe alcohol y conduce | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| Sueño, estrés | Duerme de 7 a 9 horas por noche | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |
| | Ha tenido episodios de estrés el año pasado | Ninguno | 1 | 2 a 3 | 4 a 5 | Mas de 5 |
| Tipo de personalidad | Sensación de urgencia o impaciencia | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| | Competitividad y agresividad | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| | Sentimientos de ira y hostilidad | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| Interior | Ansiedad, preocupación | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | frecuentemente | Casi siempre |
| | Depresión | Casi nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| Carrera(| Satisfacción con | Casi | Frecuentemente | Algunas | Rara vez | Casi nunca |

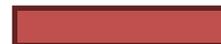


| | | | | | | |
|--|--|--------------|----------------|---------------|----------|------------|
| incluye trabajo, labores del hogar, estudiantes) | el trabajo o labores que desempeña | siempre | | veces | | |
| | Tiene buena relación con quien lo rodean | Casi siempre | Frecuentemente | Algunas veces | Rara vez | Casi nunca |

Fuente: ANEXO 1. Valoración del estilo de vida Fantastic

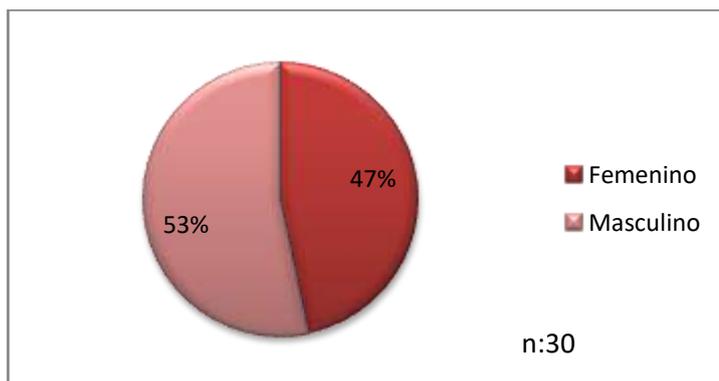
ANALISIS DE DATOS





Para la presente investigación se realizó una encuesta autoadministrada con la que se pretende analizar el estado nutricional, los patrones de consumo y el estilo de vida de 30 médicos de la ciudad de Mar del Plata, posteriormente fueron tomadas las medidas antropométricas para evaluar el estado nutricional. A continuación, se detalla la distribución según sexo de las personas encuestadas.

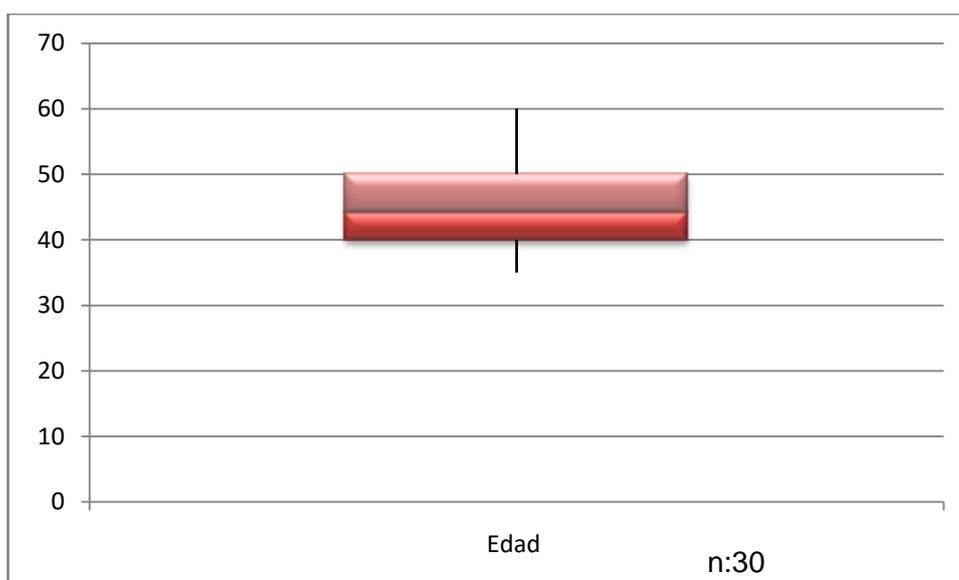
GRAFICO N° 1: Distribución por sexo de la muestra.



Fuente: Elaboración propia

. El gráfico muestra que el 47% de la población encuestada son del sexo femenino, mientras el 53% restante pertenece al sexo masculino.

GRAFICO N°2: Distribución etárea

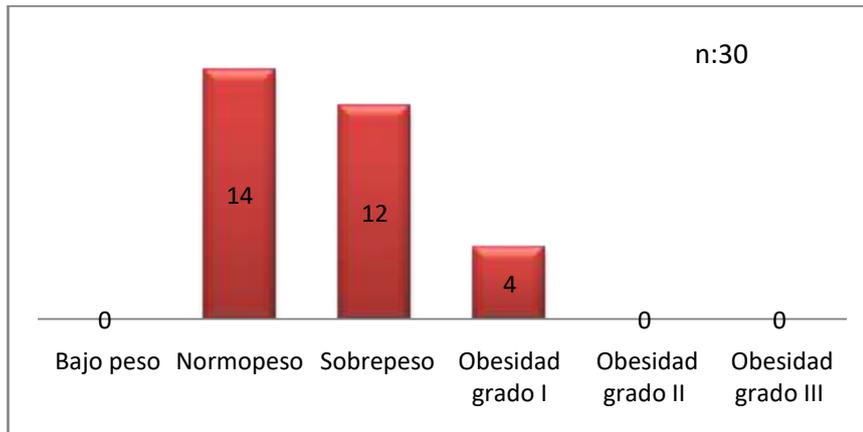


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se observa que la edad mínima es de 35 años y la edad máxima 60 años. La media es de 44 años. Cabe destacar que la distribución etárea es mayor entre los 35 y 44 años de edad con un 53% de la muestra.



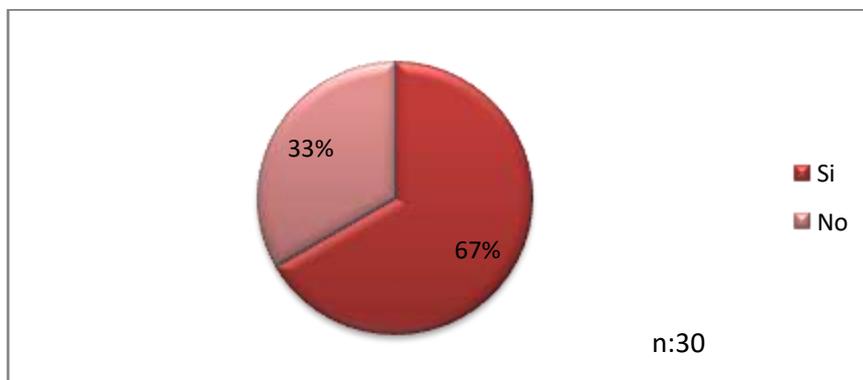
GRAFICO N°3: Estado nutricional



Fuente: Elaboración propia

En el grafico anterior se analiza el estado nutricional, representado por el índice de masa corporal, el cual correlaciona la talla con el peso corporal. Se observa que el 47% de la población encuestada se encuentra dentro de los rangos de normalidad, mientras que la otra mitad presenta algún grado de sobrepeso u obesidad.

GRAFICO N°4: Picoteo

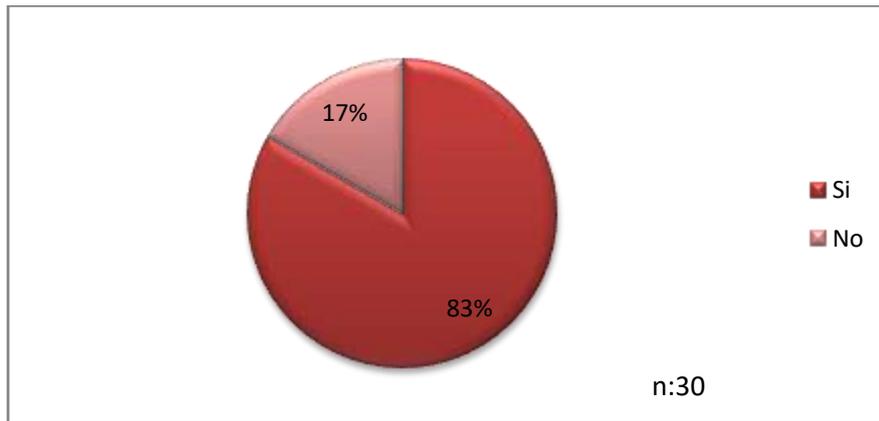


Fuente: Elaboración propia

Una de las preguntas realizadas en la encuesta fue: si “picotea” y se observa que el 67% de la muestra lo hace.



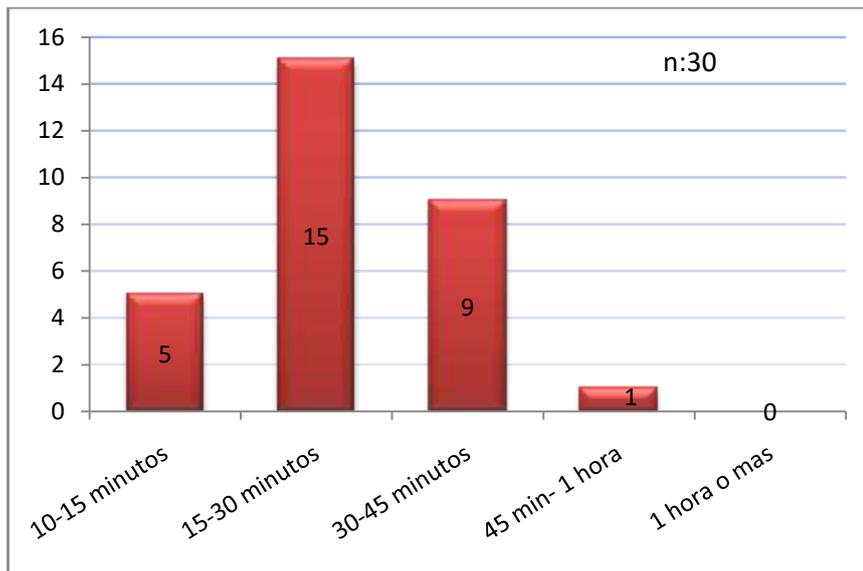
GRAFICO N°5: Realiza al menos dos comidas en el hogar



Fuente: Elaboración propia

Lo que se observa en el grafico es que el 83% de los encuestados si realizan al menos dos comidas en el hogar.

GRAFICO N°6: Tiempo dedicado a comer

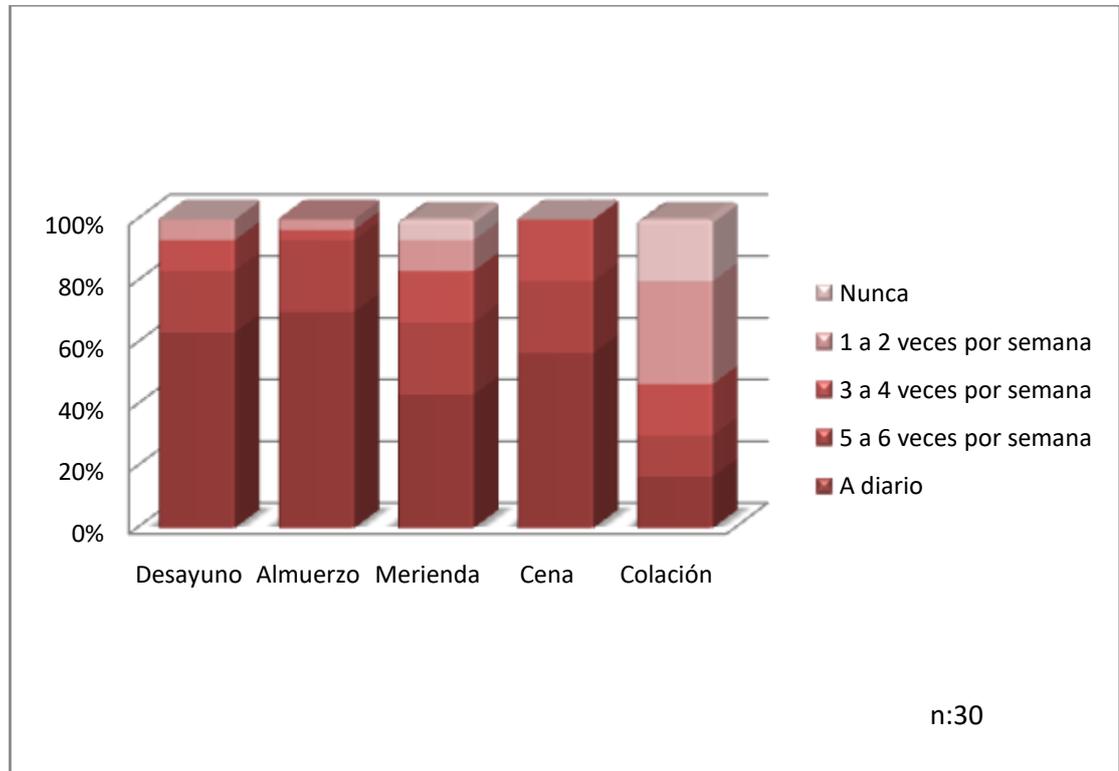


Fuente: Elaboración propia

Se aprecia que el 50% de la muestra le dedica de 15 a 30 minutos a comer, el 30% de 30 a 45 minutos.



GRAFICO N°7:Frecuencia de consumo de comidas principales y colación



Fuente: Elaboración propia

Analizando la frecuencia de consumo de comidas principales que se realizan a diario, se observa que desayuna el 63% de la muestra, el 70% almuerza, merienda el 43% y el 57% cena.

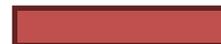


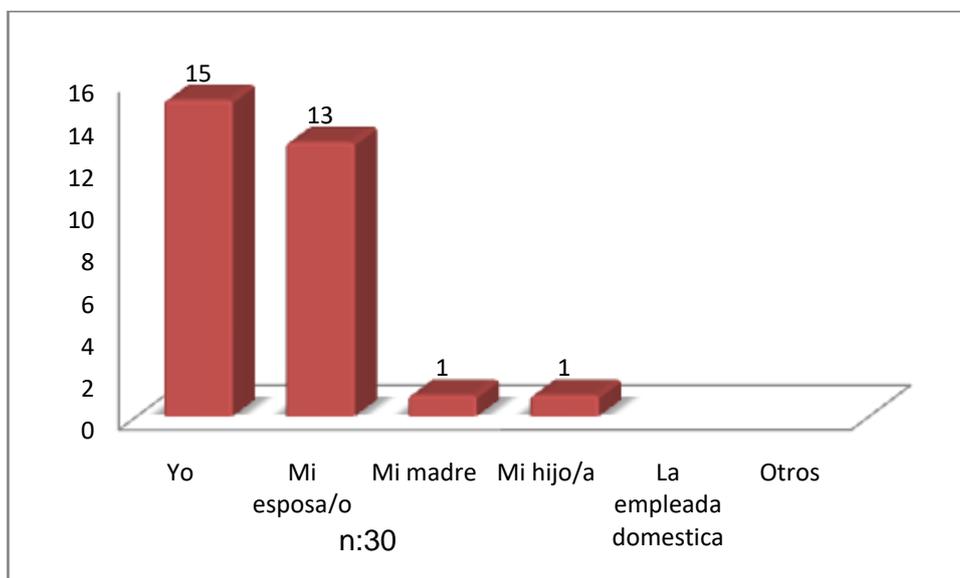
GRAFICO N°8: Persona encargada de cocinar



Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 53% de los encuestados se cocinan ellos mismos, seguido por la opción mi esposo/esposa con el 40% de los encuestados y en menor medida mi madre y mi hijo/a.

GRAFICO N°9: Persona encargada de la compra en el hogar

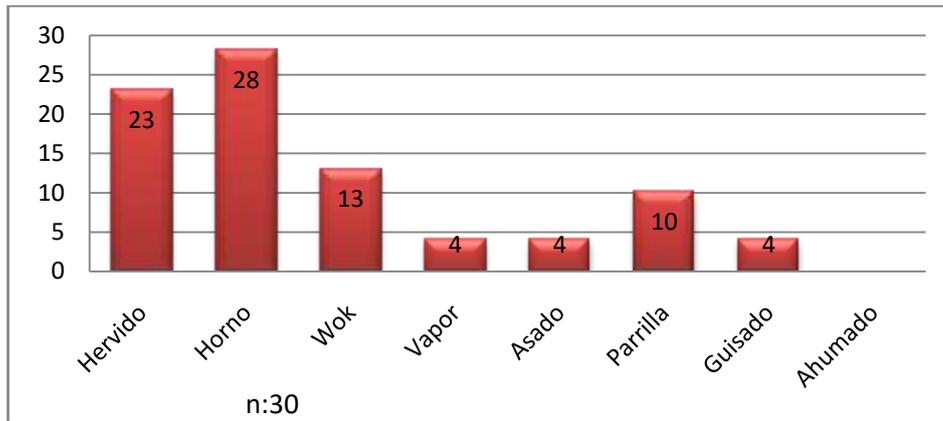


Fuente: Elaboración propia

En el grafico se observa que el 50% de los profesionales son quienes realizan las compras, seguido con el 43% por el esposo o la esposa y en menor cantidad la madre y el hijo/a.



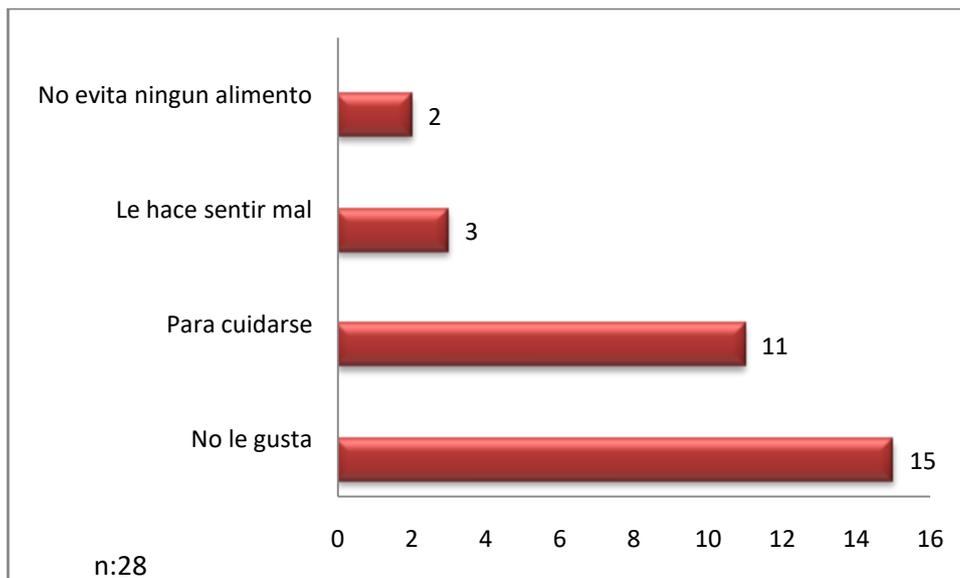
GRAFICO N° 10: Métodos de cocción



Fuente: Elaboración propia

El método de cocción más utilizado es el horno, encuestados lo han elegido como el método que más utilizan para cocinar. Seguido por el hervido elegido por el 77%.

GRAFICO N° 11: Motivo por el cual evita algún alimento



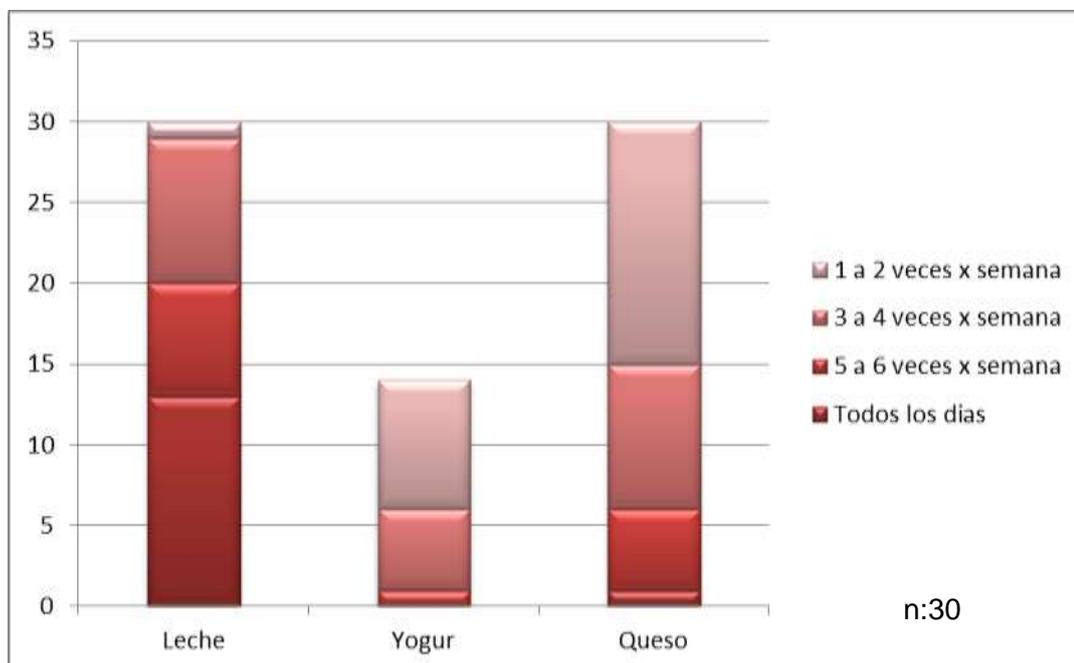
Fuente: Elaboración propia

El 93% de los encuestados evitan algún alimento, entre los motivos principales se encuentran: Porque no le gusta un 43%(13 encuestados), seguido de Para cuidarse un 33%.



En relación a los patrones de consumo recolectados a través de la frecuencia de consumo se analizan a continuación los diferentes grupos de alimentos.

GRAFICO N°12: Consumo de lácteos



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los lácteos, se observa que el 100% consume leche, el 43% la consume a diario, el 23% 5 a 6 veces por semana. El 47% consume yogur, en cuanto a la frecuencia, mayormente 1 o 2 veces por semana. La totalidad de los médicos ingiere queso, el 73% consume queso untado, el 87% queso cuartirolo y el 47% queso en barra. El 55% consume quesos de 1 a 2 veces por semana.

Tabla N°4: Consumo de lácteos entero y descremado

| Alimento | Entero | Descremado |
|----------|--------|------------|
| Leche | 53% | 47% |
| Yogur | 13% | 87% |

Fuente: Elaboración propia

El 53% de los encuestados consume leche entera y el 47% leche descremada. Con respecto al yogur, el 13% lo consume entero y el 87% descremado.

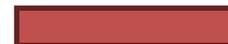
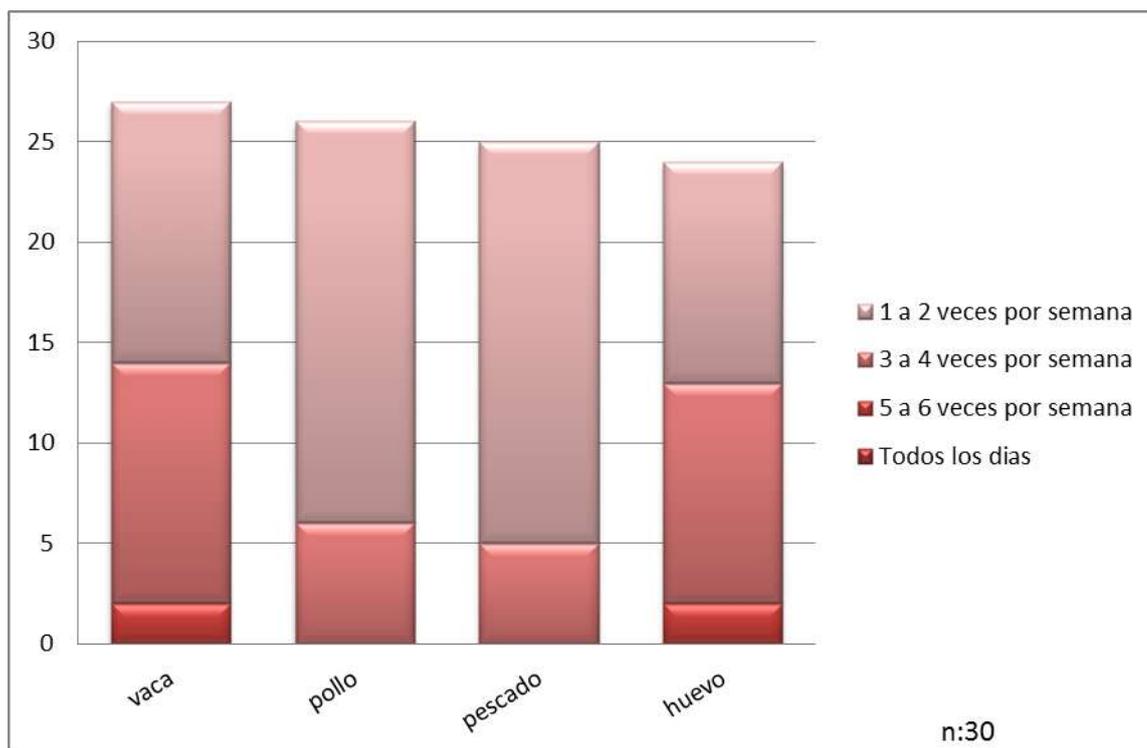


GRAFICO N°13: Consumo de carne y huevo



Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 90% consume carne vacuna, pero ningún encuestado manifestó comerla a diario, el 43% 1 a 2 veces por semana.

Al igual que la carne vacuna, el pollo y el pescado no son ingeridos a diario. El 87% de los profesionales consume pollo, el 67% se concentra en quienes lo ingieren de 1 a 2 veces por semana. Con respecto al pescado del 83% que lo consume, el 67% lo ingiere de 1 a 2 veces por semana. Finalmente, el 80% consume huevo, el 37% 3 a 4 veces por semana, seguido por los que lo hacen de 1 a 2 veces por semana con un 37%.

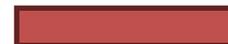
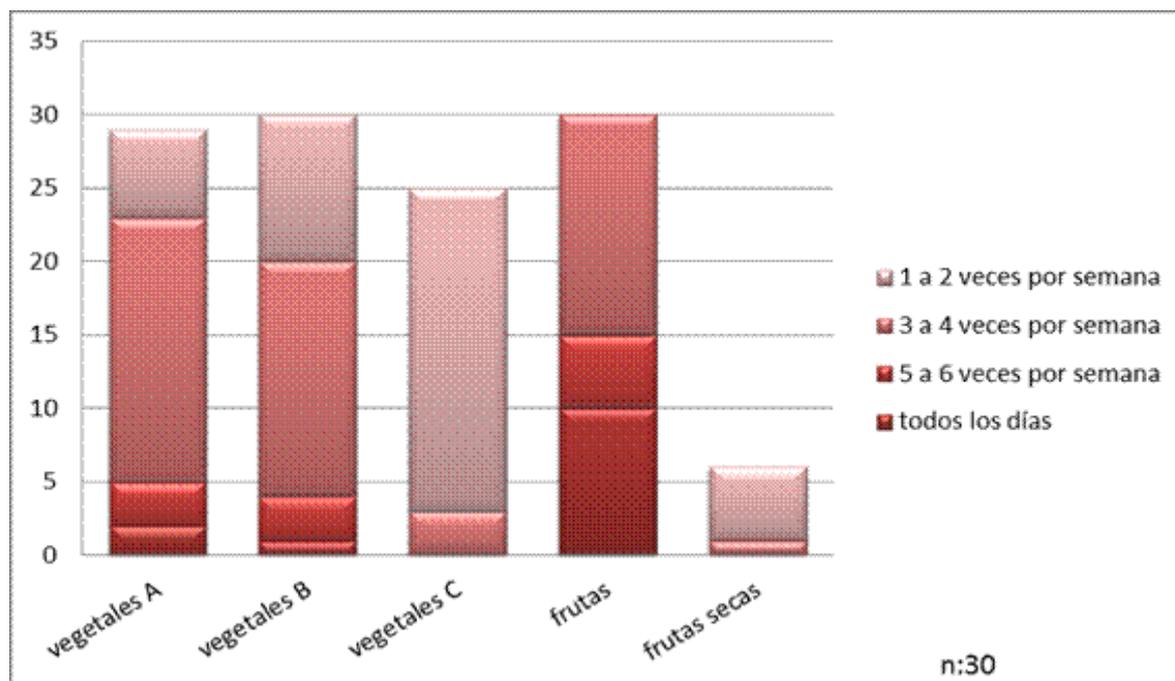


GRAFICO N°14: Consumo de frutas y vegetales



Fuente: Elaboración propia

Analizando los vegetales, se puede observar que los A tiene un consumo elevado, el 97% de la muestra, pero su ingesta diaria es muy baja solo 7%, mientras que el 60% manifiesta consumirlo de 3 a 4 veces por semana. Siguiendo con los vegetales B, si bien la totalidad de la muestra los ingiere, solo el 3% lo hace a diario, mientras que el 54% de 3 a 4 veces por semana. En relación al consumo de vegetales C, del 83% que los consume el 74% manifiesta hacerlo en forma semanal solo 1 a 2 veces.

Si bien el 100% consume frutas frescas, el consumo diario es bajo (34%) y el 50% las incorpora de 3 a 4 veces por semana. Finalmente, al analizar el consumo de frutas secas se observa es bajo (20%), y de los que consumen la mayoría lo hacen de 1 a 2 veces por semana

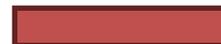
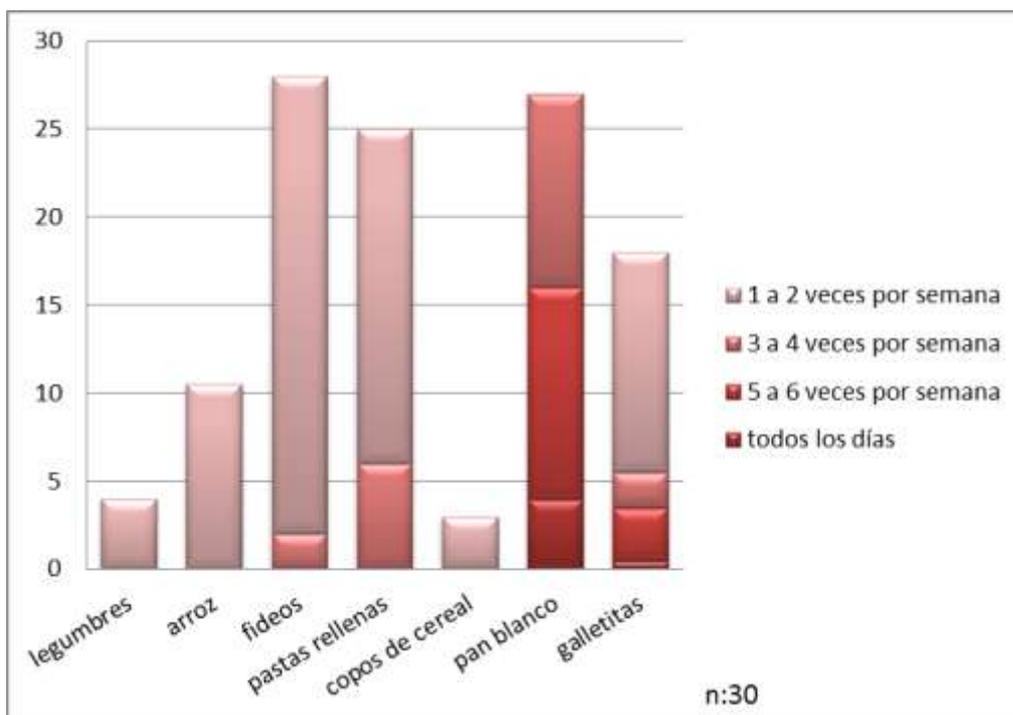


GRAFICO N°15: Legumbres, cereales y derivados



Fuente: Elaboración propia

Analizando el consumo del grupo de legumbres, cereales y derivados podemos observar que los fideos y las pastas rellenas son los más consumidos, representado el 93% y 83% respectivamente. El consumo de arroz y legumbres es bajo en relación a los anteriores.

Al observar la frecuencia de consumo de este grupo de alimentos vemos que en su mayoría se ingieren 1 o 2 veces por semana, salvo el pan blanco en el que se destaca un consumo elevado, 90% de los encuestados, y una frecuencia de consumo semanal mayor, 40% de 5 o 6 veces por semana.

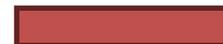
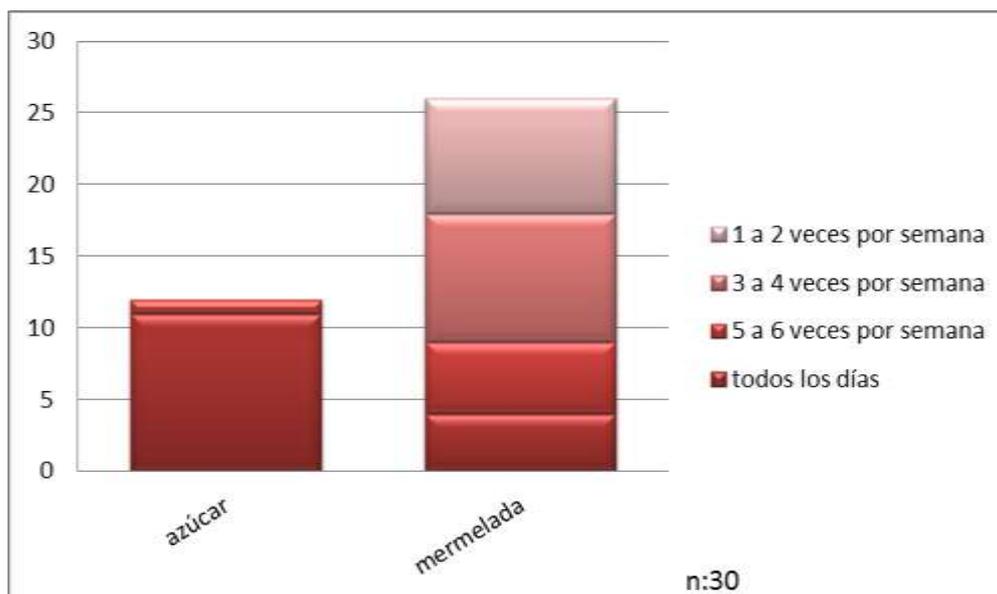


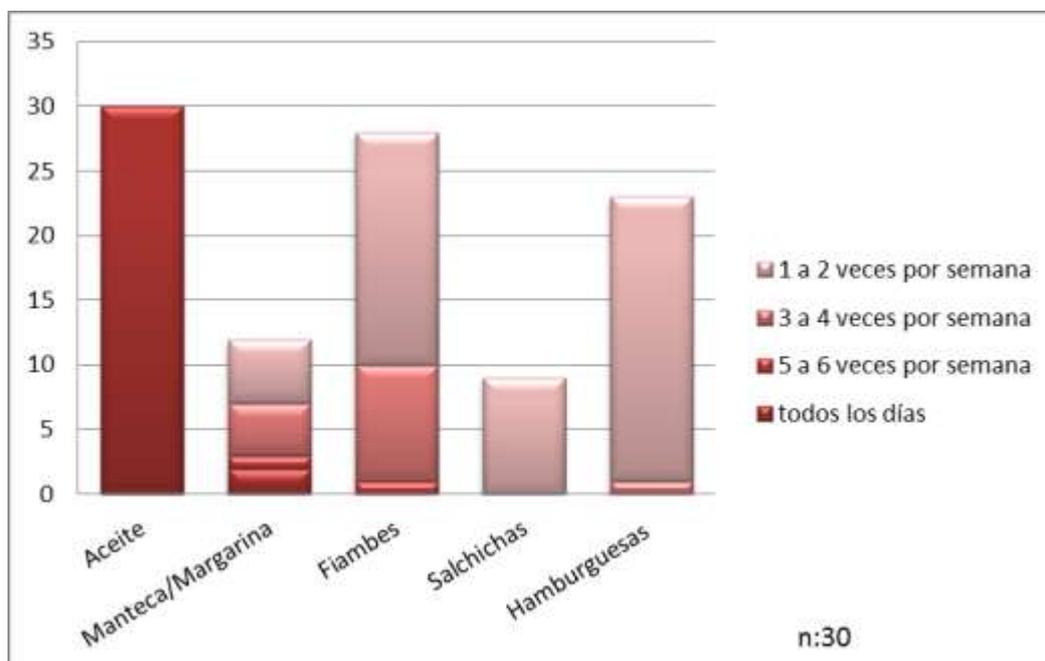
GRAFICO N°16: Azúcar y dulces



Fuente: Elaboración propia

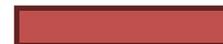
Se observa que el consumo diario de azúcar es alto, equivale a un 37%, el 3% la consume de 5 a 6 veces por semana. El 87% consume mermelada, el 30% de 3 a 4 veces por semana, el 27% de 1 a 2 veces por semana.

GRAFICO N°17: Aceite, grasas y embutidos



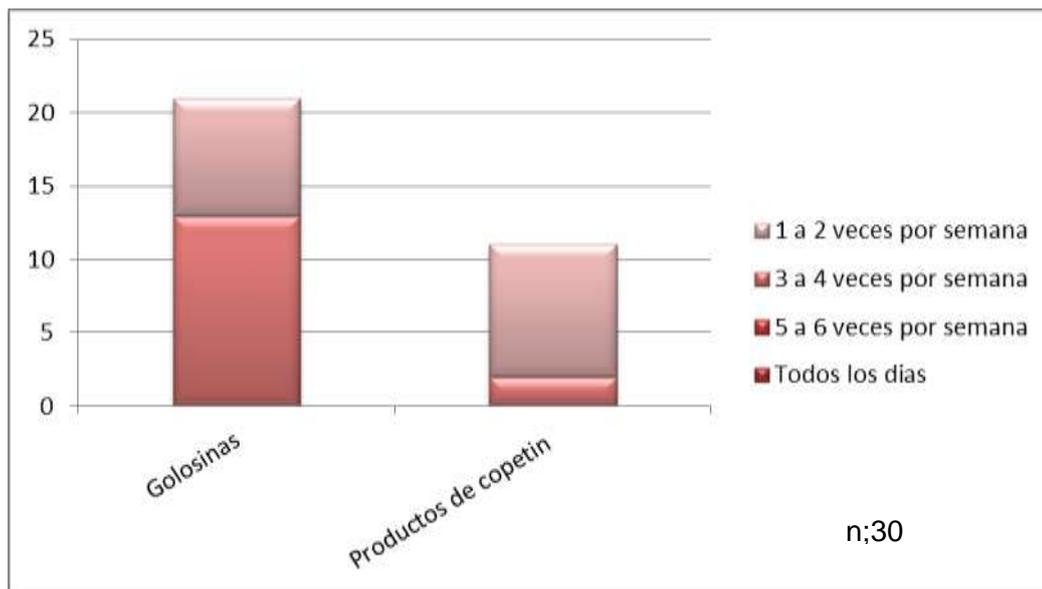
Fuente: Elaboración propia

El 100% de la muestra consume aceite a diario. El 40% consume manteca o margarina pero su ingesta diaria es baja, el 17% de 1 a 2 veces por semana. Si bien el 97% consume



fiambres, más de la mitad de los encuestados los ingiere de 1 a 2 veces por semana. El 30% consume salchichas de 1 a 2 veces por semana. El 77% consume hamburguesas, casi ¼ de los profesionales las ingieren de 1 a 2 veces por semana.

GRAFICO N°18: Golosinas y productos de copetín



Fuente: Elaboración propia

El 70% consume golosinas, el 43% de 3 a 4 veces por semana. El 37% consume productos de copetín, el 30% de 1 a 2 veces por semana.

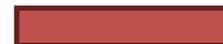
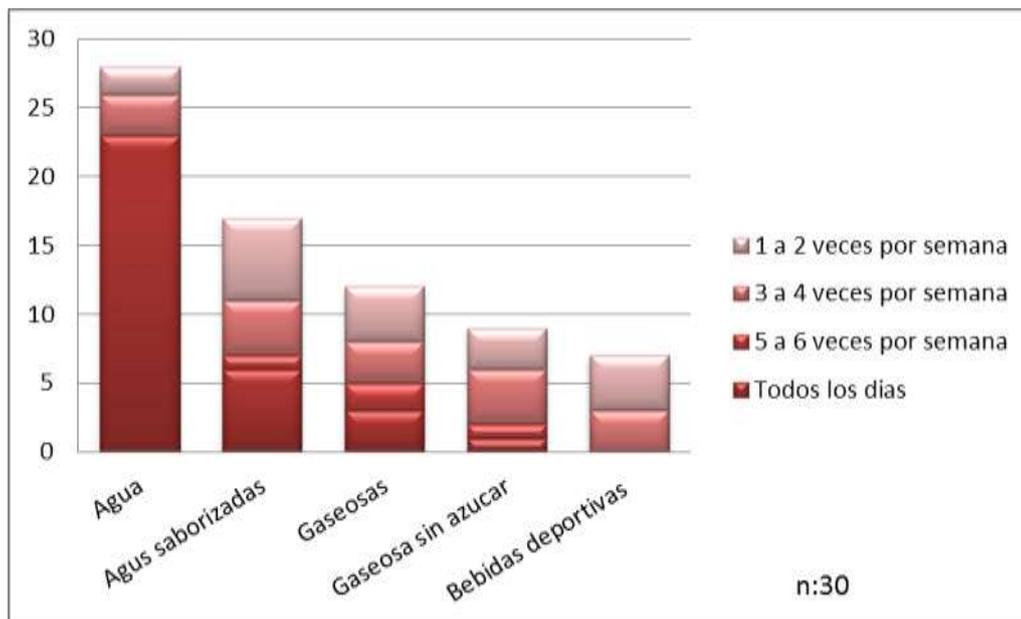


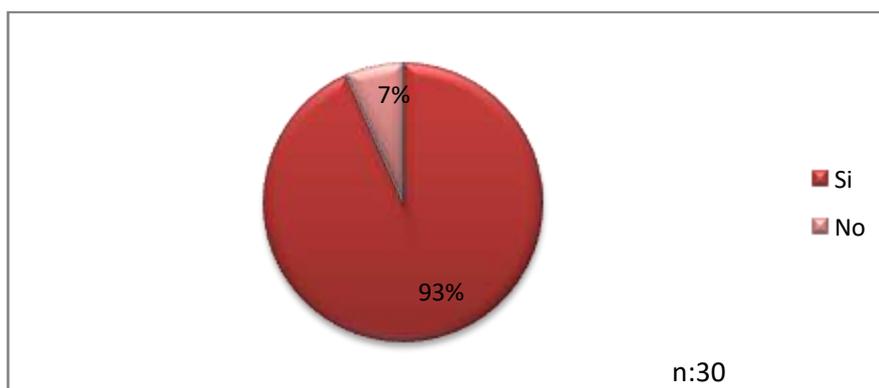
GRAFICO N°19: Bebidas



Fuente: Elaboración propia

Se observa que el consumo de agua en relación con las otras bebidas es elevado, 93%, más de $\frac{3}{4}$ de la población la ingiere a diario. Más de la mitad de los médicos consume aguas saborizadas, pero el 20% a diario. A pesar que el 40% ingiere gaseosas, solo el 10% cotidianamente. El 30% de la muestra consume gaseosas sin azúcar, el 13% de 3 a 4 veces por semana. Menos de $\frac{1}{4}$ de los encuestados consumen bebidas deportivas, el 13% de 1 a 2 veces por semana.

GRAFICO N° 20: Actividad física



Fuente: Elaboración propia

El nivel de actividad física que realizan los encuestados es alto, del 93%.

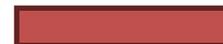
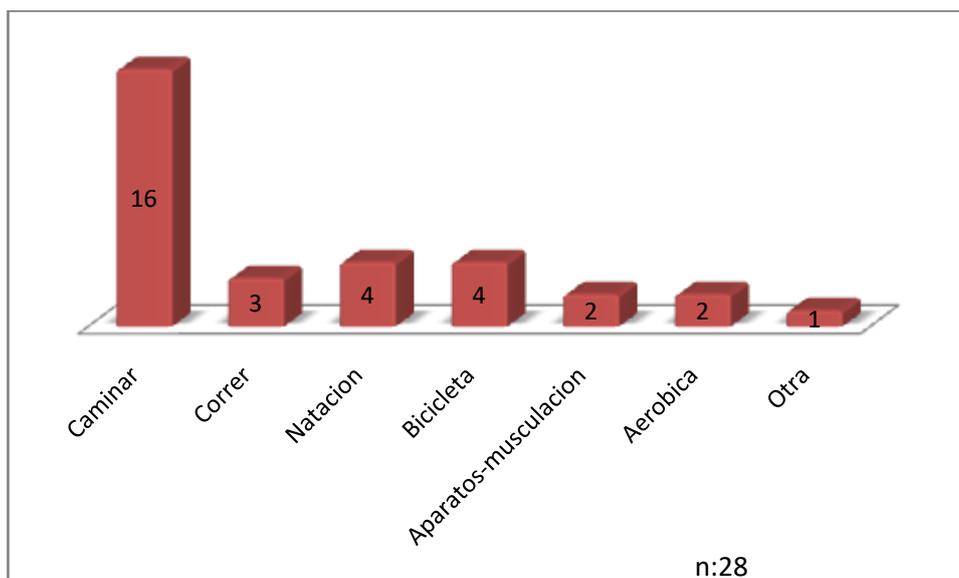


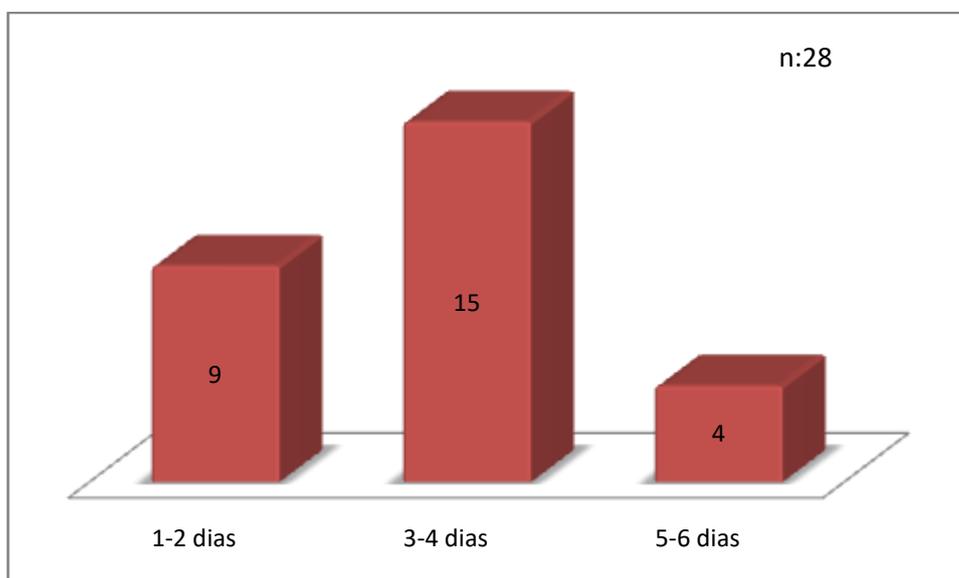
GRAFICO N° 21: Tipo de actividad física



Fuente: Elaboración propia

Caminar es la actividad física mas elegida por los encuestados, 13 profesionales la escogieron, seguida por bicicleta y natación, 5 de los encuestados manifestaron que realizan más de una actividad deportiva.

GRAFICO N° 22: Frecuencia semanal



Fuente: Elaboración propia

El 32% de los encuestados realiza actividad física de 1 a 2 días por semana, el 54% de 3 a 4 días por semana y el 14% de 5 a 6 días por semana.

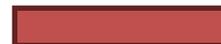
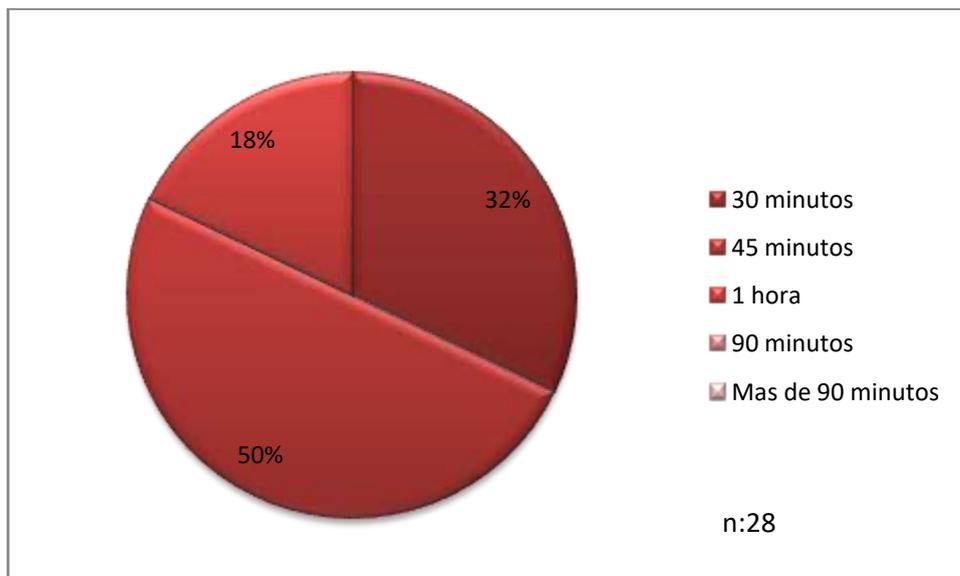


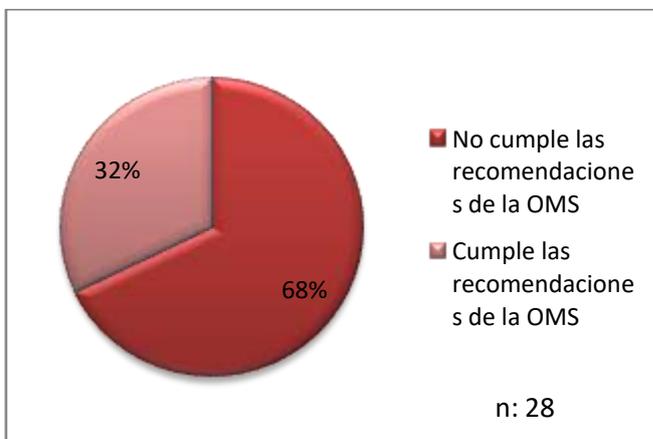
GRAFICO N° 23: Tiempo dedicado a realizar actividad física



Fuente: Elaboración propia

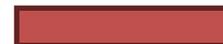
El 50% manifiesta dedicarle 45 minutos a realizar actividad física, el 32% 30 minutos y el 18% 1 hora.

GRAFICO N° 24: Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física de la OMS



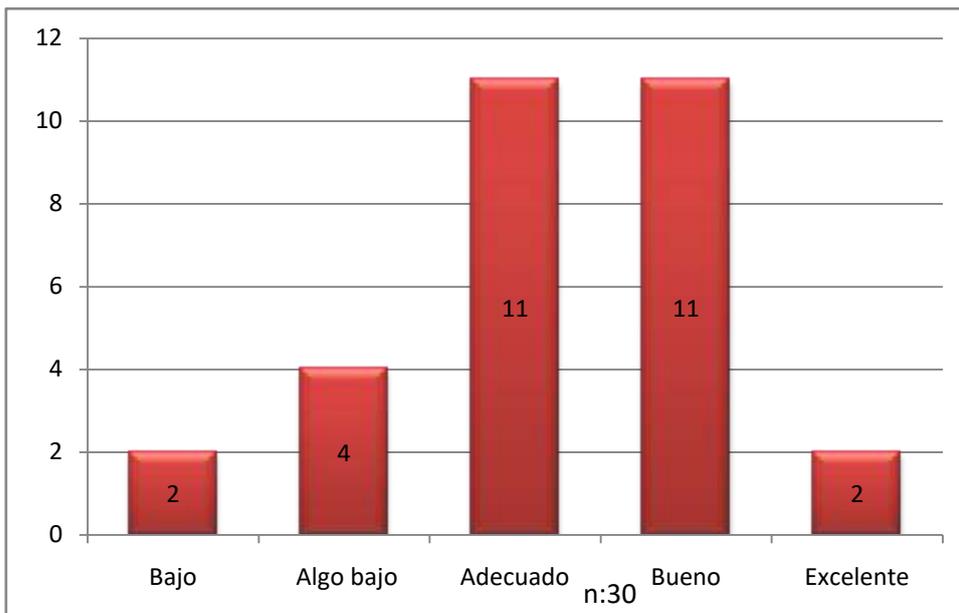
Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, que indica realizar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, se observó que el 68% no cumple con las recomendaciones.



En relación al estilo de vida, se analizan los resultados arrojados por el instrumento Fantástico a continuación.

GRAFICO N° 25: Estilo de vida



Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 37% de los encuestados posee un estilo de vida bueno, el 37% un estilo de vida adecuado, el 12% estilo de vida algo bajo, un 7% estilo de vida bajo y otro 7% estilo de vida excelente.

TABLA N° 5: Análisis de Familia y amigos

| Dimensión | | | | % |
|-------------------------|---|----------------|----|-----|
| Familia y amigos | La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara | Casi siempre | 16 | 53% |
| | | Frecuentemente | 12 | 40% |
| | | Algunas veces | 2 | 7% |
| | | Rara vez | 0 | 0 |
| | | Casi nunca | 0 | 0 |
| | Obtengo el apoyo emocional que necesito | Casi siempre | 15 | 50% |
| | | Frecuentemente | 13 | 43% |
| | | Algunas veces | 2 | 7% |
| | | Rara vez | 0 | |
| | | | | |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)

Con respecto a la comunicación con los demás, la gran mayoría expresó que tiene una comunicación honesta y abierta casi siempre y frecuentemente con los que lo rodean. Lo mismo se observa con la siguiente pregunta relacionada al apoyo emocional.

TABLA N°6: Análisis de Actividad

| Dimensión | | | | % |
|-----------|--|----------------------------|----|-----|
| Actividad | Ejercicio activo 30 minutos o más (p. ej., correr, andar en bicicleta, a la semana a la semana a la semana caminar rápido) | 4 veces | 7 | 23% |
| | | 3 veces | 13 | 43% |
| | | 2 veces | 6 | 20% |
| | | Rara vez | 2 | 7% |
| | | Nunca | 2 | 7% |
| | Relajación y disfrute de tiempo libre | Casi a diario | 1 | 3% |
| | | 3 a 5 veces a la semana | 9 | 30% |
| | | 1 a 2 veces a la semana | 20 | 67% |
| | | Menos de 1 vez a la semana | 0 | 0 |
| | | Casi nunca | 0 | 0 |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)

Con la actividad física, el 43% de los encuestados manifestaron que realizan algún tipo de actividad física 3 veces por semana. Se aprecia que en cuanto al tiempo de relajación y disfrute, el 67% manifestó que lo tiene de 1 a 2 veces por semana.

TABLA N° 7: Análisis de Nutrición

| Dimensión | | | | % |
|-----------|---|---------------------------|----|-----|
| Nutrición | Alimentación equilibrada | Casi siempre | 3 | 10% |
| | | Frecuentemente | 8 | 26% |
| | | Algunas veces | 15 | 50% |
| | | Rara vez | 4 | 14% |
| | | Casi nunca | 0 | 0 |
| | Desayuna diariamente | Casi siempre | 21 | 70% |
| | | Frecuentemente | 7 | 24% |
| | | Algunas veces | 1 | 3% |
| | | Rara vez | 1 | 3% |
| | | Casi nunca | 0 | 0 |
| | Exceso de azúcar, sal, grasas animales a diario | Casi siempre | 1 | 3% |
| | | Frecuentemente | 7 | 24% |
| | | Algunas veces | 17 | 56% |
| | | Rara vez | 4 | 14% |
| | | Casi nunca | 1 | 3% |
| | Peso ideal | Sobrepeso hasta 2 kilos | 14 | 46% |
| | | Sobrepeso hasta 4 kilos | 9 | 30% |
| | | Sobrepeso hasta 6 kilos | 4 | 14% |
| | | Sobrepeso hasta 8 kilos | 2 | 7% |
| | | Sobrepeso mayor a 8 kilos | 1 | 3% |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago & Casas de la Torre, (2000)

En cuanto al ítem de nutrición, la mitad de los médicos expresaron que algunas veces mantienen una alimentación equilibrada. Siguiendo con la consigna del desayuno, el 70% de los encuestados lo hacen a diario. La última pregunta relacionada con la nutrición es la del peso ideal, el 47% de los médicos indicaron que tienen un sobrepeso menor o igual a 2 kilos y el 30% que tienen un sobrepeso de 2 a 4 kilos, este ítem también fue corroborado con el IMC obtenidos por el peso y la altura.



TABLA N°8: Análisis de Tabaco y toxinas

| Dimensión | | | | % |
|-----------------|---|--------------------------------|----|------|
| Tabaco, toxinas | Consumo de tabaco | Ninguno en los últimos 5 años | 18 | 60% |
| | | Ninguno en el último año | 1 | 3% |
| | | Ninguno en los últimos 6 meses | 0 | 0 |
| | | 1 a 10 veces a la semana | 3 | 10% |
| | | Más de 10 a la semana | 8 | 27% |
| | Abuso de drogas prescriptas, sin prescribir | Casi nunca | 30 | 100% |
| | | Rara vez | 0 | 0 |
| | | Algunas veces | 0 | 0 |
| | | Frecuentemente | 0 | 0 |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |

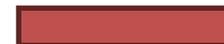
Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)

De la totalidad de médicos, el 60% manifestó que no consume tabaco mientras que el 27% de ellos lo consumen más de 10 veces a la semana. Los 30 profesionales expresaron que no consume ningún tipo de drogas prescriptas o no.

TABLA N°9: Análisis de Alcohol

| Dimensión | | | | % |
|-----------|---------------------------------|--------------------|----|------|
| Alcohol | Promedio de consumo a la semana | De 0 a 7 bebidas | 19 | 64% |
| | | De 8 a 10 bebidas | 9 | 30% |
| | | De 11 a 13 bebidas | 2 | 6% |
| | | De 14 a 19 bebidas | 0 | 0 |
| | | Más de 20 bebidas | 0 | 0 |
| | Bebe alcohol y conduce | Casi nunca | 30 | 100% |
| | | Rara vez | 0 | 0 |
| | | Algunas veces | 0 | 0 |
| | | Frecuentemente | 0 | 0 |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)



El promedio de consumo de alcohol arroja buenos resultados, ya que el 64% de los encuestados consume un promedio de 0 a 7 veces por semana. Todos los encuestados coincidieron en que no conducen si han tomado previamente.

TABLA N° 10 :Análisis de sueño y estrés

| Dimensión | | | | % |
|----------------|---|----------------|----|-----|
| Sueño y estrés | Duerme de 7 a 9 horas por noche | Casi siempre | 1 | 3% |
| | | Frecuentemente | 7 | 24% |
| | | Algunas veces | 18 | 60% |
| | | Rara vez | 3 | 10% |
| | | Casi nunca | 1 | 3% |
| | Ha tenido episodios de estrés el año pasado | Ninguno | 0 | 0 |
| | | 1 | 28 | 94% |
| | | 2 a 3 | 2 | 6% |
| | | 4 a 5 | 0 | 0 |
| | | Más de 5 | 0 | 0 |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)

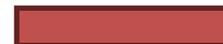
En su gran mayoría han manifestado que duermen de 7 a 9 horas. El 60% de los médicos lo hacen algunas veces y el 24% frecuentemente.

En cuanto a los episodios de estrés, el 94% de los médicos, expresaron que rara vez tienen algún episodio, mientras que el 6% casi nunca.

TABLA N° 11: Análisis de Tipo de Personalidad

| Dimensión | | | | % |
|----------------------|-------------------------------------|----------------|----|-----|
| Tipo de personalidad | Sensación de urgencia o impaciencia | Casi nunca | 1 | 3% |
| | | Rara vez | 3 | 10% |
| | | Algunas veces | 26 | 87% |
| | | Frecuentemente | 0 | 0 |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |
| | Competitividad y agresividad | Casi nunca | 1 | 3% |
| | | Rara vez | 4 | 14% |
| | | Algunas veces | 25 | 83% |
| | | Frecuentemente | 0 | 0 |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |
| | Sentimientos de ira y hostilidad | Casi nunca | 2 | 6% |
| | | Rara vez | 28 | 94% |
| | | Algunas veces | 0 | 0 |
| | | Frecuentemente | 0 | 0 |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)



Observando el ítem de sensación de urgencia, el 87% de los profesionales marcaron la opción de alguna vez haber tenido sensación de urgencia, el 10% rara vez y 3% casi nunca. Siguiendo con competitividad y agresividad, el 83% manifestó que lo tiene algunas veces, el 14% rara vez y el 3% casi nunca. Finalizando con la sección de tipo de personalidad, se encuentra sentimientos de ira y hostilidad, el 94% indicó que rara vez tienen ese sentimiento y el 6% casi nunca.

TABLA N° 12: Análisis de Interior

| Dimensión | | | | % |
|-----------|------------------------|----------------|----|-----|
| Interior | Ansiedad, preocupación | Casi nunca | 2 | 6% |
| | | Rara vez | 14 | 47% |
| | | Algunas veces | 9 | 30% |
| | | Frecuentemente | 5 | 17% |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |
| | Depresión | Casi nunca | 2 | 6% |
| | | Rara vez | 28 | 94% |
| | | Algunas veces | 0 | 0 |
| | | Frecuentemente | 0 | 0 |
| | | Casi siempre | 0 | 0 |

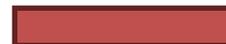
Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)

Analizando el Interior se encuentra la ansiedad y preocupación de los profesionales, el 47% expresó que rara vez tuvieron ese sentimiento, el 30% algunas veces, el 17% frecuentemente y el 6% casi nunca. Siguiendo con la depresión, el 94% indicó que rara vez la sufrieron y el 6% casi nunca.

TABLA N° 13: Análisis de Carrera

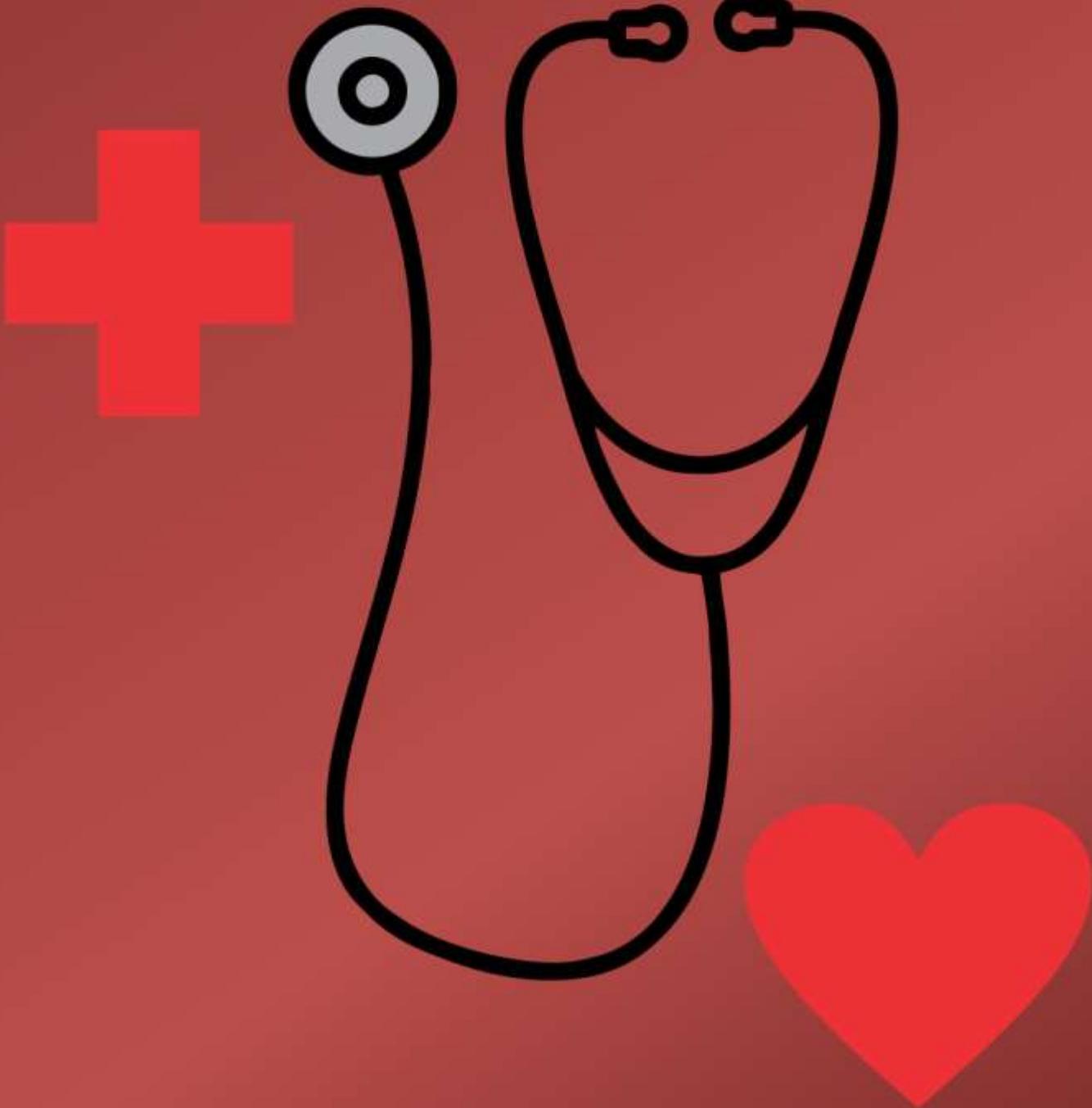
| Dimensión | | | | % |
|--|---|----------------|----|-----|
| Carrera (incluye trabajo, labores del hogar) | Satisfacción con el trabajo labores que desempeña | Casi siempre | 6 | 20% |
| | | Frecuentemente | 13 | 43% |
| | | Algunas veces | 11 | 37% |
| | | Rara vez | 0 | 0 |
| | | Casi nunca | 0 | 0 |
| | Tiene buena relación con quien lo rodean | Casi siempre | 9 | 30% |
| | | Frecuentemente | 19 | 64% |
| | | Algunas veces | 2 | 6% |
| | | Rara vez | 0 | 0 |
| | | Casi nunca | 0 | 0 |

Fuente: Adaptado de López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Munguía-Miranda, Hernández-Santiago&Casas de la Torre, (2000)



Llegando al último ítem relacionado a su carrera, se observa que acerca de la satisfacción laboral el 43% de los médicos manifestó que frecuentemente se sienten satisfechos, el 37% que algunas veces y el 20% casi siempre. Y en cuanto a la relación con quien los rodea en su entorno laboral, el 64% de los encuestados indicó que frecuentemente la relación es buena, el 30% casi siempre y el 6% algunas veces.

CONCLUSION



El labor de los medicos es esencial para la comunidad, debido a que su trabajo es preservar la salud de la poblacion. Luego de lo analizado anteriormente, obtenidos de los datos que se recogieron de la encuesta, se observa que de la totalidad de medicos encuestados, el 53% son del sexo masculino.

Con respecto al rango etareo, mas de la mitad de la muestra corresponde a profesionales entre 35 y 44 años de edad.

Analizando el estado nutricional, el 47% se halla dentro de los rangos de normalidad, mientras que la otra mitad presenta sobrepeso o algun grado de obesidad.

Se observa que el 67% realiza picoteos entre comidas. El 83% realiza al menos 2 comidas diarias en su hogar,dedicando la mitad de los encuestados entre 15 a 30 minutos para comer.

En relacion a los patrones de consumo alimentarios, se observa que el almuerzo es la comida principal que mas consumen a diario, seguido por el desayuno que es consumido por el 63%.

Siguiendo con la pregunta referida a la persona encargada de cocinar, 53% de los encuestados manifestaron que son ellos quienes cocinan. Continunado con la persona encargada de la compra de alimentos, en mayor medida son los propios encuestados quienes compran los alimentos.

El metodo de coccion mas utilizado es el horno, el 93% encuestados manifestaron que lo prefieren ante otros metodos de coccion, por su parte el hervido fue seleccionado por un 77%.

La gran mayoria de los profesionales manifesto que evita algun alimento. Entre los principales motivos se encuentran: porque no le gusta y para cuidarse.

Analizando el consumo de lacteos, se aprecia que la totalidad de los profesionales consumen leche, el 43% la consume a diario. Siguiendo con el yogur, el 47% lo consume. En esta poblacion el consumo de queso es elevado, de tipo cuartirolo es el mas elegido.

El consumo de huevo es elevado, el 80% de la muestra refirio que lo consume. Tambien es elevado el consumo de carnes en general, ya que el 90% consume carne vacuna, el 87% pollo y el 83% pescado, indicando en mayor medida que el consumo de cada uno ellos es de 1 a 2 veces por semana.

Todos los medicos manifestaron consumir vegetales A y B, pero su consumo diario es bajo. La totalidad de los encuestados consume frutas frescas, solo un tercio las consume a diario. En el caso de las frutas secas el consumo es bajo y solo de 1 a 2 veces por semana.

Al analizar el consumo de cereales y derivados, se observa que los alimentos mas consumidos son los fideos y pastas rellenas.

En cuanto al consumo de pan y galletitas, se evidencia que el consumo de pan es mayor en relacion al de galletitas.

El 40% de los encuestados consumen azúcar, en su mayoría a diario. Con respecto a la mermelada la mayoría consume pero en pocas cantidades.

Todos los encuestados consumen aceite en forma diaria, entre 10 y 20cc. El 40% consume manteca o margarina. Si bien la mayoría indicó consumir fiambres su frecuencia de consumo es baja, 1 a 2 veces por semana. El 73% consume hamburguesas y solo 30% consume de 1 a 2 veces por semana salchichas.

En cuanto al consumo de alimentos de consumo opcional, tales como golosinas y productos de copetín, casi la mitad manifiesta consumir golosinas entre 3 a 4 veces por semana mientras que el consumo de productos de copetín es más bajo, 30% refiere consumirlos de 1 a 2 veces por semana.

A la hora de analizar el consumo diario de bebidas se observa que el 77% consume agua, el 20% ingiere bebidas saborizadas y en menor cantidad el resto de las bebidas.

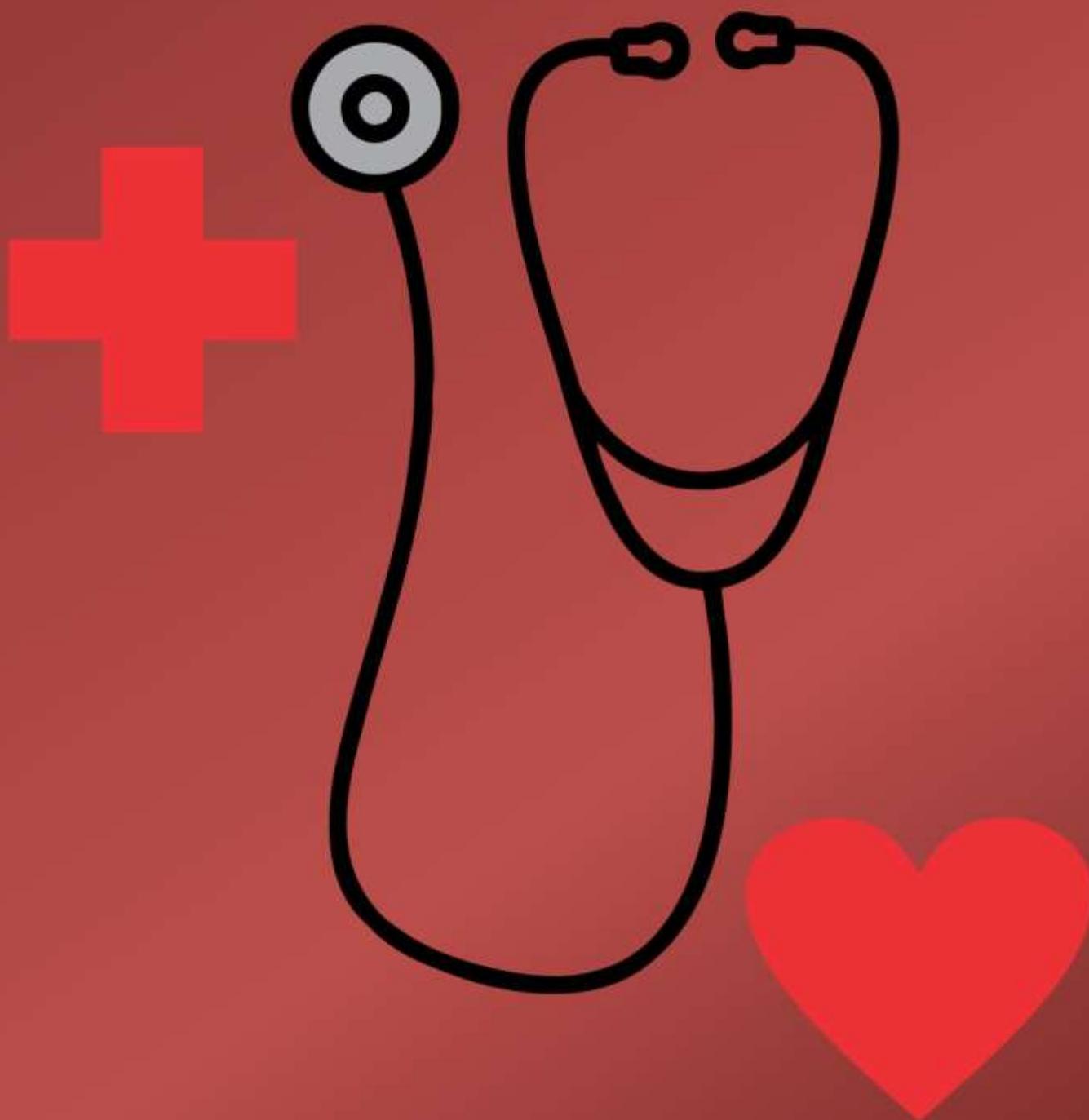
El nivel de actividad física es alto, el 93% realiza, las actividades más elegidas son caminar, natación, bicicleta y correr. Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, se observó que el 32% cumple con ellas.

Finalmente para evaluar el estilo de vida, se obtuvieron los siguientes datos: el 37% de los encuestados posee un estilo de vida bueno y el 36% adecuado. Analizando más profundamente algunos aspectos, se observa que más de la mitad de los médicos no consumen tabaco, el promedio semanal de consumo de alcohol es bajo y en cuanto al sueño, son más quienes duermen entre 7 a 9 horas que los que no lo hacen.

Esta investigación puede servir como diagnóstico para futuras investigaciones. Se sugieren los siguientes interrogantes:

- ✧ ¿Cómo son los hábitos alimentarios entre médicos ya recibidos y médicos que se encuentran realizando la residencia?
- ✧ ¿Qué otros factores influyen en la alimentación, tales como jornadas laborales, estrés, factores psicológicos?
- ✧ ¿Podría realizarse el presente estudio en otra ciudad?
- ✧ ¿Cuáles son los alimentos que más consumen durante su jornada laboral?

BIBLIOGRAFIA



- Agencia Española de Seguridad Alimentaria (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)*. Madrid: Editorial Coiman.
- Aguirre, P. (2007). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Editorial Capital intelectual.
- Aranceta Baltrina, J.(2001). *Nutrición comunitaria*, Barcelona: Editorial Elsevier.
- Artilles Visbal, L. (2007). Pobreza y género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33.137- 139.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria.(2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)*. Madrid: Coiman
- Ashiabi, G. y O'neal, K. (2007). *Children's Health Status: Examining the Associations among Income Poverty, Material Hardship, and Parental Factors*. Estados Unidos: Subramanian
- Banks, S.y Dinges, D.(2007). *Behavioral and physiological consequences of sleep restriction*. *Journal of Clinical Sleep Medicin*, 5. 519-527.
- Bartrina Aranceta, J. (2001). *Nutrición comunitaria*. España: Editorial Masson.
- Bravo, M., Serrano-García, I. & Bernal, G.(2008). Estrés: desarrollo histórico. *Revista Cockerham Interamericana de Psicología*, 22, 21-40
- Campillo-Álvarez J.(2004). *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Centro Nacional de Epidemiología. *Mortalidad por causa y sexo 1996-2005*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Recuperado el 21 de Agosto de 2018 de http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/anexos/ww9201_cap.htm.
- Cockerham, WC. (2007). *New directions in health lifestyle research*. *International Journal of Public Health*. Editorial Material, 6. 327-328.
- Cruz Cruz, J. (1999). *Antropología de los hábitos alimentarios*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Cuba, J., Ramírez, T., Olivares, B., Bernui, I. & Estrada, E. (2010). Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. *Revista Anales de la facultad de medicina*, 72, 3-6. Recuperado el 13 de agosto de 2018 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a09v72n3.pdf>
- Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M.(2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 2,330-40.

- Eck, IH., Klesges, RC., Hanson, CL. &Slawson, D.(2002) Children at familial risk for obesity an examination of dietary-intake, physical-activity and weight status.*International journal of obesity*,2. 71-78.
- Elizalde, R. y Gomes, C. (2010). *Ocio y recreación en América Latina: conceptos, abordajes y posibilidades de resignificación*. E-book.Editorial Polis. Santiago de Chile. Recuperado de <https://journals.openedition.org/polis/64>
- Elliot, E.(1993).*Health-enhancing and health-compromising lifestyles*. In: Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. *Promoting the health of adolescents New directions for the twenty-first century*.Oxford: Oxford UniversityPress.
- Esquivel Hernández, R., Martínez Correa, S. & Martínez Correa, J.(2018). *Nutrición y salud*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Figuroa Pedraza, D.(2004). Estado Nutricional como Factor y Resultado de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus Representaciones en Brasil. *Revista Salud Pública*, 2. 140-155. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n2/v6n2a02.pdf>
- Gil Hernandez, A. (2010). *Tratado de nutrición*. España: Editorial Medica Panamericana.
- Glendinning, A., Nuttall, M., Hendry, L., Kloep, M. & Wood S.(2003)Rural communities and well-being: a good place to grow up? *Sociology Reviews*, 1.129-156.
- Goel, N.,Rao, H., Durmer, JS.& Dinges, DF. (2009)*Neurocognitive consequences of sleep deprivation*. Seminars in Neurology, 29. 321-332
- Goldman, L. yCoussens, C.(2004).*Environmental Health Indicators: Bridging the Chasm of Public Health and the Environment - Workshop Summary*. Washington Dc: Institute of medicine of the national academies. the national academies press.
- Greene, CM. yFernandez ML.(2007).The role of nutrition in the prevention of coronary heart disease in women of the developed world.*AsiaPacific Journal of Clinical Nutrition*, 1.1-9.
- Hammond, SR., McLeod, JG., Macaskill, P. & English, DR.(2006).Multiple sclerosis in Australia: Socioeconomic factors. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*,3.311-313.
- Hecht, ML. y Driscoll, G.(2012). *A comparison of selected communication, social, situational, and individual factors associated with alcohol and other drugs*.*International Journal of the Addictions*,10.1225-1243.
- Iglesias, V., Cavada, G., Silva, C. & Cáceres D.(2007).Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use.*RevistaSaludPública*, 4.517-522.

- Kaplan, GA. Y Keil, JE. (2003). *Socioeconomic-factors and cardiovascular-disease - a review of the literature*. *Circulation*, 4.1973-1998.
- Kickbusch, I. (2006). *Life-styles and health*. *Social Science & Medicine*, 2.117-24.
- Lalonde, M.(2004) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada
- Lema Soto, LF., Salazar Torres, IC., Varela Arévalo, MT., Tamayo Cardona, JA., Rubio Sarria, A. & Botero Polanco, A.(2009)Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico* ,12. 71-88.
 - Lomaglio, D. (2012). Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA). *Revista de Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32(3), 30-35. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/TRANSICION.pdf>
 - López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica de Mexico*, 259-268
 - López de Blanco, M., Carmona, A. (2005). La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Revista Anales Venezolanos de Nutrición*. 18,1.4. Recuperado el 22 de Julio de 2018 de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100017
 - Marmot, M y Wilkinson, R.(1999). *The social determinants of health*.Oxford: Oxford University Press
 - MullerManfred, J.(2008). *Nutrición y Salud Publica*.Zaragoza: Editorial ACRIBIA.
 - Organización Mundial de la Salud.(2005). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundoglobalizado*. Ginebra; 2005. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf
 - Organización Mundial de la Salud. (2018).Glosario y promoción de la salud. Sección I. Términos básicos. Buenos Aires: OMS
 - Organización Mundial de la Salud (1995). *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría*. Recuperado el 27 de julio de 2018 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42132/WHO_TRS_854_spa.pdf;jsessionid=239177F736868FED1CAF63465913FA8B?sequence=1
 - Panagiotakos, DB.,Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Skoumas, J., Tousoulis, D.&Toutouza, M.(2004).Impact of lifestyle habits on the prevalence of the metabolic

syndrome among Greek adults from the ATTICA study. *American Heart Journal*, 1.106-112.

• Popkin, BM.(1994). *The Nutrition Transition in Low- Income Countries: an emerging crisis*. Oxford: Oxford Academic.

• Portoles, O., Sorli, JV., Frances, F., Coltell, O., Gonzalez, JI. & Saiz C. (2006). Effect of genetic variation in the leptin gene promoter and the leptin receptor gene on obesity risk in a population-based case-control study in Spain. *European Journal of Epidemiology*. 8, 605-612.

• Ramos Beum, V.(2011). *Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Montevideo*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina.

• Ramos Chamorro, L.(2007). *Hábitos, comportamientos y actitudes de los adolescentes inmigrantes sobre nutrición. Recomendaciones educativas*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Departamento de didácticas de las ciencias experimentales. España,

• Ramos, M., Garcia, R., Prieto, M y March, J.(2001). Problems and proposals for improvement in the health care of economic immigrants. *Gaceta Sanitaria*, 4.320-326.

• RappoMiguez, S.(2001) La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio. *Revista de la Facultad de Economía-BUAP*, n.º 26-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/376/37601912.pdf>

Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P., Banegas, JR. y Rodriguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *Revista Biomedical public health*, 2.75-79.

• Rodríguez-Rodríguez, E., López-Plaza, B., López-Sobaler, A. & Ortega, R.(2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 26, 355-363.

• Sapolsky R. (2007). *El mono enamorado y otros ensayos sobre nuestra vida animal*. Barcelona: Paidós.

• Torresani, M. E. y Somoza, M. I. (2011). *Cuidado nutricional cardiometabólico*, Buenos Aires, Editorial Akadia.

• Tay, JB., Kelleher, CC., Hope, A., Barry, M., Gabhainn, SN. & Sixsmith J.(2004). Influence of sociodemographic and neighbourhood factors on self rated health and quality of life in rural communities: findings from the Agriproject in the Republic of Ireland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 11904-911.

• Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Bautista, L., Franzosi, MG. & Commerford P.(2005). Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Revista Us National Library of Medicine*, 3. 1640-1649.



El médico, siendo parte de la sociedad, es la primera imagen en la atención sanitaria y debería tener condiciones adecuadas de salud. Su labor es fundamental es la persona indicada no solo para curar y salvar vida, sino también para la investigación y desarrollo de nuevas curas para las enfermedades que azotan a la sociedad.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional, patrones de consumo y estilo de vida en los médicos de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2019.

Metodología: Es una investigación descriptiva de corte transversal con una muestra de 30 médicos de la ciudad de Mar del Plata de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 35 y 60 años de edad. Para recolectar los datos, se les entrego una encuesta que indaga sobre el estado nutricional (realizando medidas antropométricas), patrones de consumo y estilo de vida. La muestra fue seleccionada en forma no probabilística por conveniencia.

Resultados: Los datos obtenidos por la encuesta arrojan que la edad media de la muestra es de 44 años, siendo mayor la distribución entre los 35 y 44 años. El 47% de los encuestados se encuentra con normopeso, el 40% con sobrepeso y el 13% con obesidad. Con respecto a la ingesta alimentaria, se observó que dentro de las 4 comidas diarias y la colación, el almuerzo es la comida que la mayoría realiza a diario, seguido por el desayuno. Se observó un elevado consumo de quesos. En cuanto a las carnes la más elegida fue la vacuna. El consumo diario de vegetales es bajo, siendo mayor el consumo de frutas. Al evaluar la realización de actividad física, el 93% realiza, siendo la más elegida la caminata y con una frecuencia promedio de 3 veces por semana, 45 minutos. Al evaluar el estilo de vida, el 37% de los profesionales poseen un estilo de vida bueno, el 36% adecuado.

Actividad física

n: 28



- No cumple las recomendaciones de la OMS
- Cumple las recomendaciones de la OMS

Estado nutricional

n:30



Estilo de vida

n:30



Conclusión: El estudio permitió evaluar que gran parte de la población presenta un estilo de vida bueno, esto se determinó a través de los parámetros estudiados, casi la totalidad de los encuestados realiza actividad física, la mitad manifestó que algunas veces tiene una alimentación equilibrada y el 60% duerme entre 7 a 9 horas diarias algunas veces. En cuanto al estado nutricional, casi la mitad se encuentra con normopeso, mientras la otra mitad presenta sobrepeso u obesidad.



UNIVERSIDAD
FASTA