

Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición

Sieghart Ma. Natalia.

Autoconcepto y Estilos de Vida en Adultos

Tutora: Ivonne Corti.
Cotutora: Andrea Piscicelli.



*“Queda prohibido no sonreír a los problemas, no luchar por lo que quieres,
Abandonarlo todo por miedo, no convertir en realidad tus sueños”.*

Pablo Neruda

Lo dedico a mis padres, hermanas, mi abuela y
mi novio que me acompañaron y alentaron
en todo momento para cumplir este sueño.

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres y mis hermanas por estar siempre presentes, por haberme ayudado a crecer, por su contención y amor.

A mi abuela por compartir conmigo la alegría de alcanzar este sueño, por apoyarme siempre y por su incondicionalidad.

A mi novio por ser un gran compañero, por contenerme siempre en esta última etapa, y por darme animo y confianza para seguir adelante.

A mis amigas, compañeras y futuras colegas por compartir conmigo este camino universitario, por las tardes de estudio y momentos vividos y principalmente por ser mis amigas.

A mi amiga, Tini, por ayudarme en el diseño de la Tesis.

Al Departamento de Metodología, en especial a la Licenciada Vivian Minaard, por su dedicación y por guiarme en la elaboración del proyecto.

A las Licenciada Ivonne Corti, mi tutora, por aceptar ser mi tutora y por su disposición constante, por acompañarme siempre cuando lo necesite.

A la Licenciada Andrea Piscicelli, mi cotutora, por su colaboración profesional y por su disposición.

A la Directora de la Escuela de Educación Media para Adultos, Zanetta Maria Alejandra, por abrirme las puertas de la Institución, por su amabilidad y colaboración.

Y a todas las personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en esta investigación, muchas gracias!

Resumen

Objetivo: Determinar el estilo de vida, el nivel de autoconcepto y el estado nutricional en alumnos que concurren a una Escuela Pública de Nivel Medio para adultos de la ciudad de Mar del Plata en el segundo semestre del año 2012.

Material y Métodos: Investigación descriptiva con diseño transversal. Un total de 93 alumnos completaron un Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de vida en seis dimensiones (Condición, Actividad Física y deporte; Recreación y Manejo del tiempo libre; Autocuidado y cuidado médico; Hábitos Alimentarios; Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y Sueño), Un Test de Autoconcepto AF5, una encuesta sobre información sociodemográfica y se tomó el peso y talla de los alumnos para determinar el Índice masa Corporal (IMC).

Resultados: Alta o muy alta presencia de creencias favorables con la salud, en todas las dimensiones, excepto en Sueño. Alta prevalencia de prácticas poco o no saludables en la dimensión Actividad Física y deporte (82% de los alumnos), en Autocuidado y cuidado médico (64%) y en hábitos alimentarios (52%). Incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Las dimensiones donde los alumnos presentaron niveles de autoconcepto bajos fueron en la dimensión académico/laboral (56% en mujeres y 59% en varones) y la dimensión física. En la dimensión física, la mayoría de los varones presentó un nivel normal o esperable de autoconcepto (59% de los varones) y en las mujeres, por el contrario, la mayoría un nivel bajo de autoconcepto (41% de las mujeres). En esta investigación se observó que en las dimensiones académico/laboral, dimensión social y dimensión física, a medida que aumenta el nivel de autoconcepto, se observa un estilo de vida más saludable.

Conclusiones: No se puede verificar que a mayor nivel de autoconcepto los alumnos presenten mejores estilos de vida pero sí se plantea la necesidad de estudiar la contribución de cada una de las dimensiones del autoconcepto en las conductas de salud. Los resultados sugieren la necesidad de contemplar los factores psicológicos (emociones, sentimientos, miedos, autoconcepto, autoestima) que intervienen en la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables y reorientar los programas de promoción que incluyan distintos procesos psicosociales como la motivación y las emociones ya que, como quedó constatado en esta investigación, el solo conocimiento de prácticas saludables no alcanza para llevar a cabo modificaciones en la conducta.

Palabras Claves: Estilo de Vida, Autoconcepto, Estado Nutricional, Creencias de Salud, Educación para Adultos.

Abstract

Objective: To investigate life styles, the level of self-concept and nutritional status of students who attend to a public school standard level for Adults in the city of Mar del Plata in the second half of 2012.

Materials and methods: The research carried out was of a descriptive nature and a trans-sectional design. A total of 93 students completed a questionnaire on life-styles related practices and beliefs in six dimensions (Condition, Physical Activity and Sport; recreation and administration of spare time; self-care and medical care; eating habits; consumption of alcohol, tobacco and others rugs; and sleep), together with the AF5 Self-concept Test and a questionnaire with sociodemographic information. Weight and height of the students were measures and de Body Mass Index (BMI) mas calculated.

Results: There is a high or very high incidence of health-favorable beliefs in every aspect, except sleep. Little or unhealthy practices in sport and physical activity dimension (82%), in self-care and medical care (64%), and in eating habits (52%). There was found inconsistency between beliefs and practices in most dimensions of lifestyle. Furthermore, dimensions where students had low levels of self-concept, were in academic and physical dimensions. In physical dimension, most of the boys had a normal or expected self-concept (59%), and on the other hand, most of the girls had low levels of self-concept (41%). There is no correlation between practices and dimensions of self-concept. In this study it was observed that in academic dimension, social dimension and physical dimension, as it increases the level of self, there is a healthier lifestyle. However, in emotional and family dimensions of self-concept, was not seen a particular behavior as it increases life-styles.

Conclusions: It can't be verified that healthy life styles are associated with self-concept, but it is necessary, to study the contribution of each of the dimensions of self-concept in health behaviors. The results suggest the need to consider psychological factors (emotions, feelings, fears, self-concept, self-esteem) involved in the adoption and maintenance of healthy lifestyles and redirect promotion programs that include psychosocial processes such as motivation and emotions, because, as it was seen in this study, the knowledge of healthy practices is not enough to carry out changes in behavior.

Key Words: Life Styles, Self-concept, Nutritional Status, Health Beliefs, School for Adults.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1:	
“Estilos de Vida en la Actualidad”.....	5
Capítulo 2:	
“Autoconcepto”.....	18
Capítulo 3:	
“Hábitos Alimentarios y Recomendaciones Nutricionales”.....	28
Diseño Metodológico	39
Análisis de datos	55
Conclusiones	76
Bibliografía	81
Anexo	85

Introducción



La Organización Mundial para la Salud define la salud como:

*“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.*¹

En las sociedades Occidentales, durante el último siglo, ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, enfermedades dentales, ciertos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y degenerativas.² Hoy sabemos que los estilos de vida están relacionados con los principales factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, que son la base de los problemas de salud pública en las sociedades occidentales. Entre ellos destacan el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios y el sedentarismo.

De acuerdo con un informe sobre la Salud en el Mundo 2002 elaborado por la OMS, 5 de los 10 principales factores de riesgo globales de morbilidad, mortalidad y discapacidad, como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, consumo insuficiente de frutas y verduras, están relacionados con estilos de vida que incluyen los hábitos alimentarios y la actividad física. Junto con el consumo de alcohol y de tabaco, estos factores de riesgo modificables desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el cáncer y las enfermedades respiratorias representando el 59 % de las causas de mortalidad.³

Los estilos de vida son el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto grado de control. Es una 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 ambientales⁴. Los estilos de vida, tienen una influencia directa con el estado nutricional. Este es el resultado de la interrelación entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas del mismo. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

¹ Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946), en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=142#12

² Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, **Nutrición y Salud Pública**. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2da edición.

³ World Health Organization. The World Health Report 2002. **Reducing risks and promoting healthy life**, en www.who.int/whr/2002

⁴ Organización Mundial de la Salud, **Promoción de la Salud, Glosario**.

A su vez, en las últimas décadas se ha venido subrayando la importancia del autoconcepto en el bienestar psicosocial desde diferentes ámbitos de la Psicología. Los psicólogos clínicos, los psicólogos de la educación, los psicólogos sociales, defienden la importancia de este constructo en la explicación del comportamiento humano. El autoconcepto se define como:

“la imagen o percepción que el individuo tiene de si mismo como un ser físico, social y espiritual, es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a si mismo como un objeto (Resenberg, 1979)”.⁵

Juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad: un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo. A su vez, ayuda a entender el comportamiento de los sujetos. Cuando una persona tiene una autoimagen positiva, tiene comportamientos que apoyan o aumentan su autoimagen.

Muchas conductas de salud se relacionan con este constructor, por ejemplo, un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Por otro lado, un autoconcepto familiar alto se relaciona positivamente con el rendimiento escolar y laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento del bienestar, con la integración escolar y laboral, con la conducta prosocial, con valores universalistas, y con la percepción de salud física y mental pero uno bajo se relaciona con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas. A su vez, cuando es bajo se relaciona con el consumo de alcohol y cigarrillos entre otros ejemplos.⁶

Los adultos que concurren a una escuela para adultos lo realizan para continuar, especializar, su proceso de desarrollo o persiguiendo múltiples fines u objetivos; desde una capacitación profesional hasta un aprovechamiento inteligente del tiempo libre. Es una población realmente singular, con características, estructuras e intereses propios y el tema de la autoconcepto y el estilo de vida juega un papel determinante dentro su estado nutricional. Las emociones juegan un papel fundamental en los adultos, más que en los jóvenes incluso, en lo que se refiere a su formación. El adulto teme la frustración y el ridículo, y mucho más el adulto que no ha podido frecuentar colegios o universidades, y esto puede repercutir en sus comportamiento de salud, influyendo en su estado nutricional.

⁵ García Fernando y Musitu Gonzalo, AF5, Autoconcepto Forma 5, **Publicaciones de Psicología Aplicada**, TEA ediciones, 2da edición, Madrid, 2001.

⁶ Ibid

Es por ello que nos preguntamos:

¿Cuál es el estilo de vida, el nivel de autoconcepto, el estado nutricional en alumnos que concurren a una Escuela Pública de Nivel Medio para adultos de la ciudad de Mar del Plata en el segundo semestre del año 2012?

El objetivo general planteado es:

- Determinar el estilo de vida, el nivel de autoconcepto y el estado nutricional en alumnos que concurren a una Escuela Pública de Nivel Medio para adultos de la ciudad de Mar del Plata en el segundo semestre del año 2012

Los objetivos específicos son:

- Evaluar el estado nutricional de los alumnos a través de mediciones antropométricas.
- Indagar sobre los estilos de vida que tienen los alumnos incluyendo hábitos alimentarios, actividad física, consumo de drogas, alcohol y tabaco, recreación y manejo del tiempo libre y autocuidado y cuidado médico.
- Determinar el nivel de autoconcepto de cada alumno.
- Describir las características sociodemográficos de cada alumno incluyendo ocupación, composición familiar, ingresos familiares, tipo de familia, jefe de familia, curso al que asiste, orientación del curso al que asiste, nivel educativo alcanzado.

La Hipótesis sujeta a evaluación se expone a continuación:

Hipótesis: Los adultos que presenten un nivel de Autoconcepto más alto, tendrán un Estilo de Vida más saludables.

Capítulo 1

Estilos de Vida en la Actualidad



El concepto de estilo de vida comienza a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por lo tanto, de los determinantes de la salud. Estos conceptos han contribuido a la mejor comprensión y operacionalización de los elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad y que son parte integrante de la medicina social característica de nuestro siglo. El camino para arribar a estos nuevos conocimientos en medicina se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con desarrollo socioeconómico avanzado, donde las muertes y enfermedades se asocian cada vez menos con enfermedades infecciosas y se comienza a prestar atención a aquellos elementos que inciden en estas muertes y enfermedades, a saber: inadecuación del sistema de cuidados de la salud existente, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos. De esta forma, se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico, en que los factores enunciados interactúan no solo para deteriorar la salud, sino también para incrementarla y preservarla.¹

Marc Lalonde, en su Informe² considera que la salud de las personas esta determinada por cuatro categorías: la organización de la Atención de Salud, la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida. La organización de los servicios de Salud consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud, como por ejemplo la práctica de la medicina y enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la pediatría. Por otro lado, el componente de biología humana como determinante de la salud incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esqueleto, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. El

¹ Espinosa Gonzalez, Leticia (2004), "Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad", **Rev Cubana Estomatol**, en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm

² Lalonde, Marc, El concepto de "Campo de Salud": una perspectiva canadiense, en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/50923.pdf>

tercer determinante, el medio ambiente, incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Por último, el cuarto determinante, los estilos de vida, representa:

“el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control”³.

Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

En la XXXI Sesión del Comité Regional de la OMS para Europa, se ofreció una definición del estilo de vida que lo describía como:

“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” (WHO, 1986)⁴.

A pesar de no existir una definición unánime, la mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un “conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas”. Por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez-marín y García, 1995). Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar.⁵ En lo que ya no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por las personas. Mientras que el modelo médico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, los autores de orientación psicosocial entienden la elección como involuntaria en cierta medida ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento de los estilos de vida (Pastor y cols., 1998).

La OMS hace referencia a los estilos de vida como:

“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”⁶.

³ Lalonde, Marc, El concepto de “Campo de Salud”: una perspectiva canadiense. op cit.

⁴ WHO. Life styles and Health. Social Science and Medicine 1986.

⁵ Gomez Puerto Jose Ramon, Rubio Maria Isabel, “Estilos y Calidad de Vida”, en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>

⁶ Organización Mundial de la Salud, **Promoción de la Salud, Glosario.**

Son diversos los factores que influyen sobre el estilo de vida de las personas. Los factores de tipo social influyen en el estilo de vida y la nutrición. La relación entre el estatus social y la salud son complejas. El sistema de clases sociales divide a la población en distintos grupos que pueden disponer de distintos recursos y así mostrar un estilo de vida diferente. El disponer de pocos recursos económicos como el precio de los alimentos podrían llevar a que se consuman alimentos más baratos y más ricos en calorías. El sabor y el atractivo, así como los rituales sagrados, costumbres y tradiciones alimentarias, las preferencias y aversiones pueden explicar, también, por su parte la combinación de factores desfavorables del estilo de vida. Asimismo, las tradiciones y también las técnicas de preparación de las comidas de muchas personas han caído en el olvido. La incorporación de la mujer al mundo laboral, la publicidad, las nuevas modas estéticas y alimentarias también han influido.⁷

El desarraigo familiar y un menor nivel educativo se asocian, también, a peores estilos de vida y a menores niveles de salud, por el contrario, una institución familiar estable es un factor de promoción de salud. Lo mismo sucede con el nivel educativo: entre las personas con mayores niveles educativos no solo son mejores los conceptos en torno a una dieta sana, las fuentes de información sobre dieta, o las actitudes para seguir una dieta adecuada, sino que es más fácil lograr los cambios de comportamiento dirigidos a seguir una dieta saludable.⁸

Un factor importante que influye en la nutrición, el estilo de vida y la salud lo constituye también la valoración y percepción propia que difiere entre los diferentes grupos sociales y la “salud psicosocial” que describe como se sienten las personas en la sociedad en la que viven, El concepto incluye, igualmente el sentido de la autoestima y la confianza en el futuro propio. Aquellas personas con una salud psicosocial poco estable tienden a llevar estilo de vida poco saludable y un comportamiento de riesgo y viceversa.⁹

El estilo de vida es un concepto que tiene definiciones múltiples y evolutivas, aunque todas centradas en un criterio común: ir más allá de los aspectos demográficos o económicos en la definición de los individuos y los grupos.

Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones

⁷ Muller Manfred J., Trautwein Elke A, “**Nutrición y Salud Pública**”, editorial ACRIBIA, p.19

⁸ Ibid. p.24

⁹ Ibid.p 29

concretas y particulares.¹⁰ El estilo de vida sería aquel patrón de comportamiento que caracteriza al individuo en su forma de ser y expresarse y que se asemeja mucho al concepto de personalidad porque posibilita reconocer a los individuos a través de conductas muy distintas. Sin embargo, el concepto de estilos de vida es más amplio que el de la personalidad, ya que engloba no solo elementos psicológicos sino también comportamientos y características externas.

La creencia del estilo de vida refleja la propia personalidad es sostenida por diversos autores, entre ellos Louis de Buffon quien en el S.XIX dijo la famosa frase: “El estilo es el hombre” y el filósofo inglés Robert Burton, quien hizo mención por primera vez al término en la cita: “Nuestro estilo nos revela”.

Según un estudio realizado por Bupa Health Pulse (España; 2008), muchas personas en todo el mundo siguen fumando, tomando alcohol y evitando el ejercicio a pesar de que temen que esos estilos de vida poco saludables los lleven a una enfermedad crónica a largo plazo, casi la mitad de 12,000 personas consultadas en 12 países admitieron que solo se ejercitaban una hora por semana o menos, mientras que el 70% dijo que bebía alcohol y casi un tercio, que fumaba. Aunque esos estilos de vida insanos podrían sugerir que a las personas no les importa su salud, el sondeo de Bupa Health Pulse reveló que cuatro de cada cinco, es decir el 80 por ciento, dijeron que estaban preocupadas por el desarrollo de enfermedades crónicas. Cuando se les pidió que nombraran el mayor obstáculo para llevar una vida más saludable, el 24 por ciento de los consultados mencionó la falta de tiempo, casi un quinto la motivación y un 14 por ciento responsabilizó al costo.¹¹

Un estilo de vida saludable se entiende como el patrón de comportamientos relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud (Nutbeam, Aaro y Catford, 1989). Un patrón conductual es el modo habitual de respuesta a diferentes situaciones; el consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes o la falta de ejercicio constituyen algunos ejemplos de comportamientos poco saludables o de riesgo. Entre las variables más clásicas a considerar dentro de un estilo de vida saludable figuran la práctica

¹⁰ Espinosa Gonzalez, Leticia, “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad”, **Rev Cubana Estomatol** 2004;41(3)

¹¹ “Estilo de vida no saludable persiste a pesar de temor a enfermedades”, en: <http://m.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/estilo-de-vida-insano-persiste-a- pesar-de-temor-a-enfermedades/8540120>

deportiva, los hábitos de alimentación, el consumo del alcohol y de tabaco y también las percepciones de salud que experimentan los sujetos (Balaguer, 2002).¹²

Durante el último siglo ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, enfermedades dentales, ciertos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y degenerativas.¹³ Hoy sabemos que los estilos de vida están relacionados con los principales factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, que son la base de los problemas de salud pública en las sociedades occidentales. Entre ellos destacan el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios y el sedentarismo. El Departamento de Salud y Servicios Humanos para la Salud, durante el año 2002 publicó el documento “Salud para la población en el año 2010”, donde reconoce la importancia de la nutrición y otros determinantes del estilo de vida como metas para mejorar la salud de las personas, y en gran parte atribuye las ECNT a factores del medio ambiente y estilo de vida.

A su vez, de acuerdo con un informe sobre la Salud en el Mundo 2002 elaborado por la OMS, 5 de los 10 principales factores de riesgo globales de morbilidad, mortalidad y discapacidad como Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, consumo insuficiente de frutas y verduras están relacionados con estilos de vida que incluyen los hábitos alimentarios y la actividad física. Junto con el consumo de alcohol y de tabaco, estos factores de riesgo modificables desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el cáncer y las enfermedades respiratorias representando el 59 % de las causas de mortalidad.¹⁴

El estilo de vida influye en la aparición de enfermedades crónicas. En verdad, no afecta a nuestra salud inmediatamente, sino que determina, a medio o largo plazo, si un individuo padecerá en un momento de su vida alguna de las llamadas enfermedades asociadas al estilo de vida.¹⁵

¹² Arantzazu, Goñi Alfredo, Ruiz de Azua Sonia, “ Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia”, **Intervencion Psicosocial**, vol 15, nº 1 Madrid 2006

¹³ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, **Nutricion y Salud Publica**. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2da edición.

¹⁴ World Health Organization. The World Health Report 2002. “Reducing risks and promoting healthy life”, en; www.who.int/whr/2002Y

¹⁵ Muller Manfred J., Trautwein, Elke A, **Nutricion y Salud Publica**, Editorial ACRIBIA, S.A, Zaragoza, España, p. 143 y 144.

Uno de los aspectos que abarca los estilos de vida son los hábitos alimentarios.

La conducta alimentaria es:

*“la relación de intercambio con que el individuo consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas. Es el modo de comportamiento del individuo ante los alimentos, al seleccionarlos, prepararlos y consumirlos”*¹⁶

La modificación sobre los hábitos alimentarios producida por diversas causas esta conduciendo en los países desarrollados a una serie de desequilibrios nutricionales, entre los que pueden destacarse un consumo excesivo de grasas y calorías y un elevado consumo de azúcares refinados y un déficit selectivo de algunas vitaminas y minerales.¹⁷

Es conocida la asociación de un gran número de enfermedades tanto por exceso como por carencia de nutrientes, entre las que se destacan la Enfermedad Cardiovascular debida al consumo elevado de ácidos grasos saturados y ácidos grasos trans; la hipertensión arterial por exceso de sodio, la enfermedad periodontal ligada a la ingesta de azúcares y en el otro extremo el déficit de micronutrientes como calcio, hierro, ácido fólico, etc, que determinan la aparición de diferentes tipos de enfermedades carenciales.

La influencia de la nutrición en la salud y en la enfermedad, dentro del marco del estilo de vida, debe contemplar también la actividad física, o mas bien la inactividad.¹⁸ Cada año, más de 2 millones de muertes pueden atribuirse a la falta de actividad física. El sedentarismo duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 y obesidad y la práctica regular de actividad física tiene efectos beneficiosos en las personas que ya padecen estos trastornos.¹⁹

*La inactividad física es un factor de riesgo independiente de enfermedades crónicas y se calcula que, en general, causa 1,9 millones de muertes anuales en todo el mundo.*²⁰

Causa entre 10% y 16% de los casos de diferentes cánceres (mama, colorrectal), diabetes, y cerca del 22% de la enfermedad cardiovascular. Se estima a nivel mundial una prevalencia de inactividad física de 17%, aunque si consideramos también a la actividad física insuficiente, esta cifra asciende al 41%. En Argentina, a partir de la

¹⁶ Aranceta Bartrina Javier, **Nutrición Comunitaria**, 2da edición.

¹⁷ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, op cit.

¹⁸ Muller Manfred J., Trautwein, Elke A, **Nutrición y Salud Pública**, op cit.

¹⁹ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, op cit.

²⁰ OMS, “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”, en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>

información proveniente de la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 46,2% de la población es inactivo.²¹

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 practica deportiva, pero también cualquier otra actividad realizada durante el tiempo de ocio, en el trabajo o en las tareas domesticas. 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.²²

La actividad física regular mejora el bienestar físico y mental, disminuye el riesgo de obesidad y las enfermedades asociadas, y cuando se realiza por periodos prolongados de tiempo con una intensidad baja o moderada y se mantiene durante varios meses, no contribuye a una perdida de peso, aunque si se modifica la composición corporal, con disminución de la grasa corporal, aumento de la masa libre de grasa y menor balance energético. A demás, el ejercicio físico puede contribuir a reducir la grasa abdominal, disminuir las cifras de tensión arterial, mejorar la tolerancia a la glucosa y reducir la resistencia a la insulina. A su vez, influye sobre el metabolismo de las lipoproteínas, con una disminución del colesterol plasmático total, principalmente generando un aumento en los niveles de HDL o Lipoproteina de alta densidad. Este efecto se observa incluso con la practica de ejercicio suave, como pasear.²³

En la prevención secundaria de la cardiopatía coronaria, el ejercicio físico ayuda a controlar los factores de riesgo y mejora la capacidad orgánica del corazón, disminuyendo al necesidad de oxigeno, reduciendo la tensión arterial, y mejorándola calidad de vida.

La dieta y el ejercicio físico son responsables del 20 al 40 % de la variabilidad de la masa ósea. Actividades como andar, correr, saltar, los ejercicios de musculación con aparatos y el lanzamiento de peso tienen mayores efectos positivos sobre la masa ósea que otras actividades que implican menos carga o presión para el hueso. La inmovilización o el cese de la práctica deportiva conllevan la perdida de masa ósea. El ejercicio físico también tienen efectos psicológicos favorables; ayuda a aliviar

²¹ "Programa Nacional Argentina Camina", Ministerio de Salud, en: www.publicaciones.ops.org.ar

²² Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, op cit.

²³ Ibid.

tensiones diarias, mejora el estado de animo, estimula las relaciones sociales y, en general, favorece un mejor tono muscular.²⁴

La Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable y Vida activa de la Organización Mundial de la Salud y su adaptación para América Latina y el Caribe a través de la Organización Panamericana de la Salud²⁵, recomienda al menos 30 minutos de actividad física regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; al menos 5 días por semana reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer de colon y mama, y sin embargo, al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha reducido la actividad física.

Otro de los aspectos del estilo de vida que constituye un importante problema de Salud Pública en muchos países, es el consumo de alcohol. Está considerado como el quinto factor de riesgo más importante de muerte prematura e incapacidad.

*“Se calcula que en 2002 el uso nocivo del alcohol causó 2,3 millones de muertes prematuras en todo el mundo y un 4,4% de la carga mundial de morbilidad, incluso después de tener en cuenta los efectos protectores de su consumo bajo o moderado”.*²⁶

Habitualmente, las bebidas alcohólicas contribuyen en pequeña cantidad del aporte calórico de la dieta, aunque en los alcohólicos y grandes bebedores puede representar hasta el 40-50 % de la ingesta energética. El Etanol, es una fuente especial de energía que, a demás de contribuir al aporte calórico (7 kcal/gr), presenta importantes efectos farmacológicos y bioquímicas que pueden influir sobre otros aspectos de la nutrición y el metabolismo.²⁷ La ingesta moderada de bebidas alcohólicas se correlaciona positivamente con el peso corporal, y sin embargo, el consumo excesivo produce adelgazamiento, debido seguramente a un mayor catabolismo proteico, con equilibrio nitrogenado negativo y disminución de la ingesta de alimentos. Aumenta el riesgo de cáncer de vías respiratorias altas y el aparato digestivo así como también se asocia al cáncer de hígado. El alcohol también se asocia con los accidentes de transito, laborales y domésticos. La ingesta aguda de alcohol produce depresión del sistema nervioso central, inhibe la coordinación y el

²⁴ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, op cit.

²⁵ OMS, "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud", en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>

²⁶ OMS, "Consumo de bebidas alcohólicas", en: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/

²⁷ Luis Serra Majem, Javier Aranceta Bartrina, **Nutrición y Salud Pública**. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2da edición.

juicio objetivo, aumenta el tiempo de reacción y disminuye la capacidad y destreza para realizar tareas concretas. El consumo de pequeñas cantidades de alcohol se manifiesta por locuacidad, agresividad, hiperactividad y disminución de la capacidad de autocontrol. Si la ingesta continúa, en el estado de embriaguez se acentúan los signos mencionados y aparecen variaciones en el estado de ánimo, que pasa de la euforia a la agresividad y a la depresión. Disminuye su capacidad de atención y existe tendencia al sueño. El consumo de mayores cantidades puede llevar al estupor y al coma e incluso a la muerte por paro respiratorio, por otro lado, el consumo crónico de alcohol produce cuadros digestivos, como la cirrosis hepática, la pancreatitis, la gastritis y la úlcera péptica. También tiene efectos tóxicos sobre el sistema nervioso y puede producir otras patologías como miocardiopatía, cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago el carcinoma hepatocelular.²⁸

Se estima que el 3 % de la mortalidad por cáncer en el mundo se desarrollado es atribuible al consumo de alcohol. Con respecto a la prevalencia del consumo excesivo ocasional en algunos países de la Región, Argentina se encuentra ubicada en tercer lugar.²⁹

Uno de los principales problemas relacionados con el consumo crónico de alcohol es el Síndrome de Dependencia Alcohólica que engloba:

*” un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para tomar alcohol de manera continuada o periódica, con efecto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.*³⁰

Se ha estudiado la incidencia del consumo de alcohol en la mortalidad general de hombres y mujeres³¹ y observaron que el consumo moderado de alcohol, 2 copas de vino al día, reduciría la mortalidad general en los hombres y en particular la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por cáncer en relación con los no bebedores. Cuando el consumo excede esta cantidad, la mortalidad por todas las causas aumenta significativamente y en los grandes bebedores era mas elevada la mortalidad por cirrosis y patología hepática. En las mujeres la dosis protectora es inferior, ya que 1 copa de vino al día reduciría la mortalidad por enfermedad cardiovascular, pero esta misma dosis era suficiente para que fuera mas elevada la mortalidad por cáncer de mama. El grado de consumo más favorable se observaba en mujeres que realizaban

²⁸ Lluís Serra Majem, Javier Aranceta Bartrina, op cit.

²⁹ “Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina”, Ministerio de Salud, 2011, en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>

³⁰ Lluís Serra Majem, Javier Aranceta Bartrina, op cit.

³¹ Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, HealthCW Jr, et al. “Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US Adults”.

su consumo habitual de bebidas alcohólicas inferior a una copa de vino al día. Aunque no existe un consenso para definir que es un consumo moderado de alcohol, las guías dietéticas consideran consumo moderado de alcohol no más de 2 copas al día para los hombres, unos 24 gramos equivalentes de alcohol puro, y no más de una copa al día para las mujeres, una copa de alcohol es equivalente a 12 y 14 gramos de alcohol.³²

Las dimensiones adquiridas por el consumo de alcohol y sus repercusiones a todos los niveles hacen que exista unanimidad en reconocerlo como un problema de salud pública y algunas dificultades que se plantean son el fácil acceso a las bebidas alcohólicas por la población, su amplia distribución y bajo precio, y la aceptación social del consumo, reforzada por los mensajes publicitarios.³³

Según datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), se estima que en la Argentina hay casi 2 millones de alcohólicos y que por año mueren en el país unas 25 mil personas por causas relacionadas a Alcoholismo.³⁴

En la actualidad, el uso y abuso de drogas y tabaco es otro de los problemas de salud pública con el que se enfrenta la sociedad.

Existen varias acepciones del término droga. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define la droga como una sustancia, natural o química, que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración, ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular, es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico, experimentación de nuevas sensaciones, y al mismo tiempo, tiene capacidad para generar dependencia.³⁵

Las drogas se pueden clasificar atendiendo a diferentes aspectos entre los que se incluyen: origen como naturales, semisintéticas, sintéticas; situaciones sociológicas, por ejemplo, institucionalizada y no institucionalizadas; características de la dependencia psicológica, física y/o tolerancia; estructura química; acción bioquímica y metabólica, y acción farmacológica y efecto sobre el Sistema Nervioso Central, por ejemplo, estimulantes, depresoras y perturbadoras. Según esta última clasificación que es la más utilizada se pueden clasificar en tres grupos: Depresoras del Sistema Nervioso Central (se incluyen los opiáceos, los barbitúricos, las benzodiazepinas y el

³² "Dietary Guidelines for Americans", US Department of Health and Human Services, en: <http://www.usda.gov./cnpp/Pubs/DG2000/Index.htm>

³³ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, op cit.

³⁴ "Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina", Ministerio de Salud, 2011, en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>

³⁵ Dupetit, S. **La adicción a las drogas**. 1º edición. Ed. Salto Ediciones. Buenos Aires 2001

alcohol); Estimulantes del Sistema Nervioso Central que se subdividen a su vez en dos grupos; estimulantes de la vigilancia y del humor. En el primer grupo se consideran los de mayores efectos tales como la anfetamina, la cocaína y derivados, y los de menor efecto como la cafeína y la nicotina. Dentro de los estimulantes del humor se encuentran los antidepresivos; y por último encontramos los perturbadores del Sistema Nervioso Central que son sustancias que modifican la percepción de la realidad como cannabis y los alucinógenos entre los que se destaca el LSD o dietilamina del ácido lisérgico. Igualmente las drogas nunca producen un solo efecto, sino que depende de varios factores como la personalidad, la idiosincrasia del individuo, la vía de administración, la frecuencia de consumo y la dosis empleada.³⁶

Los productos del tabaco son los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo, que es un estimulante del Sistema Nervioso Central.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

El tabaco mata hasta la mitad de los fumadores, y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad, el la causa de muerte más prevenible. El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica, la principal causa mundial de muerte, son atribuibles al consumo de tabaco. Más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en 2030. La mitad de los más de 1000 millones de fumadores morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco.³⁷

La mayoría de los peligros del tabaco no se evidencian en la salud del fumador hasta años o incluso décadas después de iniciarse el consumo y no solo afecta al fumador sino al no fumador expuesto. Sin embargo, se consume habitualmente en todo el mundo debido a que se vende a bajo precio, se comercializa de forma agresiva, no se toma conciencia sobre los peligros que entraña y las políticas públicas contra su consumo son incoherentes.

La Argentina posee una de las tasas de tabaquismo más alta de América Latina. Según una información recogida por el Ministerio de Salud de la Nación en 2005, la Ciudad de Buenos Aires presenta la siguiente prevalencia, hombres fumadores 34 % y

³⁶ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, op cit.

³⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), “¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?”, en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html

mujeres fumadoras 30,1%. El consumo de tabaco en la población de 18 a 24 años es de 37,3%; siendo los jóvenes la franja de mayor prevalencia de América Latina y la población de más de 65 años la de menor consumo (8%).³⁸

Hoy, en el mundo, uno de cada tres habitantes fuma, lo que equivale a 1.300 millones de personas. El 80 % vive en países de ingresos medios y bajos. Es decir que la epidemia del tabaco se desplaza hacia los sectores pobres del mundo.

El impacto del tabaco en la mortalidad de la población Argentina es significativo, 16 de cada 100 muertes son por ésta causa.³⁹

La inactividad física, la alimentación desequilibrada se pueden complementar con otros factores perjudiciales para la salud como , por ejemplo, el tabaquismo y el consumo de drogas y conformar un patrón de estilo de vida nada saludable.⁴⁰ Promocionar la importancia fundamental de la nutrición, actividad física y estilos de vida saludables sobre nuestra salud, es el cometido de la Nutrición en Salud Publica y lograr que el mayor número de personas posibles lleven un estilo de vida saludable, para así contribuir a la reducción de las enfermedades crónicas mas frecuentes hoy en día.⁴¹

A principios del siglo XX, las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas. Sin embargo, en la actualidad, son las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, las principales causas de muerte. Y estas son enfermedades que están relacionadas con los comportamientos de las personas, como fumar, abusar del alcohol, alimentación inadecuada, falta de ejercicio o falta de capacidad para manejar el estrés. Si realmente queremos acabar con ellas, es necesario actuar directamente sobre dichas causas e intervenir de manera preventiva, incidiendo directamente sobre el comportamiento de las personas.⁴²

³⁸ "Tabaquismo en Argentina, una enfermedad prevalente", en:
<http://www.uba.ar/extension/salud/difusion/nota47.php>

³⁹ Ibid

⁴⁰ Muller Manfred J., Trautwein, Elke A, **Nutricion y Salud Publica**, Editorial ACRIBIA, S.A, Zaragoza, España, pag 143 y 144.

⁴¹ Ibid

⁴² "¿Qué es la psicología de la salud?" En:
http://motivacion.about.com/od/Cuerpo_mente/a/Que-Es-La-Psicologia-De-La-Salud.htm

Capítulo 2

Autoconcepto



Desde el siglo XIX, los médicos han utilizado métodos basados en la experimentación y la observación rigurosa para identificar las causas de las enfermedades. El médico, por lo tanto, intenta explicar los síntomas y las molestias del enfermo a través de una alteración anatómica, de un desorden psicopatológico o de las respuestas a la invasión por un microorganismo para intentar, de esta forma, corregir la anomalía. Este modelo de actuación aún cuando ha contribuido a mejorar el bienestar de los enfermos, carece de instrumentos que resuelvan o alivien los problemas de salud relacionados con el ámbito psicológico y social, por lo que surge un nuevo modelo de comprensión de la enfermedad; el modelo biopsicosocial. Este modelo incluye diferentes niveles de organización, por ejemplo, psicosociales y biológicos; que confluyen en un punto central: la persona.¹

En 1948, en el Preámbulo de su constitución, la OMS describió la salud como:

*“un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.*²

Esta definición incluye las áreas mental y social como componentes de la salud. Milton Terris, un epidemiólogo norteamericano, consideraba que la salud constaba de dos componentes: uno subjetivo o de bienestar; esto es, el hecho de sentirse bien en diferentes grados y otro objetivo, que identifico con la capacidad de funcionamiento.³

Las decisiones que toman las personas están determinadas por una gran variedad de factores. Creencias individuales, amigos y familia, leyes, normas, y medio ambiente son factores que ayudan a establecer el desarrollo de su vida y su comportamiento.⁴ En la estrategia ecológica para la Promoción de la Salud, se admite que el comportamiento saludable depende de múltiples niveles de influencia, incluidos los factores personales y los ambientales y reconoce la importancia de los factores individuales en el establecimiento del comportamiento nutricional.⁵

En las últimas décadas se ha venido subrayando la importancia del autoconcepto en el bienestar psicosocial desde diferentes ámbitos de la Psicología. Los psicólogos clínicos, los psicólogos de la educación, los psicólogos sociales, defienden la

¹ Revuelta Colomer Concha y Alvarez-Dardet Diaz Carlos, **“Promoción de la salud y cambio social”**, editorial Elsevier Masson, España, p. 7

² Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946), en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=142#12

³ Revuelta Colomer Concha y Alvarez-Dardet Diaz Carlos, op cit.

⁴ Gibney Michael, Margetts Barrie, Kearney John M., Arab Lenore, **“Nutrición y Salud Pública”**, Editorial ACRIBIA, S.A, Zaragoza, España. p. 119

⁵ Ibid.

importancia de este constructo en la explicación del comportamiento humano pero, en su relación con la salud, los estudios iniciales se deben a Fitts (1972) y a Burns (1979).

“El autoconcepto es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual, es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto” (Rosenberg, 1979).⁶

El autoconcepto se forma por la imagen que tenemos de nosotros mismos y la información que recibimos de los demás en relación con nuestra persona. El constructo incluye ideas, imágenes y creencias que uno tiene de sí mismo, imágenes que los demás tienen del individuo, imágenes de cómo el sujeto cree que debería ser e imágenes que al sujeto le gustaría tener de sí mismo.⁷ Costumbres, creencias, principios y el abanico inmenso de las prioridades de la sociedad y los valores de la cultura en la que crecemos y vivimos, impregnan y modelan el concepto que formamos de nosotros mismos. Es un conjunto de representaciones y de juicios referidos a uno mismo en distintos aspectos: corporal, psíquico, comportamental y social. Es una noción sobre las capacidades, las limitaciones, las aspiraciones, las motivaciones y los temores que se tienen.

El concepto de uno mismo, a pesar de ser algo fundamentalmente privado, lo representamos en el abierto escenario social a través de nuestra apariencia física, expresiones, actitudes y comportamientos.⁸ Engloba tanto la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, autoimagen, como los sentimientos que dichas imágenes suscitan, autoestima. La autoimagen sería el aspecto cognitivo del autoconcepto, y la autoestima la dimensión afectiva del mismo.⁹

⁶ García Fernando y Musitu Gonzalo, AF5, Autoconcepto Forma 5, **Publicaciones de Psicología Aplicada**, TEA ediciones, 2da edición, Madrid, 2001, p.5

⁷ “Yo, Autoestima, Autoconcepto” en: www.cepmotilla.es/tutor/gades/gades_autoestima.pdf

⁸ Romo Donaire Ana Maria, “Imagen corporal, Alimentación y Calidad de vida”, Departamento de Psicología de la Salud, en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3765/1/PowerPoint%20-%20TEMA4.pdf>

⁹ Pappaletlera Norma beatriz, Kepic Adriana, **El autoconcepto profesional en la formación docente**, capítulo 1, p. 1.

Los factores que determinan el autoconcepto se resumen en la siguiente tabla:

Cuadro Nº 1: Factores que determinan el Autoconcepto

A U T O C O N C E P T O	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ACTITUD O MOTIVACION: tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad. ➤ ESQUEMA CORPORAL: idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos. ➤ APTITUDES: capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.). ➤ VALORACION EXTERNA: consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc.
--	---

Fuente: Resines Ortiz Raquel, *¿Qué es la Autoestima?* En: <http://www.xtec.es/~cciscart/annexos/queesautoestima.htm>

Epstein (1981)¹⁰, tras hacer una profunda revisión de una serie de autores y para poder tener una idea más clara sobre el autoconcepto, destaca como más sobresalientes sus principales características: Es una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico; no es innato, se va formando con la experiencia y la imagen proyectada en los otros y se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas y puede modificarse con nuevos datos, proveniente de una reinterpretación de la propia personalidad o de juicios externos. El autoconcepto es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas o comportamientos de las personas. Además, como atributo dinámico se ve retroalimentado positiva o negativamente por nuestro entorno social, siendo determinante las opiniones o valoraciones de las personas con las que entablamos relaciones íntimas esto es nuestra pareja, familia, amigos.

El mismo evoluciona en las distintas etapas de crecimiento. Los niños pequeños se ven de acuerdo a su apariencia física pero no tienen percepción de sus características de personalidad. A medida que van madurando van pasando de una percepción fragmentada de si mismos a una más abstracta, organizada y objetiva que

¹⁰ Mc Coach D. (2002) *“Factors that differentiate under achieving gifted students from high-achieving gifted student”*. New York. International Edition.

incluyen características psicológicas. Al entrar en la adolescencia se comienza a pensar en uno mismo en términos de valores abstractos y actitudes¹¹.

El autoconcepto en la infancia y adolescencia puede estar especialmente condicionado por la imagen corporal o autoconcepto corporal. Si la imagen corporal es importante siempre, dado que la primera impresión que tenemos de los otros es a través de su apariencia física, lo es mucho más durante la adolescencia (Shelenker, 1982 y 1985). Muchos adolescentes se inquietan y preocupan por su cuerpo y los cambios rápidos que experimentan no dejan de producirles cierta perplejidad, extrañeza y cierta inquietud. El crecimiento desproporcionado de sus extremidades, el cambio de voz en los chicos, y todo lo que es el cambio físico, les hace sentir su cuerpo como ajeno a sí mismos, encontrándose en la necesidad de reelaborar el propio esquema corporal. Además, la ansiedad generada por el cambio en lo corporal se ve reforzada por unos poderosos medios de comunicación que presentan un cierto ideal físico de hombre y de mujer, necesario para triunfar en la vida, según los cánones de belleza del momento. Autoaceptarse como uno es, es la condición fundamental de la autoestima y la autorrealización. Esta aceptación, hecha con lucidez, sinceridad y valentía, constituye el fundamento de una vida sana¹².

Según un estudio realizado en España, el autoconcepto va variando según el ciclo vital. Los resultados indican que las percepciones en las escalas de habilidad física y condición física van disminuyendo desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años; y, en la muestra de mujeres las percepciones de las escalas atractivo físico y autoconcepto físico general van mejorando paulatinamente desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años.¹³

Según diversos autores el autoconcepto físico experimenta un curso propio de desarrollo evolutivo internamente diferenciado en varios dominios (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004), guarda relación con los riesgos de padecer trastornos de conducta alimentaria (Goñi y Rodríguez, 2004) y muestra sensibilidad para captar diferencias asociadas a variables como el género, la edad, la frecuencia y el tipo de actividad deportiva o el índice de masa corporal (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004).¹⁴

¹¹ Pappalettera Norma beatriz, Kepic Adriana, **El autoconcepto profesional en la formación docente**, capítulo 1, p. 3-4, en: <http://www.formadores.org/RFautoconcepto.pdf>

¹² "Yo, Autoestima, Autoconcepto" en: www.cepmotilla.es/tutor/gades/gades_autoestima.pdf

¹³ Esnaola Etxaniz, Igor, "El Autoconcepto Físico durante el ciclo vital", Universidad de Murcia, 2008, en: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/8148>

¹⁴ Arantzazu, Goñi Alfredo, Ruiz de Azua Sonia, "Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia", **Intervencion Psicosocial**, vol 15, nº 1 Madrid 2006.

Uno de los aspectos más conflictivos y polémicos en los últimos años, es el relacionado con la multidimensionalidad del autoconcepto. Esta cuestión, ha sido objeto de dos aproximaciones diferentes: algunos autores plantean una dimensión única, haciendo hincapié en los aspectos más globales (Marx y Wynne, 1978; Coopersmith, 1967); mientras que otros consideran que se trata de una estructura multidimensional y jerárquica (Shalvenson, Hubner y Stanton, 1976; Musitu, García y Gutierrez, 1991). Un modelo teórico alternativo que ha gozado de gran aceptación, es el modelo jerárquico y multifacético de Shalvenson, Hubner y Stanton (1976). Estos autores conciben el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que el mismo hace de su propia conducta.¹⁵

Estos autores definen siete características básicas del autoconcepto:

Cuadro N°2: Características del Autoconcepto

A U T O C O N C E P T O	1. Organizado	El individuo adopta un sistema de categorización particular que da significado y organiza las experiencias de la persona; las categorías representan una forma de organizar las experiencias propias y de atribuirles un significado. Una característica del autoconcepto es, en consecuencia, que está estructurado.
	2. Multifacético	El sistema de categorización parece incluir áreas tales como la escuela, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades sociales y físicas
	3. La estructura puede ser jerárquica	Sus dimensiones tienen diferentes significados importancia en función de los valores y de la edad de los sujetos. El autoconcepto global es relativamente estable. Su variabilidad depende de su ubicación en la jerarquía, de manera que las posiciones inferiores son mas variables.
	4. El Autoconcepto global es relativamente estable	Su variabilidad depende de su ubicación en la jerarquía, de manera que las posiciones inferiores son mas variables.
	5. Experimental	Se va construyendo y diferenciando a lo largo del ciclo vital del individuo
	6. Tiene un carácter evaluativo	La dimensión evaluativa varia en importancia y significado dependiendo de los individuos y las situaciones. Esta valoración diferencial depende, probablemente, de la experiencia pasada del individuo en una cultura y sociedad particular, en una familia, etc
	7. Diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente	Ejemplo: habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales, etc.

Fuente: García Fernando y Musitu Gonzalo, **AF5, Autoconcepto Forma 5**, Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA ediciones, 2da edición, Madrid, 2001, pag. 6

¹⁵ García Fernando y Musitu Gonzalo, op cit.

A partir de este modelo, otros investigadores han descrito modelos multidimensionales diferentes en la forma, aunque no en el contenido. (Harter, 1982; Pallas, Entwisle, Alexander y Weinstein, 1990; Musitu). El modelo de AF5, se caracteriza por su multidimensionalidad y plantea 5 dimensiones del autoconcepto.

Cuadro N° 3: Dimensiones del Autoconcepto

A U T O C O N C E P T O D I M E N S I O N E S	Académico-laboral	Percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión hace referencia a dos ámbitos o escenarios: el académico y el laboral, que en realidad, en este caso específico, es más una diferenciación de periodos cronológicos que de desempeño de roles, puesto que ambos contextos, laboral y académico, son dos contextos de trabajo. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o el trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores como buen trabajador o buen estudiante y, el segundo, se refiere a las cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto como inteligencia, estima, buen trabajador/a.
	Social	Percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla, el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales.
	Emocional	Percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional y la segunda a situaciones más específicas, donde la otra persona implicada es de un rango superior como profesor, director, etc.
	Familiar	Percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en los dominios importantes de las relaciones familiares como son: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares.
	Físico	Percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social, física y de habilidad y el segundo hace referencia al aspecto físico, como atracción, gustarse, elegante. Un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. El autoconcepto físico experimenta un curso propio de desarrollo evolutivo internamente diferenciado en varios dominios (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004), guarda relación con los riesgos de padecer trastornos de conducta alimentaria (Goñi y Rodríguez, 2004) y muestra sensibilidad para captar diferencias asociadas a variables como el género, la edad, la frecuencia y el tipo de actividad deportiva o el índice de masa corporal (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004). sonal o la física ¹⁶ .

Fuente: Fuente: García Fernando y Musitu Gonzalo, **AF5, Autoconcepto Forma 5**, Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA ediciones, 2da edición, Madrid, 2001, pag. 6

¹⁶ Ibid.

Como se mencionó anteriormente, un término íntimamente relacionado con el autoconcepto es el de autoestima. La autoestima expresa:

*“El concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación. El sujeto se autovalora según unas cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. La autoestima es una conclusión final del proceso de autoevaluación; el sujeto tiene de sí mismo un autoconcepto, si después pasa a autoevaluarse e integra valores importantes, esto es, se valora en más o menos, se infra o sobrevalora, decimos que tiene un nivel concreto de autoestima (Musitu, Roman y Gracia, 1988)”.*¹⁷

Es decir, la autoestima es el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo. Las impresiones, evaluaciones y experiencias se pueden agrupar en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos, autoestima alta, o por el contrario, en una incómoda sensación de no ser lo que esperábamos, autoestima baja. Por lo tanto cuando hablamos de autoconcepto y autoestima, hacemos referencia a dos dimensiones, por un lado la cognitiva, referente al autoconcepto, y la afectiva, que hace referencia a la autoestima.¹⁸ El autoconcepto tiene un carácter evaluativo ya que la valoración que una persona hace de sí misma es una consecuencia lógica de la propia imagen, por lo que, mejorando ésta, se mejora el nivel de autoestima y viceversa. Una persona con percepción negativa de sí misma tiene una autoestima negativa.¹⁹

La autoestima, se articula en base a tres componentes: el componente cognitivo, es el autoconcepto personal, la descripción que tiene cada uno de sí mismo en las diferentes dimensiones de su vida e incluye la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta, así como las ideas, creencias, etc. sobre sí mismo; el componente afectivo que supone un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales, la respuesta afectiva ante la percepción de uno mismo y el componente conductual que es el proceso final de la valoración anterior, que se plasma en la decisión e intención de actuar.

¹⁷ García Fernando y Musitu Gonzalo, **AF5, Autoconcepto Forma 5**, Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA ediciones, 2da edición, Madrid, 2001, p. 5

¹⁸ Ibid.

¹⁹ “La motivación, la autoestima y el autoconcepto”, en El Estudiante Exitoso. Técnicas de estudio paso a paso. MMIV Editorial Oceano, (2004). España, en: <http://asesoriaiesen2009.files.wordpress.com/2009/08/05-motivacion-autoestima-y-autoconcepto.pdf>

Branden (1981) afirma que la autoestima incluye dos aspectos básicos: El sentimiento de autoeficacia y el sentimiento de ser valioso. La autoestima sería la convicción de que uno es competente y valioso para otros. La autovaloración involucra las emociones, los afectos, los valores y la conducta. Cuando la persona se juzga mal, de alguna manera este juicio configura un autorrechazo, que con frecuencia induce a la persona a conductas destructivas para sí misma y para los demás.²⁰

El autoconcepto o concepto que uno tiene de sí mismo, y la autoestima o valoración que uno hace de sí mismo desempeñan un papel muy importante en la vida de las personas: todo lo que le ocurre a un ser humano, su forma de ser y de pensar, todo se ve influido en mayor o menor grado: por el autoconcepto y la autoestima. Poseer un nivel razonable de autoestima y un autoconcepto positivo es fundamental porque ambos influyen poderosamente en la conducta.²¹

Por ejemplo, son muchos los trabajos que han relacionado las conductas de salud y el autoconcepto. En el ámbito clínico, se han realizado estudios sobre los trastornos alimenticios y el autoconcepto, constatándose que el bajo autoconcepto está presente en este tipo de conductas (Gual, Pérez, Martínez, Lahortiga, Irala y Cervera, 2002)²².

También se ha observado que el autoconcepto se relaciona negativamente con problemas tan variados como: la adicción al tabaco (Ferrerías, Guzmán y Carulla, 1998) y al alcohol (Izquierdo, 2001), las dificultades en la relación con los padres (Musitu y García, 2004) y los hermanos (Arranz, Yenes, Olabarrieta y Martín, 2001), el bajo rendimiento académico (Rodríguez, Cabanach, Valle, Núñez y González-Pienda, 2004) y la violencia doméstica (Aznar, 2004).²³

Por lo tanto, para lograr cambios en la conducta debemos incorporar la dimensión psicológica en todo ámbito de acciones en salud, especialmente en las de prevención y promoción, como por ejemplo lograr cambios en los Estilos de Vida de las personas. En la comunicación que se establezca a través de una adecuada relación nutricionista-paciente radica una clave esencial para el éxito de la intervención en salud; esto es especialmente cierto en ciertas materias tan complejas como el cumplimiento de tratamientos prescritos o adhesión al tratamiento, mucho más cuando este tratamiento involucra medidas complejas y de difícil aplicación, como el

²⁰ Manchargo J.S (1991) **El profesor y el autoconcepto en el aula**. Ed. Escuela Española, 1991.

²¹ "La motivación, la autoestima y el autoconcepto", op cit.

²² García Fernández Jose, Musitu Gonzalo, Veiga Feliciano "Autoconcepto en adultos de España y Portugal", Universidad de Valencia, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla) y Universidad de Lisboa (Portugal) **Psicothema** 2006. Vol. 18, nº 3

²³ Ibid.

caso del cambio de los estilos de vida que los profesionales de salud suelen recomendar a las personas. La entrevista Motivacional es una herramienta útil para el profesional de salud, para todos los profesionales que participen en la atención primaria y no exclusivamente para quienes tienen una formación de tipo psicológico. Se centra en el paciente que le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia los estilos de vida más saludables. Se intenta lograr que el paciente desarrolle al máximo su motivación por el cambio de comportamiento, que el paciente resuelva la ambivalencia frente al cambio, adoptando una decisión positiva de cambiar, que el paciente disminuya la resistencia a cambiar, que el paciente incremente la confianza en sus propias capacidades, que el paciente decida por sí mismo las metas de cambio, y que el paciente adopte las medidas necesarias para convertir en realidad su intención de cambio.²⁴

Por todo lo expuesto anteriormente, es que se recalca la importancia del autoconcepto con factor influenciado en el mantenimiento de estilos de vida saludables en las personas. Poseer un nivel razonable de autoestima y un autoconcepto positivo es fundamental porque ambos influyen poderosamente en la conducta y comportamientos de las personas. Cabe recordar que la salud de las personas es el estado de bienestar tanto físico como social y mental, donde la dimensión psicológica es tan importante como las otras y el rol del Nutricionista como Promotor de Estilos de Vida Saludables debe incluir un trabajo interdisciplinario y abarcar a la persona en todas sus dimensiones.

²⁴Florez Alarcon Luis, Carranza William Andrés, “La entrevista Motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles”, **Avances en Psicología Latinoamericana**, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, 2007, en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79925205>

Capítulo 3

Hábitos Alimentarios y Recomendaciones Nutricionales



En el informe de 2002 sobre "Salud en el mundo: reducción de riesgos y promoción de estilos de vida saludables" (World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life), la OMS asegura que, de los diez riesgos actuales de mayor perjuicio para la salud en el mundo, seis relacionados de forma directa con la alimentación. Estos riesgos tal y como están enumerados en el informe son, por orden de importancia: la hipertensión, el alcohol, las deficiencias en agua y saneamiento, el colesterol elevado, la deficiencia de hierro, la obesidad y el sobrepeso.¹

Además, la alimentación está muy relacionada no sólo con la salud y la esperanza de vida, sino también con la calidad de esta esperanza de vida. Ésta es una de las conclusiones del "Informe sobre salud y alimentación en Europa 2004" de la OMS (Food and health in Europe 2004). En él se afirma que de las causas patológicas que suponen pérdida de años de vida sana con respecto a las expectativas, el 41% responde a enfermedades que tienen un componente nutricional muy importante, como enfermedades cardiovasculares (61%) o diabetes mellitus (5%), junto con algunos cánceres y tumores (32%) y deficiencias nutricionales (2%). El 38% corresponde a enfermedades con un componente nutricional menos relevante, como desórdenes neuropsiquiátricos (51%), enfermedades respiratorias (13%), infecciones y parasitosis (10%), trastornos digestivos (9,5%), infecciones de las vías respiratorias (6,8%), etc., y un 21%, a dolencias en las que los aspectos dietéticos no tienen una especial notabilidad como enfermedades musculo-esqueléticas, aspectos o condiciones perinatales, u otros.²

A lo largo de la última mitad del siglo XX el patrón de consumo alimentario predominante en los países desarrollados ha evolucionado progresivamente caracterizado por un consumo elevado de alimentos de origen animal, por la presencia de gran cantidad de alimentos precocinados, productos refinados y de alta densidad energética y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos integrales y de origen vegetal. La traducción nutricional de este cambio se manifiesta por un aumento progresivo de la ingesta energética a partir de la grasa total, grasas saturadas e hidratos de carbono simples. Por el contrario, la disminución en el aporte porcentual de energía a partir de hidratos de carbono complejos y de las proteínas de origen vegetal es un hecho generalizado en las sociedades modernas.³

¹ "La Alimentación como condicionante de la Salud" en.. <http://www.nutricionsana.com/wp-content/uploads/2010/10/alimentacion-condicionante-salud.pdf>

² Ibid

³ Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, **Nutrición y Salud Pública**. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2da edición, pag 684.

Las sociedades urbanas han incorporado estilos de vida sedentarios y un consumo de alimentos ricos en lípidos, azúcar, pobres en fibras y micronutrientes. En este sentido, Latinoamérica, ha cambiado de una condición de alta prevalencia de bajo peso y déficit de crecimiento hacia un escenario marcado por un incremento de la obesidad que acompaña a enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes y cáncer.

Según la Organización Mundial para la Salud, el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2008, 1500 millones de adultos, de 20 y más años, tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.⁴

Argentina, como otros países de Latinoamérica, se encuentra en un estado avanzado de transición nutricional, lo que tiene su reflejo en la coexistencia de deficiencias nutricionales junto a incremento de sobrepeso y obesidad. En los años '80, tornó hacia el problema del acceso económico a los alimentos. Este momento fue coincidente con el paradigma de desnutrición calórico-proteica y el auge de programas de distribución directa de alimentos a la población pobre. Luego, ya en los '90 el concepto de "hambre" fue progresivamente reemplazado por el de desnutrición "oculta", denominación que reciben ciertas manifestaciones de carencias de micronutrientes. Las personas, aún pobres, no necesariamente comen poco pero sí mal, de forma tal que las manifestaciones de hambre agudo son menores que otras formas de malnutrición: la talla disminuida en los niños, diferentes carencias de nutrientes esenciales y, más recientemente, el sobrepeso y obesidad.⁵

La problemática nutricional argentina es clara expresión de un proceso avanzado de transición nutricional: sobran calorías y proteínas, pero en una dieta con un estándar de calidad que debe mejorar. En la región latinoamericana, desde los '60 pero en especial en los últimos 20 años aumentó un 15% la disponibilidad per cápita de calorías y prácticamente se duplicó el número de países con más de 2500 calorías

⁴ "Obesidad y sobrepeso", Organización Mundial para la Salud, en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

⁵ Britos, Sergio, "Seguridad Alimentaria Nutricional en la agenda política de una Argentina nuevamente en crisis", en:
http://www.nutrinformacion.com/pagina/info/seguridad_alimentaria_argentina_en_crisis.pdf

diarias por persona. La monotonía que caracteriza al patrón alimentario argentino es causa común y el punto de unión entre las deficiencias y la obesidad. No más de 25 alimentos concentran el 90% de las calorías consumidas. La canasta argentina de frutas y verduras es por demás limitada; la integran no más de 5 o 6 productos. Otro tanto sucede con lácteos y carnes, fuertemente concentradas en las de origen vacuno. El resto incluye muchos derivados refinados de cereales, pan y azúcares y grasas añadidas a los alimentos.⁶

Un denominador común de los problemas nutricionales descriptos es la monotonía alimentaria, la alta dependencia de pocos productos básicos como trigo, carne vacuna, aceite de girasol, papa y la escasa variedad de alimentos y comidas que conforman el típico menú argentino que incluyen milanesas, asado, pastas, ensalada de lechuga, tomate, papa y cebolla, pan, pizza, sándwiches al paso, tartas con un bajo consumo de verduras y frutas frescas, granos enteros, legumbres, diversidad de quesos y otros lácteos o aceites diferentes al girasol.⁷

Según Patricia Aguirre, ahora los ricos son flacos pero sanos, pues tienen acceso a dietas “light”, restringidas en calorías pero ricas en micronutrientes derivados de frutas, verduras y semillas mientras que los pobres en cambio deben contentarse con los hidratos de carbono, azúcares y grasas de los productos baratos que pueden comprar en el mercado o adquirir a través de los bolsones de comida repartidos por el estado. Frutas, verduras y carnes no son alimentos que abunden en sus dietas debido a sus altos precios de mercado. Los pobres ya no son los flacos hambrientos, sino gordos desnutridos, pues su dieta no es carente de calorías sino de micronutrientes.⁸ Debemos tener en cuenta que lo que abunda en el mercado a precios accesibles son grasas e hidratos de carbono baratos: fideos, arroz, grasa animal, y toda clase de productos industriales rebosantes de estas sustancias. Por esta razón lo general es la mala nutrición, que junto con el sedentarismo, dan como consecuencia la obesidad.⁹

Por otro lado, actualmente no elegimos los alimentos porque sabemos que son buenos sino porque las propagandas, los médicos que en ellas participan y los sistemas expertos así lo dicen. Las personas se enfrentan con muchos alimentos nuevos porque la industria alimentaria va cada vez más lejos. Se fusionan ahora

⁶ Britos Sergio, “Seguridad Alimentaria Nutricional , Tres ejes para repasar el concepto”, en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/tresejesdelconceptodeseguridadalimentaria.pdf>

⁷ Britos Sergio, **Nutrición y Salud como conceptos de innovación**, Énfasis Alimentación, año XIV, junio 2008, pp 24-31

⁸ Aguirre Patricia, “Inversión de los cuerpos de clase. Los obesos de la pobreza y las enfermedades metabólicas”, en:

<http://www.antropocaos.com.ar/documentos/ResumenClase6.pdf>

⁹ Ibid

alimentos con productos farmacéuticos, lo que han sido llamados por algunos investigadores nutricéuticos, como respuesta a las enfermedades actuales, cardíacas, obesidad, etc. Es una demanda que generaron las empresas alimentarias que encontraron un nuevo nicho para explotar. Muchas veces son las mismas empresas productoras de alimentos ricos en azúcares y grasas las que empiezan a fabricar alimentos para adelgazar. Por otro lado se ha perdido la comensalidad, el comer compartiendo la comida en grupo, que estaba presente desde el momento en que nos convertimos en humanos. Facilitado por las comidas rápidas y los snacks, es cada vez más común el picoteo como forma de comida. Por otro lado el trabajo en las ciudades no suele permitir regresar a las casas, el almuerzo en familia puede ser reemplazado por almuerzos comunes con los compañeros de trabajo, o por la comida en soledad de algún tentempié.¹⁰

Según Patricia Aguirre¹¹, en los más pobres y en consonancia con las restricciones del acceso, la existencia de un ideal de cuerpo fuerte, alimentos rendidores, que al mismo tiempo sean baratos, den sensación de saciedad y gusten y comensalidad extendida desde el hogar al grupo de pares condiciona el consumo de un tipo de alimentos como pan, papas, fideos, carnes grasas, azúcar, mate, limitadas frutas y verduras e inexistentes carnes blancas organizados en “comida de olla” como guisos y sopas sobre las que se construye un gusto de lo necesario para evitar siquiera desear lo que se considera imposible de obtener.

Por otro lado, entre los sectores de ingresos medios las representaciones cambian y el tipo deseable del cuerpo es lindo, flaco en el aspecto, al que se espera alimentar con productos ricos, azúcares y grasas, con una comensalidad familiar. Estos principios de inclusión son tan imposibles de cumplir que son los principales consumidores de dietas de todo tipo.¹²

El sector de ingresos altos en cambio busca un cuerpo sano, que en el aspecto es también flaco, al que debe idealmente alimentar con productos light en una comensalidad individual, donde cada uno se haga responsable de su salud futura, para lo que debe regular hoy su comida. El problema es que este sector crea los estilos de vida imitables para el resto de la población, imponiendo patrones de belleza delgados imposibles de lograr con el consumo limitado por el acceso de los más pobres quienes con ingresos magros y representaciones que los justifican construyen

¹⁰ Ibid.

¹¹ Aguirre Patricia, “La seguridad alimentaria” en:
<http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Aguirre.pdf>

¹² Ibid

canastas de consumo llenas de hidratos de carbono, grasas y azúcares que los llevan a una obesidad de la escasez, dando vuelta el sentido de los cuerpos de clase de los últimos siglos donde la posición social era directamente proporcional al tamaño de la cintura.¹³

La sociedad moderna sobrevalora la estética corporal y asocia el concepto de delgadez con el de éxito profesional y felicidad. Por otro lado, el aumento de horas fuera del hogar, la mecanización de la vida cotidiana con la utilización de ascensores, escaleras mecánicas, electrodomésticos, controles remotos, y la inserción laboral y profesional de la mujer, el aumento de horas en la jornada laboral, etc., son todos factores que han traído aparejados una disminución en el gasto energético diario y un mayor consumo de alimentos industrializados y fuera del hogar. Estos últimos suelen ser alimentos con mayor densidad energética a expensas, principalmente, de hidratos de carbono y grasas. Teniendo todo esto en consideración, se observa que la obesidad es una consecuencia directa e ineludible, si no se toman medidas higiénico-dietéticas necesarias, en las sociedades actuales.¹⁴

Estas estrategias de consumo explican por que en la Argentina, existen dos tipos de problemas nutricionales, unos por exceso y otros por déficit. En el primer caso encontramos las enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares donde los estilos de vida de la población adulta están estrechamente relacionados con la alimentación, y cada vez se dan a edades mas tempranas. En el segundo caso, se trata de enfermedades como la desnutrición crónica o la ausencia de nutrientes específicos. Ambos problemas se pueden prevenir con una alimentación saludable y equilibrada.

La alimentación es un proceso voluntario, educable y muy influenciado por factores sociales, económicos, culturales, etc.¹⁵ Se diferencia de la nutrición que es el conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina los nutrientes contenidos en los alimentos siguiendo siempre el mismo curso, salvo que esté alterado, ya que no es voluntaria y por tanto no es educable.

Por lo tanto, el hombre al alimentarse no solo se alimenta en función de condicionantes instintivos, sino que también tienen una gran influencia sobre la alimentación los factores sociales, económicos, religiosos, como por ejemplo: el

¹⁴ Gabin de Sardoy Maria de las Mercedes "Productos alimentarios dietéticos en la sociedad moderna. Utilidad e impacto en la alimentación hipocalórica en adultos".
Diaeta vol.27 no.128 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./set. 2009

¹⁵ Martinez Alfredo, Astiasarán Iciar, Madrigal Herlinda, **Alimentacion y Salud Publica**, 2da edicion.

aspecto físico de los alimentos como color, sabor que los hace mas o menos apetecibles, factores psíquicos, que incluye rechazos, anorexia nerviosa/bulimia, aspectos culturales, sociales, antropológicos, religiosos, aspectos económicos como porcentaje de gastos familiares destinados a la alimentación, el hábitat incluyendo diferencias según el clima, alimentación urbana/rural, el nivel de instrucción, la mercadotecnia y comercialización de alimentos y cambios en la estructura familiar donde el trabajo de la mujer fuera del hogar hace que se realicen las comidas fuera de casa, que se consuman mas alimentos conservados o precocinados, que los niños coman en los colegios, etc.¹⁶

El alimento posee tres dimensiones significativas: es un producto nutritivo, dimensión biológica, porque es capaz de nutrir, es un producto apetecible, dimensión psicológica, porque es capaz de satisfacer el apetito y es un producto acostumbrado, dimensión cultural porque es capaz de insertarse en costumbres y hábitos y se le confiere una significación simbólica, un tono emotivo, que suele ser común para un grupo de gente porque están relacionado con la cultura. La conducta alimentaria en determinado momento es el resultado de relaciones sinérgicas entre ambientes biológicos, ecológicos y socioculturales. El que, el cuando, el donde y por qué comemos están ligados a los significados emocionales, sociales y míticos del alimento.¹⁷

El nivel de conocimiento en temas relacionados con alimentación y nutrición es un importante determinante de los hábitos de consumo alimentario a nivel individual. Es lógico pensar que cuanto mayor sea la formación en nutrición del individuo, mejores serán sus hábitos alimentarios. Sin embargo, a medida que el individuo adquiere autonomía para decidir comidas y horarios, los factores sociales, culturales y económicos, además de las preferencias alimentarias, van a contribuir al establecimiento y al cambio de un nuevo patrón de consumo alimentario de manera importante. La adquisición de los conocimientos se considera positiva, en la medida que repercute y refuerza la práctica alimentaria correcta mediante la creación de buenas actitudes hacia la alimentación saludable. Sin embargo, no es suficiente que la información sea correcta, es necesario también que se produzca la modificación o abandono de estos hábitos alimentarios insanos y erróneos, para poder conseguir una dieta sana y equilibrada.¹⁸

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Aranceta Batrina Javier, op cit.

¹⁸ Montero Bravo A. , Úbeda Martín N. y García González A., “Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales”, Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos.

Los tres principales motivos por los que una persona puede no seguir una dieta adecuada son porque no sabe, no puede o no quiere. Los individuos a veces, no se alimentan correctamente porque no saben los fundamentos de una dieta sana. Las definiciones, conceptos y creencias prevalentes en la población en torno a la idea de lo que realmente es una dieta sana son muy diversos. Por otro lado, existen diversas barreras que impiden el acceso de la población a una nutrición y alimentación sanas y adecuadas. Hay personas que no se alimentan bien porque no pueden. Y finalmente, existe una proporción de la población que, a pesar de poseer un correcto concepto y conocimientos sobre una dieta sana y carecer de barreras para acceder a ella, no pasa a la acción de adoptar una dieta sana porque no quiere. La existencia de este factor de la población impone la necesidad de emprender estrategias de educación sanitaria dirigidas, no solo a informar al gran público, sino también a lograr, de hecho la modificación del comportamiento de los individuos, atendiendo a sus motivaciones, reforzando a sus elecciones sanas y previniendo recaídas.¹⁹

Se ha demostrado que una buena alimentación previene las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer. Así, la alimentación saludable permite mejorar la calidad de vida en todas las edades.²⁰

El concepto de alimentación equilibrada durante la edad adulta, es

*“aquella alimentación que aporta la variedad, cantidad y calidad adecuada de los nutrientes necesarios para el funcionamiento normal del organismo en el momento actual y en el futuro, adaptada a su vez, a la realidad sociocultural del individuo”.*²¹

Pedro Escudero, considerado el padre de la nutrición en Argentina, enunció 4 leyes de la alimentación que según sus pensamientos constituyen reglas constantes e invariables, aplicables a todos los casos, en todas las edades, a sanos y enfermos. La primera es la Ley de la Cantidad según la cual la cantidad de la alimentación debe ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas del organismo y mantener el equilibrio de su balance. La segunda Ley es la de la Calidad, según la cual el régimen de alimentación debe ser completa, en su composición para ofrecer al organismo, que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integra. La tercera Ley es la de la Armonía, que hace referencia a que las cantidades de los diversos principios nutritivos

facultad de Farmacia. Universidad San Pablo-CEU. Madrid. España, en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n4/original1.pdf>

¹⁹ Martínez Alfredo, Astiasarán Iciar, Madrigal Herlinda, op cit.

²⁰“Argentina saludable” en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/lineas/alimentacion.html>

²¹ De Girolami Daniel, Gonzales Infantino Carlos, **Clinica y terapeutica en la Nutricion del Adulto**, Editorial El Ateneo.

que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre si. Y la última y no menos importante, la Ley de la Adecuación según la cual la finalidad de la dieta está suspendida a su adecuación al organismo.²² Por lo tanto, una alimentación normal debe ser suficiente, completa, armónica y adecuada.

Las Guías alimentarias²³ son un instrumento educativo con mensajes prácticos para que las personas puedan seleccionar y consumir los alimentos saludables. Son recomendaciones a través de mensajes breves, claros, concretos, culturalmente aceptables y fundamentados en una alimentación habitual. Estos mensajes se dirigen a la población general o población sana, con el objeto de promover la salud y reducir el riesgo de enfermedades vinculadas con la nutrición.

El objetivo principal de las Guías alimentarias es alentar el consumo de alimentos variados, corregir los hábitos alimentarios perjudiciales y reforzar aquellos adecuados para mantener la salud porque la base de una alimentación saludable es consumir en forma equilibrada todos los alimentos disponibles. Se los clasifica en diferentes grupos, organizados para facilitar su comprensión.

Existen diferentes maneras de ilustrar estos grupos de alimentos en una gráfica. La más conocida es la Pirámide, que es de origen norteamericano. La Gráfica de la Alimentación Saludable²⁴ ha sido diseñada especialmente para Argentina. para reflejar cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación cotidiana: consumir una amplia variedad de alimentos; incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día; consumir una proporción adecuada de cada grupo y elegir agua potable para beber y preparar los alimentos.

Imagen N° 1: Ovalo Nutricional



Fuente: Argentina Asociación Argentina de dietistas y nutricionistas, (manual metodológico) en: www.aadynd.org.ar

²² Ibid.

²³ Asociación Argentina de dietistas y nutricionistas, (manual metodológico) en: www.aadynd.org.ar

EL Código Alimentario argentino define al término alimento como:

*“toda sustancia o mezcla de sustancias, naturales o elaboradas, que ingeridas por el hombre, aportan a su organismo los materiales y energía necesaria para el desarrollo de los procesos biológicos”.*²⁴

Los alimentos se encuentran agrupados teniendo en cuenta las sustancias nutritivas que poseen. Hay algunos alimentos que contienen cantidades mayores de alguna de esas sustancias nutritivas o la contienen de una manera más “biodisponible”. Es decir, nuestro organismo puede aprovecharla al máximo. Es el caso del hierro contenido en las carnes, que tiene mucha mayor “biodisponibilidad” que el hierro contenido en los alimentos de origen vegetal. Entonces, a los alimentos que contienen mayor cantidad de una sustancia nutritiva o la contienen en forma altamente biodisponible se los conoce como “alimentos fuente” de esa sustancia. Existen seis grupos de “alimentos fuente”.²⁵

El grupo de los cereales, que incluye el arroz, avena, cebada, maíz, trigo, sus derivados como harinas y productos elaborados con ellas como pan fideos, galletitas y legumbres secas como arvejas, garbanzos, lentejas, porotos, soja son fuente principal de Hidratos de Carbono y fibra.

El grupo de las frutas y verduras son fuente principal de Vitaminas C y A, de Fibra y de sustancias minerales como el Potasio y el Magnesio. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles. Las vitaminas y los minerales mejoran el aprovechamiento que nuestro cuerpo hace de nutrientes que hay en otros alimentos. Por ejemplo, la vitamina C, de las frutas y verduras ayuda al organismo a utilizar mejor el hierro de las legumbres y las verduras. La vitamina A es necesaria para los ojos, la piel, el cabello y todos los tejidos de nuestro cuerpo. El potasio es un mineral muy necesario para el corazón, la presión arterial y los músculos. La fibra por su parte, prolonga la sensación de saciedad porque aumenta el volumen dentro del estómago y favorece el funcionamiento intestinal. Las Guías alimentarias para la Población Argentina recomiendan el consumo de 5 porciones entre frutas y verduras por día y consumir por lo menos una vez al día, frutas y verduras cocidas.

El grupo de lácteos, como leche, yogur y queso nos aportan calcio, para la formación de huesos y dientes, Vitamina A y proteínas de alto valor biológico.

²⁴ Código Alimentario Argentino, Capítulo 1, Disposiciones Generales, Art. 6, en: http://www.alimentosargentinos.gov.ar/contenido/marco/CAA/Capitulo_01.htm

²⁵ Asociación Argentina de dietistas y nutricionistas, (manual metodológico) en: www.aadynd.org.ar

Se recomienda consumir de 2 a 3 porciones diarias para mantener la salud ósea y en etapas como niñez, adolescencia y menopausia se deben incrementar las porciones.

El grupo de carnes y huevos nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de Hierro, cinc, fosforo, cobre y vitaminas, entre las que se destacan las del complejo B. El hierro es fundamental para la formación de hemoglobina, que es el componente de la sangre, encargado de transportar el oxígeno a todas las células del organismo. También es fundamental para el buen funcionamiento del cerebro y el rendimiento físico. Las proteínas que nos aportan los alimentos de origen animal, se aprovechan mejor que la de los alimentos de origen vegetal como cereales, legumbres, hortalizas, porque estas ultimas son mas incompletas. Incluye a todas las carnes comestibles como carnes de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar.

Las Guías para la Población Argentina recomiendan el consumo de huevo de 3 unidades semanales y moderar el consumo de fiambres y embutidos. Las carnes rojas se recomiendan 3 veces por semana, las aves, 2 veces por semana y pescados y mariscos 2 veces por semana.

El grupo de aceites, frutas secas, semillas y grasas son fuente principal de Energía, transportan muchas vitaminas (A, D, E, K) y aportan al organismo los acidos grasos esenciales que este no puede formar y que se necesitan a su vez para formar otras sustancias como hormonas y enzimas.

Por ultimo el grupo de azucares y dulces dan energía y son agradables por su sabor, pero no nos ofrecen sustancias nutritivas indispensables. Se consideran alimentos complementarios, es decir que completan al resto.

En la LVII Asamblea Mundial de Salud, celebrada en mayo de 2004, la OMS desarrolla la Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud, y entre las recomendaciones establecidas se incluye consumir mas frutas y verduras y cereales integrales; reducir el consumo de grasas saturadas, disminuir el consumo de alimentos refinados ricos en grasas, azucares y/o sal y al practica habitual de actividad fisica.²⁶

²⁶ World Health Organization. "Global strategy on diet, physical activity and Ealth".

Diseño Metodológico



El diseño del presente trabajo es de tipo descriptivo ya que observa y describe la frecuencia de las variables que se eligieron en el diseño del estudio.

En relación al tiempo de ocurrencia de los hechos, el estudio es transversal ya que se hará en un momento determinado y no existe continuidad en el eje de tiempo.

Respecto a la población, la misma está conformada por los alumnos que concurren a una Escuela de Educación Secundaria para adultos de la ciudad de Mar del Plata.

La muestra está conformada por 93 alumnos que cursan en la escuela.

Respecto a la selección y definición de variables, las mismas son: Edad, Peso, Talla, Estado Nutricional, Autoconcepto, Estilo de vida y variables sociodemográficas.

Selección y definición de variables:

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 ambientales¹.

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 determinará con el Cuestionario de Practicas y Creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, M.;Salazar, I. y Gómez, I. 2002).

Se considerará:

- Estilo de vida Muy Saludable: rangos de clasificación entre 348 y 464
- Estilo de vida Saludable: rangos de clasificación entre 261 y 347.
- Estilo de vida Poco Saludable: rango de clasificación entre 174 y 260.
- Estilo de vida No saludable: rango de clasificación entre 116 y 173.

¹ Organización Mundial de la Salud, **Promocion de la Salud, Glosario.**

Peso:

Definición conceptual: Cuantificación de la masa corporal total de un individuo.²

Definición operacional: Cuantificación de la masa corporal total de un individuo. Los datos se obtendrán con una balanza digital de precisión marca GA.MA, sobre el cual el alumno se parará descalzo y de pie, parado en el centro de la balanza, con prendas livianas. El resultado se expresa en kilogramos.³

Imagen N° 1: Cinta Antropometrica



Fuente: www.nutrisys-py.com

Talla:

Definición conceptual: Medición que expresa el largo del cuerpo.⁴

Definición operacional: Medición que expresa el largo del cuerpo y se obtendrá utilizando una cinta antropométrica de 3 metros de largo y 0.5 cm de ancho, inextensible y flexible de fiberglass, adosada a la pared con el cero al nivel del piso y una escuadra que se apoyará en la pared y en el vertex del sujeto. La medida será expresada en metros. La persona se encontrará de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Francfort (el arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja). Se lo ubica de espaldas al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. Se descende la escuadra sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado o Vertex.

Imagen N°2: Balanza digital GAMA



Fuente: www.gamaitaly.com

² De Girolami, D.H., **Fundamentos de la valoración nutricional y composición corporal**, Editorial El Ateneo, 2003.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

Estado nutricional:

Definición conceptual: Medición del grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del individuo.⁵

Definición operacional: Medición del grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del individuo. Para determinarlo se analizaran las variables Peso y Talla, las cuales serán luego utilizadas para la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla} \times \text{talla}} \quad \text{en kg/m}^2$$

Se considera al IMC < 18,5 como Bajo peso, al IMC entre 18,6 y 24,9 como Peso Normal, al IMC entre 25 y 29,9 como Sobrepeso, al IMC entre 30 y 34,9 como Obesidad grado I, al IMC entre 35 y 39,9 como Obesidad grado II y al IMC >40 como Obesidad grado III.

Autoconcepto:

Definición conceptual: Imagen o percepción que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto⁶.

Definición operacional: Imagen o percepción que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual y se determinará utilizando un Test de Autoconcepto AF5, luego se percentilará.

Se considerará:

- percentil menor a 25 como un nivel de Autoconcepto bajo
- percentil entre 25 y 75 como un nivel de Autoconcepto esperable o normal
- percentil mayor a 75 como un nivel de Autoconcepto alto.

⁵ Maham Katherine y Escott-stump Sylvia, **Nutricion y Dietoterapia de Krause**. Mc Graw Hill, 2001, p-386

⁶ García fernando, Musitu Gonzalo, Manual “**AF5, Autoconcepto Forma 5**”, Universidad de Valencia, Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones, Madrid – 2001

Variables socio demográficas:

Edad:

Definición conceptual: Intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea adecuada, para los niños de menos de un año de edad.⁷

Definición operacional: Intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea adecuada, para los niños de menos de un año de edad. Se calculará partiendo de la diferencia entre las fechas de recolección de datos (realización de la encuesta) y la fecha de nacimiento.

Nivel educativo alcanzado:

Definición conceptual: Nivel de instrucción formal más alto que han cursado los alumnos. Se considerarán niveles incompletos y completos.

Definición operacional: Nivel de instrucción formal más alto que han cursado los alumnos. Se considerarán niveles incompletos y completos. Se categorizarán:

- Nivel Primario Formal
- Nivel Primario para adultos
- Antecedentes Nivel secundario

⁷ Direccion de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud, en:
<http://www.deis.gov.ar>

Ingreso familiar:

Definición conceptual: Sumatoria de las entradas de dinero que reciben todos los miembros del hogar.

Definición operacional: Sumatoria de las entradas de dinero que reciben todos los miembros del hogar. Los datos se obtendrán a través de una encuesta que se realizará a los alumnos. Se categorizarán:

- Menos de \$ 1500
- \$ 1500 - \$3000
- \$3000 - \$4500
- \$4500 - \$6000
- \$6000 - \$7500
- \$7500 -\$9000
- \$9000 - \$10500
- \$10500 o más

Ocupación:

Definición conceptual: Actividad laboral de las personas. Los criterios clasificatorios para determinar la condición de actividad son tenencia de trabajo y búsqueda del mismo. En consecuencia, las personas que trabajan son consideradas ocupadas, las que no tienen trabajo pero lo buscan activamente se denominan desocupados y quienes no tienen trabajo ni lo buscan activamente se consideran inactivos.

Definición operacional: Actividad laboral de los alumnos que concurren a la escuela. Será clasificada según las categorías: las personas que trabajan se considerarán ocupadas, los que no tienen trabajo pero lo buscan activamente se considerarán desocupadas y quienes no tienen trabajo ni lo buscan activamente se consideran inactivos.

Dentro de este concepto, se considera trabajo a las actividades laborales que genera bienes o servicios para el mercado, incluyendo: la actividad laboral paga en dinero o especies, la actividad realizada para ayudar a una familia en la obtención de un ingreso, No se considerará trabajo. A la actividad doméstica del ama de casa, la actividad de voluntariado sin pago de ninguna naturaleza y la actividad orientada al autoconsumo personal o familiar, las contraprestaciones de planes sociales o aquellos por los que no se obtenga remuneración.

El concepto de ocupado implica cumplir con alguna de las siguientes condiciones:

- Haber trabajado por lo menos una hora en forma remunerada.
- No haber trabajado en la semana de referencia por algún motivo o circunstancia pero mantener el empleo.

Se considerarán desocupados aquellas personas que, sin tener trabajo lo buscaron activamente en la semana de referencia, o bien lo venían buscando y en la semana de referencia suspendieron la búsqueda por causas circunstanciales.

Por búsqueda activa se entiende: responder a avisos clasificados (y no limitarse a leerlos), enviar curriculum, sondear contactos personales, generar entrevistas, publicar avisos propios, etc.

Los datos se obtendrán mediante una encuesta que se realizará a los alumnos.

Composición familiar:

Definición conceptual: Número de integrantes que componen la familia y que viven bajo el mismo techo.

Definición operacional: Número de integrantes que componen la familia y que viven bajo el mismo techo.

Se categorizarán:

	Marque con una X las personas que viven con usted	Cantidad
Madre		
Padre		
Pareja		
Hijo/s		
Hermano/s		
Abuela		
Abuelo		
Tío		
Tía		
Otros:		

Jefe de hogar:

Definición conceptual: Miembro del hogar, hombre o mujer, que las otras personas del hogar lo consideran como Jefe, por razones de dependencia, parentesco, edad, autoridad o respeto.

Definición operacional: Miembro del hogar, hombre o mujer, que las otras personas del hogar lo consideran como Jefe, por razones de dependencia, parentesco, edad, autoridad o respeto y se determinará con una encuesta que se realizará a los alumnos

	Marque con una X el miembro del hogar que es considerado por sus pares como Jefe de Hogar:
Encuestado	
Madre	
Padre	
Pareja	
Hijo/s	
Hermano/s	
Abuela	
Abuelo	
Tío	
Tía	
Otros:	

Tipo de Familia:

Definición conceptual: Forma de organización familiar y de parentesco. La familia comprende a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio. Es un núcleo conyugal primario más el eventual agregado de otros parientes no-nucleares y/o de no-parientes, todos los cuales residen en la misma vivienda y comparten el consumo. Excluye al conjunto de la parentela que no reside en la misma unidad de habitación.

Definición operacional: Forma de organización familiar y de parentesco. La familia comprende a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio. Es un núcleo conyugal primario más el eventual agregado de otros parientes no-nucleares y/o de no-parientes, todos los cuales residen en la misma vivienda y comparten el consumo. Excluye al conjunto de la parentela que no reside en la misma unidad de habitación. Los datos se obtendrán mediante una encuesta que se realizará a los alumnos y se categorizarán:

- familia completa nuclear

- familia completa extensa
- familia completa compuesta
- familia monoparental nuclear
- familia monoparental extensa
- familia monoparental compuesta
- hogar unipersonal
- hogar multipersonal no conyugal

Curso al que asiste:

Definición conceptual: Grado de instrucción alcanzado por el alumno.

Definición operacional: Grado de instrucción alcanzado por el alumno en el momento que se efectuó la encuesta. Se categorizarán:

- Primer año
- Segundo año
- Tercer año

Orientación del curso al que asiste:

Definición conceptual: Inclinação en la formación educativa de los alumnos.

Definición operacional: Inclinação en la formación educativa de los alumnos en el momento que se efectuó la encuesta. Se categorizaran:

- Cs Biológicas
- Cs. Económicas

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La siguiente encuesta es solo con fines académicos y forma parte de la tesis de Licenciatura en Nutrición que estoy llevando a cabo. Por esa razón solicito su autorización para participar de este estudio, que consiste en contestar un cuestionario sobre "la relación entre los estilos de vida, el estado nutricional y el nivel de autoconcepto en adultos".

Queda totalmente resguardada toda la información aquí detallada. Se garantiza el secreto estadístico y confidencial de la información brindada para las participantes exigidos por la ley.

La decisión de participar es voluntaria.
Desde ya agradezco su colaboración
Muchas gracias,

Maria Natalia Sieghart
Carerra: Licenciatura en Nutrición
Universidad: FASTA

Yo..... en mi carácter de encuestado conforme con la información brindada, la cual ha sido leída y comprendida perfectamente acepto participar de este estudio.

Firma del Alumno

Encuesta:

Encuesta N°:

- 1) **Edad:**.....
- 2) **Sexo:**
 - a. Femenino
 - b. Masculino
- 3) **Peso Actual (kg):** **Talla (cm):** **IMC:**
- 4) **Nivel de Grado:**
 - a. Primer Año
 - b. Segundo Año
 - c. Tercer Año

Orientación:.....
- 5) **Nivel educativo alcanzado:**
 - a. Nivel Primario Formal
 - b. Nivel Primario para Adultos
 - c. Antecedentes Nivel Secundario.
- 6) **Ocupación:**
 - a. Ocupado
 - b. Desocupado
 - c. Inactivo
- 7) **Personas que conforman el hogar (marque con una X las personas que viven con usted y el ingreso en los últimos 30 días de los elegidos):**

	X	¿Cuántos?	Ingreso (\$)	Marque con una X el miembro del hogar que es considerado por sus pares como "Jefe de Hogar"
El encuestado				
Pareja				
Madre				
Padre				
Hijo/s				
Hermano/s				
Abuela				
Abuelo				
Tía				
Tío				
Otros:				
Ingreso total familiar				

- 8) a. ¿Alguno de los integrantes de la familia recibe algún plan social o ayuda familiar? SI / NO
- b. ¿Qué plan o ayuda recibe?.....
- c. ¿Cuál es el monto recibido?.....

Test de Autoconcepto:

A continuación encontrarás una serie de frases. Lee cada una de ellas cuidadosamente y contesta con un valor entre 1 y 99 según tu grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo, si una frase dice "La música ayuda al bienestar humano" y vos estas muy de acuerdo, contestarás con un valor alto, como por ejemplo el 94. Mira como se anotaría en la Hoja de respuestas.

"La música ayuda al bienestar humano".....

9	4
---	---

Por el contrario, si vos estas muy poco de acuerdo, elegirás un valor bajo, por ejemplo el 9, y lo anotarás en la Hoja de respuestas de la siguiente manera:

"La música ayuda al bienestar humano".....

0	9
---	---

No olvides que dispones de muchas opciones de respuesta, en concreto puedes elegir entre 99 valores. Escoje el que mas se ajuste a tu criterio.

Contesta de 1 a 99 en las casillas correspondientes a cada pregunta

1- Hago bien los trabajos escolares		
2- Hago fácilmente amigos		
3- Tengo miedo de algunas cosas		
4- Soy muy criticado en casa		
5- Me cuido fisicamente		
6- Mis profesores me consideran un buen estudiante		
7- Soy una persona amigable		
8- Muchas cosas me ponen nervioso		
9- Me siento feliz en casa		
10- me buscan para realizar actividades deportivas		
11- Trabajo mucho en clase		
12- Es difícil para mi hacer amigos		
13- Me asusto con facilidad		
14- Mi familia esta decepcionada de mi		
15- Me considero elegante		

16- Mis profesores me aprecian		
17- Soy una persona alegre		
18- Cuando personas mayores me dicen algo me pongo nervioso		
19- Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas		
20- me gusta como soy físicamente		
21- Soy un buen estudiante		
22- Me cuesta hablar con desconocidos		
23- me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor		
24- Mis padres me dan confianza		
25- Soy bueno haciendo deporte		
26- Mis profesores me consideran inteligente y trabajador		
27- Tengo muchos amigos		
28- Me siento nervioso		
29- me siento querido por mis padres		
30- Soy una persona atractiva		

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida:

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con un "X" la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

PRACTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
CONDICION, ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE				
1. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3. Mantiene el peso corporal estable.				
4. Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (speening, deporte, aerobics)				
5. Practica ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
7. Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, andar en bicicleta)				
8. Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9. Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11. Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO				
12. Va al odontólogo por los menos una vez al año				
13. Va al médico por lo menos una vez al año				
14. Cuando se expone al sol, usa protectores solares.				
15. Evita las exposiciones prolongadas al sol.				
16. Chequea al menos una vez al año su presión arterial.				
17. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18. Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glucemia una vez al año.				
19. se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
20. Consume medicinas aun sin prescripción medica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnoticos)				
21. Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.				
22. PARA MUJERES: se examina los senos en búsqueda de nódulos y otros cambios, al menos una vez al mes.				
23. PARA MUJERES: se realiza un Pap (papanicolaou) anualmente.				
24. PARA HOMBRES: se examina los testículos en búsqueda de nódulos y otros cambios, al menos una vez al mes.				
25. PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: se realiza exámenes de próstata anualmente.				
26. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, nada, etc), utiliza las medidas de protección necesarias.				
27. Maneja bajo efectos de alcohol o drogas.				
28. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos de alcohol o drogas.				
29. Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor.				
30. Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad.				
31. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros, etc)				
32. Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc)				

relacionadas con su trabajo.				
HABITOS ALIMENTICIOS				
33. Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día.				
34. Añade sal a las comidas en la mesa.				
35. Añade azúcar a la bebidas en la mesa				
36. Consume más de 4 gaseosas a la semana				
37. Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces a la semana				
38. Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína como carnes				
39. Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general).				
40. Come pescado y pollo, más que carnes rojas.				
41. Consume alimentos fuera del horario de las comidas				
42. Come carne más de 4 veces a la semana				
43. Consume embutidos (jamón, mortadela, salchichas)				
44. Consume productos ahumados				
45. Mantiene un horario regular en las comidas.				
46. Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
47. Desayuna antes de iniciar su actividad diaria				
48. Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes)				
49. Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, pancho).				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
50. PARA FUMADORES : fuma cigarrillo o tabaco				
51. PARA FUMADORES: fuma más de medio atado de cigarrillos en la semana				
52. PARA NO FUMADORES: prohíbe que fumen en su presencia				
53. Consume alcohol al menos dos veces en la semana				
54. Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar				
55. Consume alcohol o algún droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
56. Consume drogas (marihuana, cocaína, extasis, achis, entre otras)				
57. Dice "no" a todo tipo de droga				
58. Consume más de dos tazas de café al día				
59. Consume más de tres coca- colas en la semana				
SUEÑO				
60. Duerme al menos 7 horas diarias.				
61. Trasnocha				
62. Duerme bien y se levanta descansado				
63. le cuesta trabajo quedarse dormido				
64. Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
65. Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida.				
66. Hace siesta				
67. Se mantiene con sueño durante el día				
68. Utiliza pastillas para dormir.				
69. Respeta sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej: no se trasnocha previamente a un examen o la entrega de un trabajo)				

CREENCIAS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
CONDICION, ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE				
70. La actividad física ayuda a mejorar la salud.				
71. Al hacer ejercicio es pueden evitar algunas enfermedades				
72. El ejercicio siempre puede esperar				
73. Con el ejercicio mejora el estado de ánimo.				
74. Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud.				
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
75. Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos.				
76. El trabajo es lo más importante en la vida.				
77. La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78. El descanso es importante para la salud.				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO				
79. Cada persona es responsable de su salud				
80. es mejor prevenir que curar.				
81. Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico.				
82. Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud.				
83. El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento.				
84. Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino.				
85. La relajación no sirve para nada.				
86. Es difícil cambiar comportamientos no saludables.				
87. Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione.				
88. Los productos naturales no causan daño al organismo.				
89. En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad.				
90. Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno.				
91. En la vida hay que probarlo todo para morir contento.				
HABITOS ALIMENTICIOS				
92. Entre mas flaco más sano.				
93. Los más importante es la figura.				
94. Comer cerdo es dañino para la salud.				
95. Entre más grasosa la comida mas sabrosa.				
96. El agua es importante para la salud.				
97. Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo.				
98. Las dietas son lo mejor para bajar de peso.				
CONSUMO DE ALCHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
99. Dejar de fumar es cuestión de voluntad.				
100. Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud.				
101. Al consumir alcohol logra estados de mayor sociabilidad.				
102. Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie.				
103. Tomar trago es menor dañino que consumir drogas.				
104. El alcohol es dañino para la salud.				
105. Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie.				
106. Se disfruta más el baile si se consume alcohol o drogas.				
107. Nada como una coca-cola con hielo para				

quitar la sed.				
108. El café le permite a la gente estar despierta.				
109. Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo.				

SUÑO				
110. Dormir bien, alarga la vida				
111. La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria.				
112. Si no duerme al menos 8 horas diarias no funciona bien.				
113. Solo puede dormir bien en su propia cama.				
114. Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
115. Si toma café o coca-cola despues de las 6 p.m. no puede dormir.				
116. Dormir mucho da anemia.				

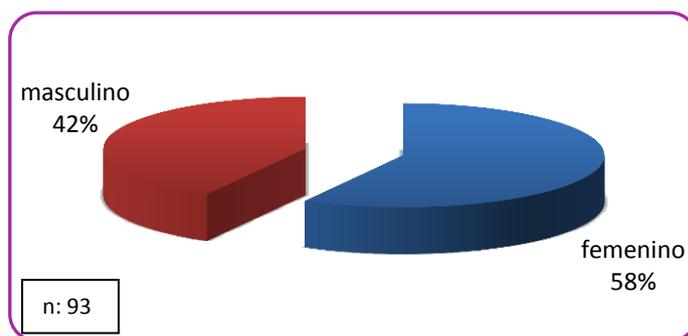
Análisis de Datos



El siguiente análisis refleja los resultados obtenidos mediante encuestas realizadas a 93 alumnos de ambos sexos, de una Escuela de Educación Media para Adultos, de la ciudad de Mar del Plata.

En el siguiente grafico se puede ver que de los 93 alumnos encuestados, se obtuvo un mayor porcentaje en el sexo femenino.

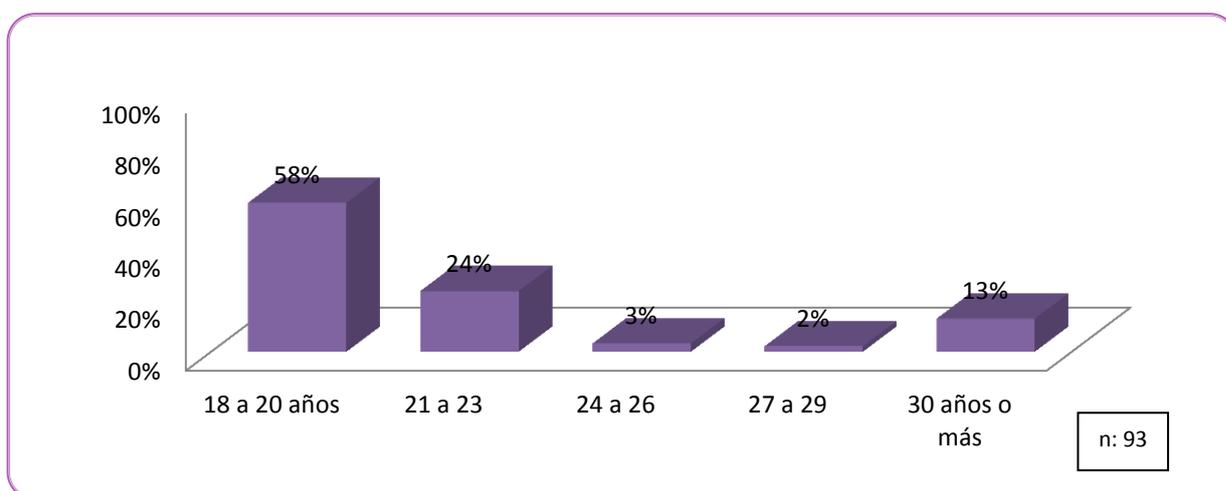
Grafico N°1: Sexo de los encuestados



Fuente: Elaboración propia

Los alumnos encuestados pertenecen a un amplio rango de edad de 18 a 63 años. El 82% de los alumnos tienen entre 18 y 23 años, con un predominio del 58% de alumnos que tienen entre 18 y 20 años.

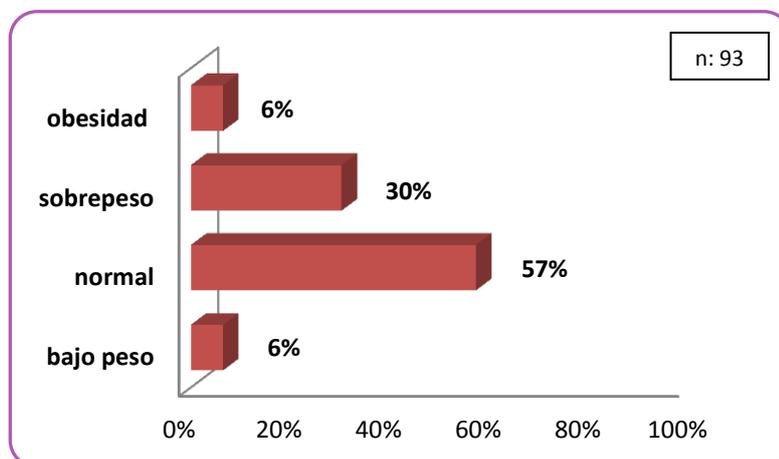
Grafico N°2: Edades de los encuestados



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al índice de masa corporal, los resultados mostraron que el mayor porcentaje de los alumnos, 57 %, posee un peso normal sin embargo es significativo observar que un 36% de los alumnos encuestados posee exceso de peso y el resto, un 6%, bajo peso.

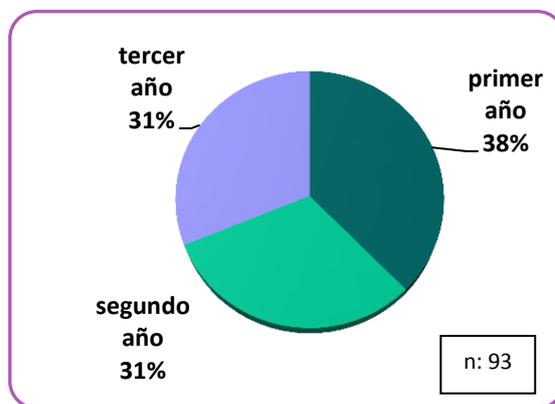
Grafico N°3: Índice de masa corporal



Fuente: Elaboración propia

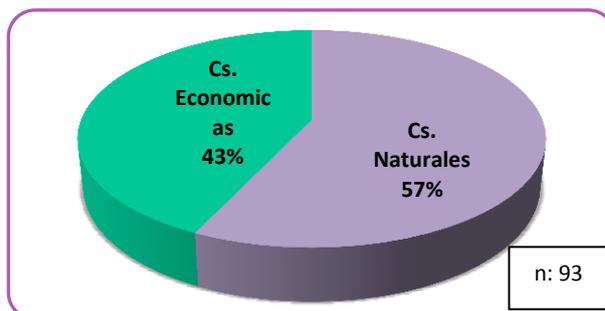
En los gráficos N° 4 y 5 se puede observar que la encuesta fue realizada de forma equitativa entre alumnos de primero a tercer año con orientación de Cs. Naturales y Cs. Económicas.

Grafico N°4: Curso al que asiste



Fuente: Elaboración propia

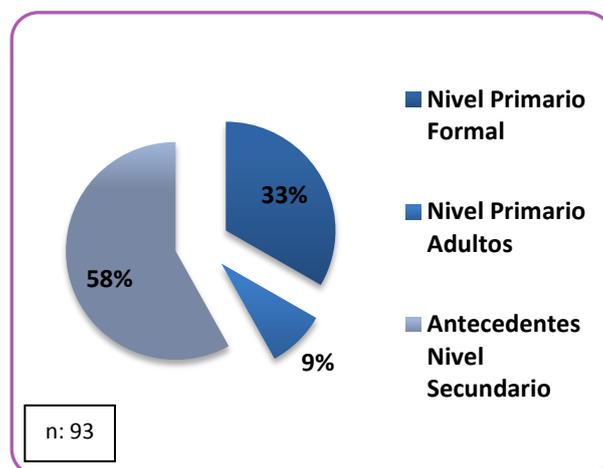
Grafico N°5: Orientación del curso al que asiste



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al nivel educativo alcanzado previo a ingresar a la escuela, el 58 % de los alumnos presentaban antecedentes de haber cursado el nivel secundario en un colegio formal, un 33% solo cursaron el nivel primario formal y un 9% cursaron el nivel primario para adultos.

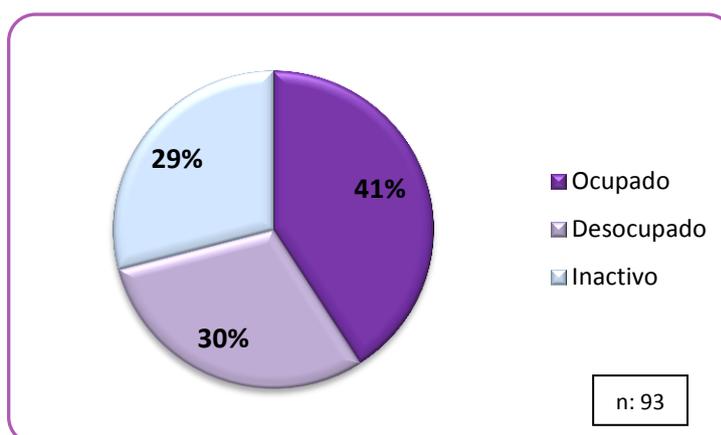
Grafico N°6: Nivel educativo alcanzado



Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se puede observar que solo un 41% de los alumnos trabaja y el resto, un 59% no trabaja. Cabe destacar que un 30% de los alumnos que no trabajan, están desocupados, esto quiere decir que están buscando activamente trabajo y no consiguen.

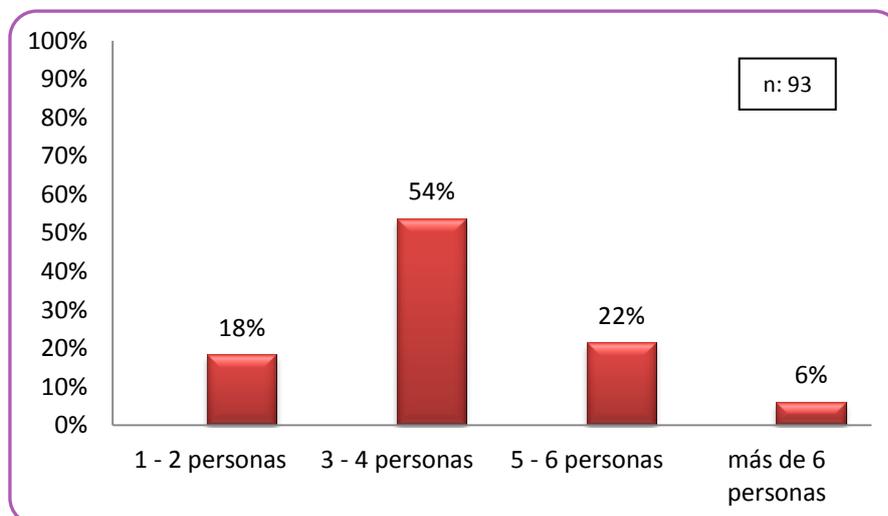
Grafico N°7: Ocupación



Fuente: Elaboración propia

Para completar la información sociodemográfica, también se estudió la estructura familiar, observándose los siguientes resultados:

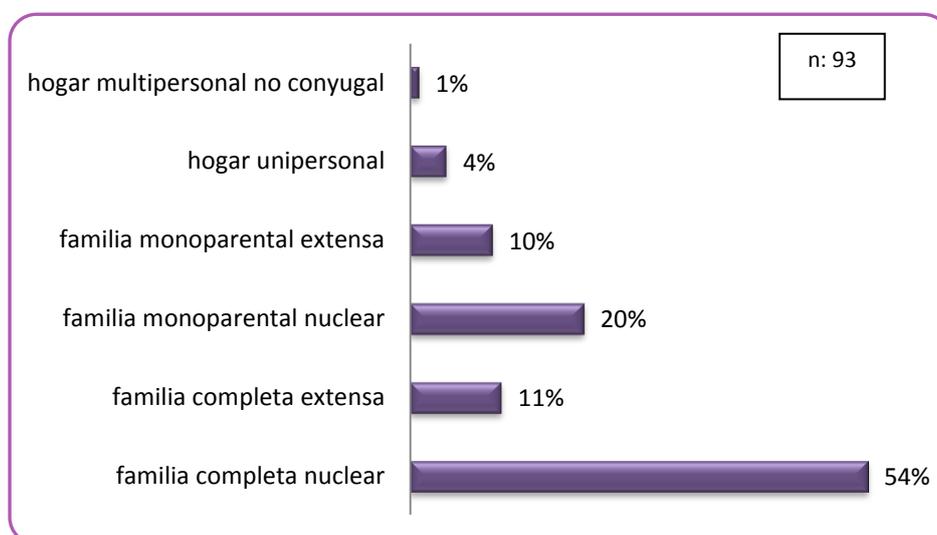
Grafico N°8: Cantidad de integrantes del hogar



Fuente: Elaboración propia

Se observó que un 54 % de las familias de los alumnos están conformadas entre 3 y 4 integrantes y que prevalecen las familias de tipo completa nuclear, esto quiere decir conformadas por un núcleo conyugal primario; padre, madre e hijos. Pero es interesante destacar que un 30% de las familias están conformadas solamente por uno de los 2 padres y un 21% de las familias están conformadas no solamente por el núcleo familiar primario sino también por parientes no- nucleares (hijos casados, nietos, padres, suegros, tíos, primos).

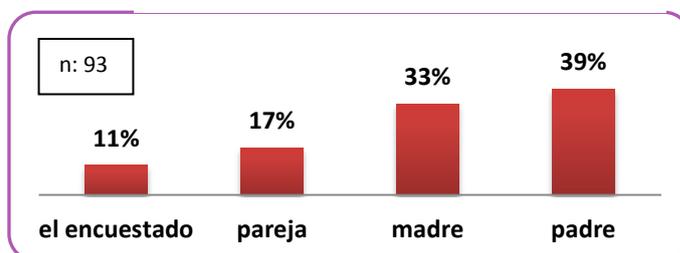
Grafico N°9: Tipo de familia



Fuente: Elaboración propia

En el mayor porcentaje de las familias, un 72%, la madre o el padre del alumno son el jefe de hogar, un 17% la pareja del mismo, y solo un 11% de los alumnos son jefe de hogar.

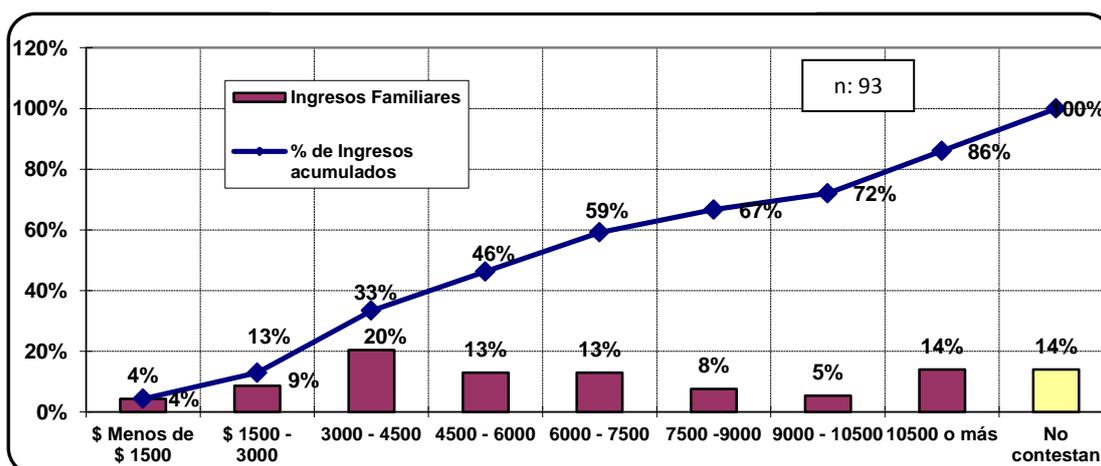
Grafico N°12: Jefe de Familia



Fuente: Elaboración propia

En el grafico N° 10 se puede observar un amplio rango de ingresos totales familiares, sin embargo, cabe destacar que el 59% de los ingresos familiares totales son menores a \$7500 pesos.

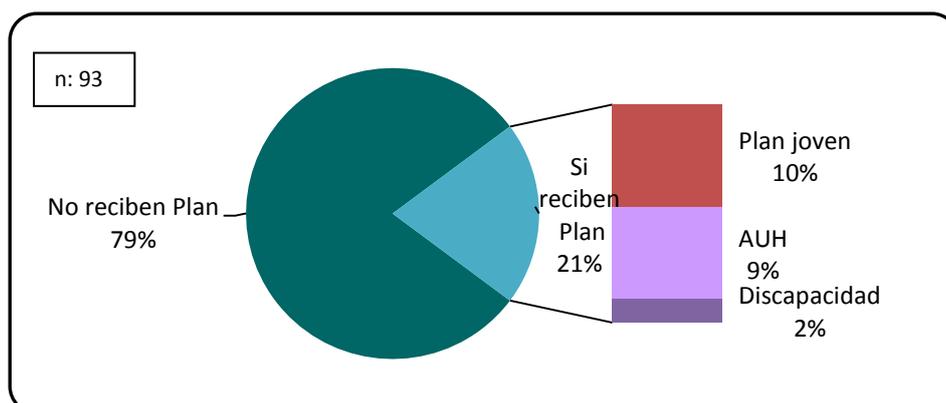
Grafico N°10: Ingresos familiares



Fuente: Elaboración propia

Del total de las familias de los alumnos, un 20% recibe ayuda familiar o plan social, que incluye el plan Joven, la Asignación Universal por Hijo y ayuda por Discapacidad.

Grafico N°11: Plan Social



Fuente: Elaboración propia

Para determinar el Estilo de Vida de los alumnos se realizó una asociación entre prácticas y creencias relacionadas con la salud. En primer lugar se estudiaron individualmente las prácticas y las creencias en 6 dimensiones (Condición, Actividad Física y deporte; Autocuidado y cuidado médico; Hábitos Alimenticios; Recreación y manejo del tiempo libre; Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas).

A continuación se exponen los resultados más significativos de la investigación en lo concerniente a las prácticas relacionadas con la salud.

Tabla 1: Dimensiones de las prácticas

	No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Condición, Actividad Física y deporte	38%	44%	18%	0%
Autocuidado y cuidado médico	6%	58%	30%	5%
Hábitos alimenticios	1%	52%	38%	10%
Recreación y manejo del tiempo libre	1%	29%	51%	19%
Consumo alcohol, tabaco y otras drogas	2%	38%	60%	0%
Sueño	0	19%	70%	11%

Fuente: Elaboración propia

En relación a las prácticas relacionadas con la Salud se analiza:

Condición, Actividad Física y deporte:

En la dimensión condición actividad física y deporte, se observa un **82% de los alumnos con practicas poco saludable o no saludables**, y el resto, un 18% saludables. Esto se ve marcado principalmente en falta de ejercicio, trotar, caminar, hacer deportes, practicas de relajación y falta de participación en ejercicio bajo supervisión.

Autocuidado y cuidado médico:

En la dimensión Autocuidado y cuidado médico, presentaron **practicas poco o nada saludables un 64% de los alumnos**, principalmente en los que refiere a cuidarse de la exposición del sol, utilizar protectores solares, chequear la presión arterial una vez al año, realizar exámenes de colesterol, glucemia una vez por año, automedicarse y observar el cuerpo para detectar cambios físicos.

Hábitos Alimentarios:

Cabe destacar que un **52% de los alumnos presentaban practicas de alimentación poco saludables** principalmente en lo que respecta a consumir alimentos fuera del horario de las comidas, consumir comidas rápidas, no mantener un horario regular en las comidas, no limitar el consumo de grasas consumir dulces y helados mas de dos veces por semana, añadir sal a las comidas, no consumir entre 4 y 8 vasos de agua por día y consumir embutidos.

Recreación y manejo del tiempo libre:

El mayor porcentaje presenta **practicas de recreación saludables o muy saludables, en un 70%**, que incluye realizar actividades de recreación como pasear, ir al cine, leer, incluir momentos de descanso en su rutina diaria y compartir el tiempo libre con la familia y amigos y mas baja en lo que refiere a actividades físicas de recreación como caminar, nadar, andar en bicicleta, etc).

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas:

En lo que refiere al consumo de alcohol, tabaco y drogas un 60% presentan prácticas saludables y un 40% poco o nada saludables. Se observaban en conductas poco saludables principalmente en el consumo de tabaco, donde un 48% de los alumnos fumaba, y practicas bajas en el consumo de alcohol y drogas

Sueño:

Un **81% de los alumnos presentaron prácticas saludables o muy saludables** en lo que refiere a la rutina del sueño. Se observaron prácticas a favorables en dormir al menos 7 horas, no levantarse con sensación de una noche mal dormida, no utilizar pastillas para dormir, no mantenerse con sueño durante el día. Sin embargo las puntuaciones mas bajas se observaron en el habito de trasnochar y no respetar los horarios de sueño previo a un examen.

Lo que respecta a las creencias sobre, en el siguiente gráfico se pueden observar los resultados obtenidos por dimensión. En todas las dimensiones se observaron creencias altas y muy altas, con excepción de las creencias de sueño, que un 55% presentaba creencias bajas.

En relación a las creencias relacionadas con la salud se analiza:

Tabla 2: Dimensiones en las Creencias

	Muy Baja	Baja	Alta	Muy Alta
Condicion, Actividad Física y deporte	0%	1%	42%	57%
Recreación y manejo del tiempo libre	0%	1%	34%	65%
Autocuidado y cuidado medico	0%	9%	67%	25%
Hábitos alimenticios	0%	18%	71%	11%
Consumo alcohol, tabaco y otras drogas	0%	14%	51%	35%
Sueño	4%	55%	35%	5%

Fuente: Elaboración propia

Condición, Actividad física y deporte:

En la dimensión Actividad física y deporte, presentaban creencias favorables en que la actividad física ayuda a mejorar el deporte, que es bueno para evitar enfermedades y que los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud. Pero si se encontraban creencias desfavorables en cuanto creían que el ejercicio siempre puede esperar.

Recreación y manejo del tiempo libre:

En la dimensión recreación y manejo del tiempo libre se observaron creencias favorables en compartir actividades con la familia y deportes, y que el descanso es importante para la salud. Sin embargo se encontraron creencias desfavorables en creer que el trabajo es lo mas importante en la vida.

Autocuidado y cuidado medico:

En la dimensión autocuidado, se destaco como creencias favorable en que es mejro prevenir que curar, en que lo factores ambientales influyen en la salud, que el estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento y creencias desfavorables en cuanto a que es difícil cambiar hábitos de comportamiento no saludables, que por mas cuidado que se tenga de algo se va a morir uno y en la vida hay que probarlo todo para morir contento.

Hábitos alimenticios:

En la dimensión hábitos alimenticios, se observaron creencias favorables en que creían que el agua es importante para la salud, que mas flaco no significa mas sano y que la figura no es lo mas importante y creencias desfavorables en cuanto creían que entre mas grasosa la comida mas sabrosa, que las comidas rapidas permiten aprovechar mejor el tiempo y que las dietas son lo mejor para bajar de peso.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas:

En la dimensión consumo de alcohol, tabaco y drogas, se observaron creencias favorables en que dejar de fumar es cuestión de voluntad, que consumir uno o dos cigarrillos por dia es dañino, que el alcohol es daniño para la salud y creencias desfavorables en cuanto un traguito o una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie.

Sueño:

En la dimensión sueño se presentaron creencias desfavorables en que la siesta es necesaria para continuar la actividad diaria y en que no es importante las condiciones adecuadas de luz, temperatura para dormir.

La relación entre las prácticas y las creencias para determinar el Estilo de Vida de los alumnos por dimensión se llevo a cabo utilizando la prueba del Chi – cuadrado¹. En la dimensión Actividad Física y Deporte no se encontró asociación significativa entre practicas y creencias (ver resultados en Anexo 2).

Tabla N°3: Relación entre Prácticas y Creencias en la dimensión Actividad Física y deporte

	Creencias bajas	Creencias altas	Creencias muy altas	Total
Prácticas No Saludables	-	20%	17%	38%
Prácticas Poco Saludables	1%	18%	25%	44%
Prácticas Saludables	-	3%	15%	18%
Total	1%	42%	57%	100%

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 3, un 19% posee un Estilo de Vida Poco Saludable, un 18% un Estilo de Vida Saludable, y el resto no se los puede categorizar, por lo que representa una incongruencia entre el nivel de presencia de creencias favorables y desfavorables y el tipo de practicas ejecutadas, como se puede observar en otros estudios².

Tabla N°4: Relación entre Prácticas y Creencias en la dimensión Recreacion y manejo del tiempo libre

	Creencias bajas	Creencias altas	Creencias muy altas	Total
Prácticas No Saludables	-	-	1%	1%
Prácticas Poco Saludables	-	13%	16%	29%
Prácticas Saludables	1%	15%	34%	51%
Practicas Muy saludables	-	6%	13%	19%
Total	1%	34%	65%	100%

Fuente: Elaboración propia

¹ La prueba de independencia del chi cuadrado, permite determinar si existe una relación entre dos variables categoricas. Esta prueba indica si existe o no relación entre las variables, pero no indica el grado o tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o las variables que causa la influencia.

² Arrivillaga Marcela, Salazar, Cristina Isabel, Corre Diego, "Creencias sobre la salud y su relación con las practicas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios", **Rev. Colombia Medica**, Volumen 34 N° 4, Universidad del Valle, Cali, Colombia, 2003.

En la dimensión Recreación y manejo del tiempo libre, tampoco se encontró relación significativa entre prácticas y creencias (ver resultados anexo 2). Un 13% posee un Estilo de Vida Poco Saludable, un 56% un Estilo de Vida Saludable, un 13% un Estilo de Vida Muy Saludable y el resto no se los puede categorizar, representan una incongruencia entre el nivel de presencia de creencias favorables y desfavorables y el tipo de prácticas ejecutadas.

En la dimensión Autocuidado y cuidado medico, si se encontró relación significativa entre las practicas y creencias (ver resultados en anexo 2). Un 2% posee un Estilo de vida no saludable, un 49% un estilo de vida Poco Saludable, un 31% Saludable, un 4% Muy Saludable y el resto, un 13% representa una incongruencia entre las prácticas realizadas y las creencias.

Tabla Nº 5: Relación entre Practicas y Creencias en la dimensión Autocuidado v Cuidado medico

	Creencias bajas	Creencias altas	Creencias muy altas	Total
Prácticas No Saludables	2%	4%	-	6%
Prácticas Poco Saludables	4%	45%	9%	58%
Prácticas Saludables	2%	16%	12%	30%
Prácticas Muy saludables	-	1%	4%	5%
Total	9%	67%	25%	100%

Fuente: Elaboración propia

En la dimensión Hábitos Alimenticios, no se encontró relación significativa (ver resultados anexo). Observamos en la tabla 6, que un 1% presenta un estilo de vida No Saludable, un 50% Poco Saludable, un 42% Saludable y un 3% Muy Saludable, con un 3% que representa una incongruencia entre prácticas y creencias.

Tabla Nº 6: Relación entre Practicas y Creencias en la dimensión Hábitos Alimenticios

	Creencias bajas	Creencias altas	Creencias muy altas	Total
Prácticas No Saludables	1%	-	-	1%
Prácticas Poco Saludables	11%	39%	2%	52%
Prácticas Saludables	5%	27%	5%	38%
Prácticas Muy saludables	1%	5%	3%	10%
Total	18%	71%	11%	100%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas no encontró relación significativa (ver resultados en anexo 2).

Tabla N° 7: Relación entre Practicas y Creencias en la dimensión Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

	Creencias bajas	Creencias altas	Creencias muy altas	Total
Prácticas No Saludables	1%	1%	-	2%
Prácticas Poco Saludables	6%	20%	11%	38%
Prácticas Saludables	6%	29%	25%	60%
Total	14%	51%	35%	100%

Fuente: Elaboración propia

En dicha dimensión, un 1% presenta un estilo de vida No Saludable, un 26% poco saludable, un 60% Saludable y el resto un 12% representa una incongruencia.

Tabla N° 8: Relación entre Practicas y Creencias en la dimensión Sueño

	Creencias muy bajas	Creencias bajas	Creencias altas	Creencias muy altas	Total
Prácticas Poco Saludables	-	10%	10%	-	19%
Prácticas Saludables	4%	40%	23%	3%	70%
Prácticas Muy Saludables	-	5%	3%	2%	11%
Total	4%	55%	35%	5%	100%

Fuente: Elaboración propia

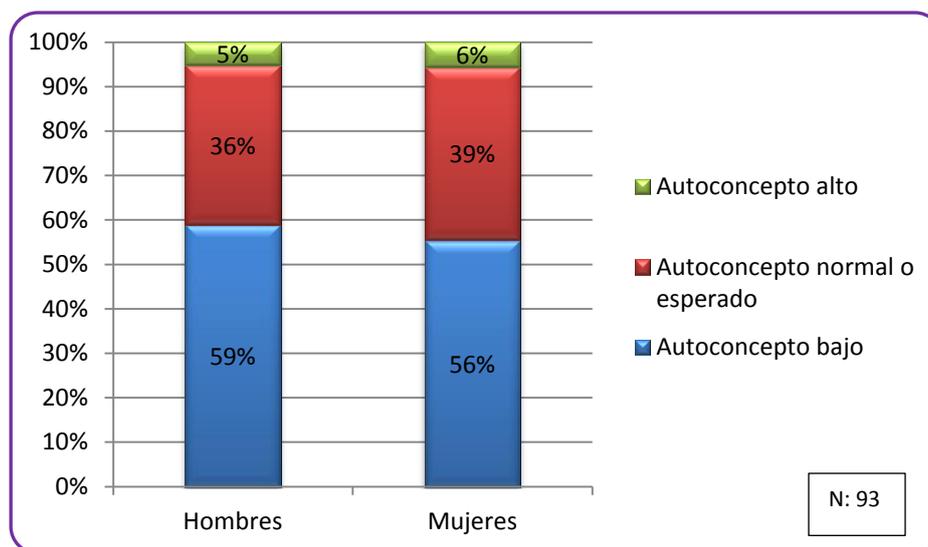
En la dimensión Sueño, no se encontró relación significativa entre practicas y creencias (ver resultados anexo). Un 20% presentaban un estilo de vida Poco Saludable, un 69% Saludable, un 2% Muy Saludable, y el resto, un 9% representan una incongruencia entre practicas y creencias.

En la calificación general para el cuestionario de creencias y practicas sobre estilos de vida, se observó que un 80% de los alumnos poseen un Estilo de Vida Saludables y un 20% un Estilo de Vida Muy Saludable. Cabe destacar que los alumnos con Estilo de vida Muy saludable son de sexo femenino.

El Nivel de Autoconcepto de los alumnos se determinó en base a 5 dimensiones: Dimensión Académico/laboral, dimensión social, dimensión emocional, dimensión familiar y dimensión física con 6 ítems cada una de ellas.

Dimensión Académico/laboral:

Grafico N°13: Nivel de Autoconcepto en la dimensión Académico/laboral



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico N° 13, el mayor porcentaje de alumnos, tanto mujeres como varones, presentaron un nivel de Autoconcepto bajo en esta dimensión.

Las puntuaciones más bajas se observaron principalmente en los ítems “mis profesores me aprecian” y “mis profesores me consideran inteligente y trabajador” y las puntuaciones más altas en “hago bien los trabajos escolares” y “soy un buen estudiante”.

Tabla N° 9: Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la dimensión académico/laboral

Dimensión académico/ laboral	General	Mujeres	Varones
Hago bien los trabajos escolares	67,54	72,27	60,97
Mis profesores me consideran un buen estudiante	58,09	63,24	50,94
Trabajo mucho en clase	60,76	66,27	53,12
Mis profesores me aprecian	53,46	58,35	46,69
Soy un buen estudiante	63,24	64,16	61,94
Mis profesores me consideran inteligente y trabajador	56,76	56,57	57,02

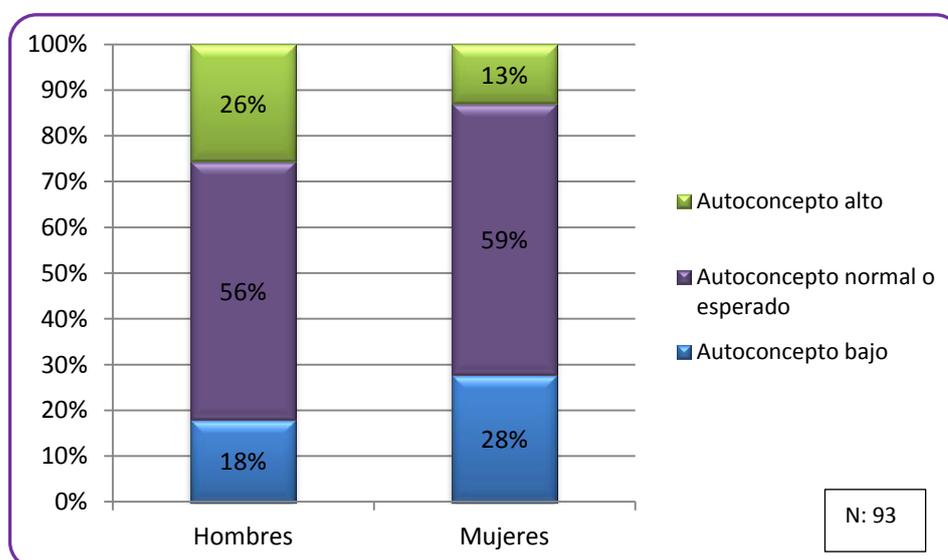
Fuente: Elaboración propia

Para determinar si existe correlación entre la dimensión académico/laboral y las prácticas relacionadas con la salud, se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson³. La dimensión laboral se correlaciona con el autocuidado y cuidado medico, aunque de forma baja tanto en mujeres ($r = 0,29$) como en varones ($r = 0,314$) (ver resultados anexo 2).

Dimensión social:

Los resultados obtenidos en la Dimensión social se pueden observar en el siguiente grafico.

Grafico N°14: Nivel de Autoconcepto en la dimensión Social



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que el mayor porcentaje de alumnos presentaron un nivel de Autoconcepto normal o esperado.

En relación a los ítems incluidos en dicha dimensión, la tabla N° 10 muestra que las puntuaciones mas bajas se encuentran en “me cuesta hablar con desconocidos” y las puntuaciones mas altas en “soy un persona amigable” y “soy una persona alegre” notándose una diferencia en el ítem “hago fácilmente amigos” y “tengo muchos amigos” entre varones y mujeres, siendo mayor en el caso de los varones.

³El coeficiente de Correlación de Pearson es una prueba estadística para analizar la relación entre dos o más variables. Es una medida de la asociación lineal entre dos variables. Los valores del coeficiente de correlación van de -1 a 1. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la fuerza. Los valores mayores indican que la relación es más estrecha. Se simboliza por “ r “.

La dimensión social se correlaciona únicamente en las mujeres con la actividad física y deporte, aunque de forma baja ($r = 0,31$) (ver resultados en Anexo 2).

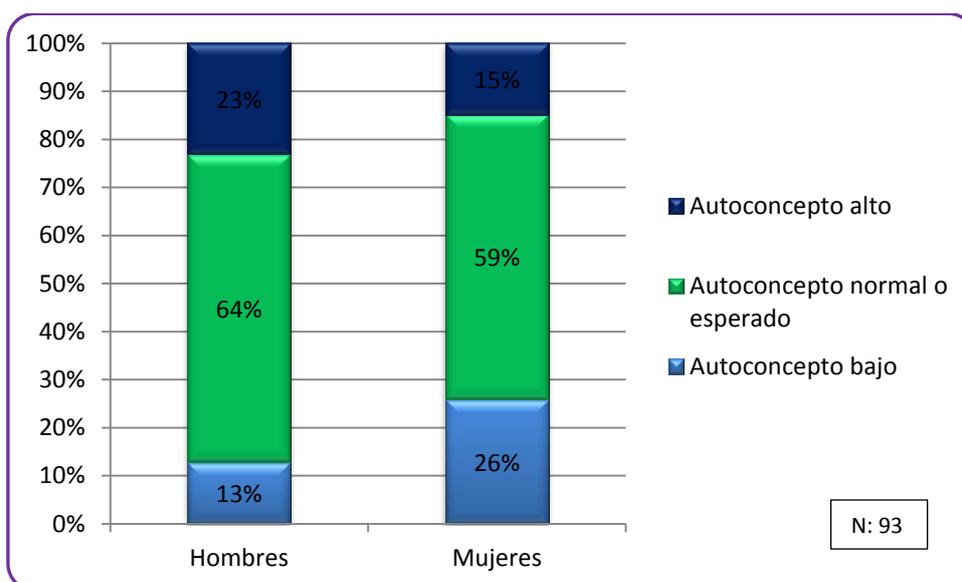
Tabla Nº 10: Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la dimensión social

Dimensión social	General	Mujeres	Varones
Hago fácilmente amigos	67,77	63,48	73,71
Soy una persona amigable	79,60	78,40	81,25
Es difícil para mí hacer amigos	32,06	34,12	29,20
Soy una persona alegre	76,44	75,70	77,46
Me cuesta hablar con desconocidos	41,26	44,29	37,07
Tengo muchos amigos	63,35	56,48	72,87

Fuente: Elaboración propia

Dimensión Emocional:

Grafico Nº15: Nivel de Autoconcepto en la dimensión Emocional



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la dimensión emocional, el gráfico Nº 15 muestra que el mayor porcentaje de alumnos tanto mujeres como varones, presentaron un nivel de autoconcepto normal o esperado. A su vez, las puntuaciones más bajas se encontraron principalmente en los ítems “me asusto con facilidad”, “cuando personas mayores me dicen algo me pongo nervioso” y “me siento nervioso” y las puntuaciones más altas en “muchas cosas me ponen nervioso”, y “tengo miedo de algunas cosas”.

La dimensión emocional no correlaciona con ninguna práctica de salud.(ver resultados Anexo 2).

Tabla N° 11: Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la dimensión emocional

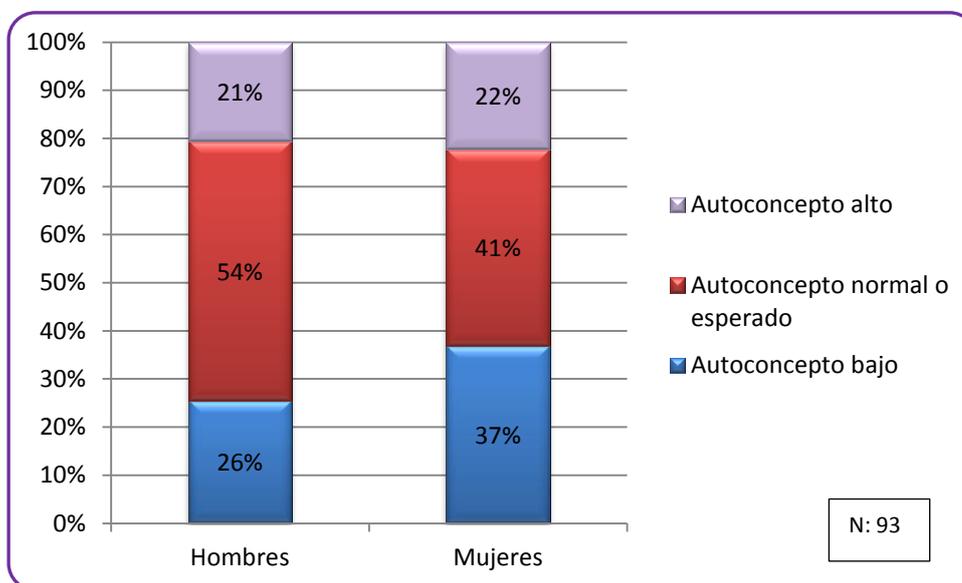
Dimensión emocional	General	Mujeres	Varones
Tengo miedo de algunas cosas	54,35	64,81	39,87
Muchas cosas me ponen nervioso	59,56	64,94	52,10
Me asusto con facilidad	35,78	40,42	29,35
Cuando personas mayores me dicen algo me pongo nervioso	28,88	33,55	22,41
Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor	43,65	51,64	32,56
Me siento nervioso	32,26	38,40	23,74

Fuente: Elaboración propia

Dimensión Familiar:

En el grafico N° 16, se puede observar que, en la dimensión familiar, un 54% de los varones presentaban un nivel de autoconcepto normal mientras que en las mujeres solo un 41% y, un 37%, un nivel de autoconcepto bajo.

Grafico N°16: Nivel de Autoconcepto en la dimensión Familiar



Fuente: Elaboración propia

Las puntuaciones más altas fueron “Me siento querido por mis padres”, “mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema” y “me siento feliz en casa” y las más bajas “mi familia esta decepcionada de mi”. Sin embargo es interesante destacar que en los varones se observaron puntuaciones más altas en “me siento querido por mis padres” y “mis padres me dan confianza”.

Tabla N° 12: Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la dimensión familiar

Dimensión familiar	General	Mujeres	Varones
Soy muy criticado en casa	36,63	35,14	38,69
Me siento feliz en casa	72,35	72,29	72,43
Mi familia esta decepcionada de mi	18,00	21,01	13,82
Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema	81,44	80,83	82,28
Mis padres me dan confianza	73,91	69,57	76,69
Me siento querido por mis padres	84,47	78,96	91,66

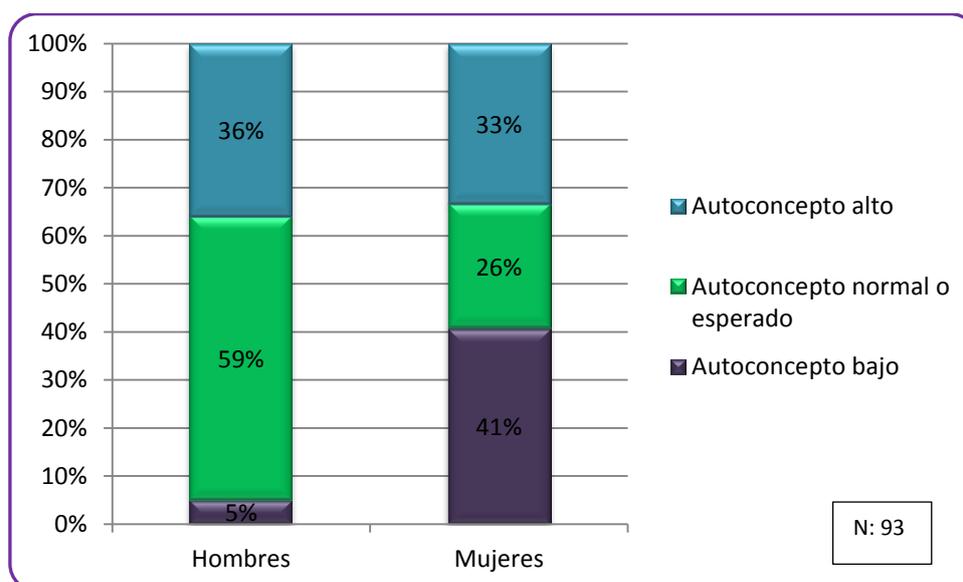
Fuente: Elaboración propia

No se observó correlación entre la dimensión Familiar del Autoconcepto y las prácticas de salud. (ver resultados Anexo 2).

Dimensión Física:

Los resultados obtenidos en la Dimensión física se pueden observar en el siguiente gráfico.

Gráfico N°17: Nivel de Autoconcepto en la dimensión Física



Fuente: Elaboración propia

En esta dimensión se observaron diferencias notables entre mujeres y varones. El 59% de los varones presentó un nivel de autoconcepto normal o esperado, y un 36% un nivel alto de autoconcepto. En las mujeres se observó solo un 26% con un nivel de autoconcepto normal y un alto porcentaje, un 41% con un nivel de autoconcepto bajo.

Tabla N° 13: Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la dimensión física

Dimensión física	General	Mujeres	Varones
Me cuido físicamente	48,96	39,48	62,07
Me buscan para realizar actividades deportivas	38,26	25,05	56,53
Me considero elegante	49,75	42,29	60,07
Me gusta como soy físicamente	61,91	53,96	72,92
Soy bueno haciendo deportes	57,16	42,40	77,58
Soy una persona atractiva	57,76	50,33	68,05

Fuente: Elaboración propia

En todos los ítems de la dimensión física se observaron puntuaciones altas en los hombres y más bajas en las mujeres, principalmente en el caso del ítem “me buscan para realizar actividades deportivas” y “soy bueno haciendo deportes”, “me cuido físicamente” y “me gusta como soy físicamente”.

En las mujeres, la dimensión física correlaciona con la actividad física y el deporte ($r = 0,59$) y en menor lugar con el autocuidado y cuidado medico ($r = 0,37$) y hábitos alimenticios ($r = 0,31$). En los varones correlaciona únicamente con la actividad física y el deporte ($r = 0,42$). (ver resultados en Anexo 2).

Relacionando el nivel de Autoconcepto de los alumnos y la calificación general del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de vida se observaron los siguientes resultados:

Para determinar la influencia del nivel de autoconcepto en el estilo de vida, se analizó como se comportaba la variable nivel de autoconcepto en todas sus dimensiones a medida que aumentaba el Estilo de Vida de los alumnos.

Tabla N°14: Puntuaciones medias por dimensión del Nivel de Autoconcepto a medida que mejora el Estilo de Vida en las mujeres

	Calificación general del cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida		
	270-299	300-346	347-374
Dimensión académico/laboral	20,54	28,51	49,5
Dimensión social	33,72	41,39	43,75
Dimensión emocional	47,27	36,93	60
Dimensión Familiar	48	38,51	60
Dimensión Física	30,09	41,36	63,75
	11 mujeres	33 mujeres	4 mujeres

Fuente: Elaboración propia

Es notable observar que, en las mujeres, el nivel de autoconcepto en las dimensiones académico/laboral, social y especialmente en la dimensión física aumenta a medida que lo hace el Estilo de Vida. Las dimensiones emocional y familiar no tienen un comportamiento determinado a medida que mejora el estilo de vida.

En los varones, se detecta el mismo comportamiento, es decir, a medida que mejora el Estilo de Vida también lo hace el nivel de Autoconcepto en las dimensiones académico/laboral, dimensión social y física.

Tabla Nº15: Puntuaciones medias por dimensión del Nivel de Autoconcepto a medida que mejora el Estilo de Vida en los varones

	Calificación general del cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida		
	270-299	300-346	347-374
Dimensión académico/laboral	7,27	29,24	-
Dimensión social	49,54	56	-
Dimensión emocional	61,36	55,68	-
Dimensión Familiar	49,72	47,16	-
Dimensión Física	50	71,56	-
	12 varones	26 varones	

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones



A partir del análisis e interpretación de los resultados se puede concluir según los objetivos de esta investigación que:

En relación a las practicas de salud, se observaron practicas poco o no saludables en la dimensión Actividad Física y deporte (82% de los alumnos), en Autocuidado y cuidado medico (un 64 % e los alumnos), en hábitos alimentarios (un 52% de los alumnos) y en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (en un 40% de los alumnos). Esto coincide con la realidad de que en el ultimo siglo ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, enfermedades dentales, ciertos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y degenerativas y hoy sabemos que los estilos de vida están relacionados con los principales factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, destacándose, como en esta investigacion, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios y el sedentarismo.

En las dimensiones de Recreación y manejo el tiempo libre y hábitos del sueño, se observaron prácticas de salud más saludables, en un 70% y 81% respectivamente.

Lo que respecta a las creencias sobre salud, en todas las dimensiones se observaron creencias altas y muy altas, con excepción de las creencias de sueño, que un 55% presentaba creencias bajas.

En cuanto a la relación entre las practicas y creencias se determino que un 80% de los alumnos poseen un Estilo de Vida Saludables y un 20% un Estilo de Vida Muy Saludable. Sin embargo, cabe destacar que en varias de las dimensiones se observó una incongruencia entre el nivel de creencias favorables o desfavorables de la salud y el tipo de prácticas ejecutadas. De hecho, solo en la dimensión Autocuidado y cuidado medico, el comportamiento de los alumnos es coincidente entre prácticas y creencias. Es decir, los alumnos tienen creencias favorables con la salud en todas las dimensiones, excepto en la dimensión sueño, pero no actúan de acuerdo a este reconocimiento. En esta investigación se evidenciaron resultados acordes con otras investigaciones¹: altas o muy altas creencias favorables sobre la salud, y practicas poco o no saludables en la mayoría de las dimensiones; y baja presencia de creencias favorables a la salud con practicas saludables como en el caso de la dimensión sueño.

¹ Arrivillaga Marcela, Salazar, Cristina Isabel, Corre Diego, "Creencias sobre la salud y su relación con las practicas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios", **Rev. Colombia Medica**, Volumen 34 N° 4, Universidad del Valle, Cali, Colombia, 2003.

Es por ello que podemos concluir que la sola percepción individual no determina el comportamiento, ya que las personas pueden tener la creencia de que un determinado problema de salud es importante, pero no tienen la percepción de que ellos son vulnerables a ese problema y por ello no previenen. Igualmente aunque el conocimiento de algo, por si solo no es un indicador de cambio conductual, si es cierto que si se brinda cierta información se iniciara un proceso que conducirá a un cambio de comportamiento. Sin embargo, se hace indispensable diseñar programas orientados hacia la promoción de estilos de vida saludable que contemplen procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición y la motivación y no la mera transmisión de información.

Haciendo referencia al Estado Nutricional de los alumnos, los resultados mostraron que el mayor porcentaje de los alumnos (57%) presentaba un Índice masa Corporal normal, sin embargo es significativo observar que un 36% de los alumnos encuestados posee exceso de peso. Esto es correlativo con el alto porcentaje de prácticas poco o no saludables en Actividad Física y Hábitos Alimentarios.

Otros factores que se convierten en variables importantes son las características sociodemográficas de la población estudiada. Mediante las encuestas realizadas se detectó que los alumnos presentaban un amplio rango de edad de 18 a 63 años, aunque con un predominio del 58% de alumnos que tienen entre 18 y 20 años, la mayoría (58%) con antecedentes de haber comenzado el nivel secundario formal pero abandonaron, un 41% de los alumnos trabaja y el resto, un 59% no trabaja y un 30% de los alumnos que no trabajan, están desocupados, esto quiere decir que están buscando activamente trabajo y no consiguen. La estructura familiar de los alumnos también cobra relevancia con familias integradas en su mayoría por 3 a 4 personas de tipo completa nuclear, conformadas por un núcleo conyugal primario (padre, madre e hijos). Pero es interesante destacar que un 30% de las familias están conformadas solamente por uno de los 2 padres y un 21% de las familias están conformadas no solamente por el núcleo familiar primario sino también por parientes no- nucleares (hijos casados, nietos, padres, suegros, tíos, primos) y que los ingresos familiares totales no superan en un 59% los \$7500.

En relación al nivel de Autoconcepto de los alumnos, se encontraron niveles normales o esperables de autoconcepto en las dimensiones social y emocional tanto en mujeres como varones. En la dimensión familiar, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres donde un 54% de los varones presentaban un nivel de autoconcepto normal mientras que en las mujeres solo un 41% y, un 37%, un nivel de autoconcepto bajo.

Cabe destacar que las dimensiones donde los alumnos presentaron niveles de autoconcepto bajos fueron en la dimensión académico/laboral y la dimensión física. En el caso de la primera en un 56 % en mujeres y 59% en varones presentaron un nivel de autoconcepto bajo. En la dimensión física se observaron notables diferencias según sexo. El 59% de los varones presentó un nivel de autoconcepto normal o esperado, y un 36% un nivel alto de autoconcepto. En las mujeres se observó solo un 26% con un nivel de autoconcepto normal y un alto porcentaje, un 41% con un nivel de autoconcepto bajo.

En cuanto a la determinación de la relación entre prácticas de salud y las dimensiones del autoconcepto, no se observó correlación en casi ninguna de las dimensiones. Sin embargo, la correlación mas significativa se encontro en la dimensión física, la cual, en las mujeres, correlaciona con la actividad física y el deporte y en menor lugar con el autocuidado y cuidado medico y hábitos alimenticios. En los varones correlaciona con la actividad física y el deporte coincidiendo con lo expuesto en otras investigaciones que avalan las relaciones positivas entre práctica física y autoconcepto físico.²

Considerando los objetivos planteados en esta investigación y el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección en los alumnos, no se puede confirmar la hipótesis, ya que el estudio no pudo verificar que a mayor nivel de autoconcepto los alumnos presentaran mejores estilos de vida, pero si se plantea la necesidad, como en otros investigaciones³, de estudiar la contribución de cada una de las dimensiones del autoconcepto en las conductas de salud. En esta investigación se observo que en las dimensiones académico/laboral, dimensión social y dimensión física, a medida que aumento el nivel de autoconcepto, se observa un estilo de vida más Saludable. Sin embargo, en la dimension emocional y familiar no se observó un comportamiento determinado a medida que mejora el estilo de vida.

Son muchas las razones para llevar un estilo de vida saludable, influyendo tanto factores socioculturales, económicos, ambientales como personales.

Como Licenciados en Nutrición y promotores de salud más que los procesos aislados que influyen en el mantenimiento de estilos de vida saludables, debemos actuar considerando todos los factores que pueden influir. Es por ello que es importante identificar que mecanismos psicológicos influyen en la adopción y

² Arantzazu, Goñi Alfredo, Ruiz de Azua Sonia, “ Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia”,

vol 15, nº 1 Madrid 2006

³ Balaguer Isabel , Pastor Yolanda, “Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media”, área e Psicología Social, Universidad de Valencia, en: www.psicologia-online.com

mantenimiento de estilos de vida saludables. En la relación nutricionista-paciente debemos entender que trabajamos con personas que tienen miedos, emociones, sentimientos y destaco la importancia del autoconcepto y la autoestima que influyen en las conductas de las personas y específicamente en la adopción de conductas saludables de salud.

Para lograr cambios en la conducta debemos incorporar la dimensión psicológica en todo ámbito de acciones en salud, especialmente en las de prevención y promoción. En la comunicación que se establezca a través de una adecuada relación nutricionista-paciente radica una clave esencial para el éxito de la intervención en salud; esto es especialmente cierto en ciertas materias tan complejas como la adhesión a tratamientos, mucho mas cuando este tratamiento involucra medidas complejas y de difícil aplicación, como el caso del cambio de los estilos de vida. La entrevista Motivacional es una herramienta útil para el profesional de salud, para todos los profesionales que participen en la atención primaria y no exclusivamente para quienes tienen una formación de tipo psicológico. Debemos intentar lograr que el paciente desarrolle al máximo su motivación por el cambio de comportamiento, que el paciente resuelva la ambivalencia frente al cambio, adoptando una decisión positiva de cambiar, que el paciente incremente la confianza en sus propias capacidades, que el paciente decida por si mismo las metas de cambio, y que el paciente adopte las medidas necesarias para convertir en realidad su intención de cambio, ya que, como quedo constatado en este estudio, el solo conocimiento de practicas saludables no alcanza para llevar acabo modificaciones en la conducta.

En función de los resultados y conclusiones obtenidas en este estudio, se sugieren posibles interrogantes a futuro, como ser, realizar el estudio en otros grupos etéreos, como la adolescencia, estudiar que otros factores psicológicos interfieren en la adopción de estilos de vida y como se manifiesta el nivel de autoconcepto en pacientes con patologías crónicas y su adhesión al tratamiento.

Bibliografía



- Arantzazu, Goñi Alfredo, Ruiz de Azua Sonia, “ Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia”, **Intervencion Psicosocial**, vol 15, nº 1 Madrid 2006
- Asociacion Argentina de dietistas y nutricionistas, (manual metodologico) en: www.aadynd.org.ar
- Britos Sergio, Nutrición y Salud como conceptos de innovación, Énfasis Alimentación, año XIV, junio 2008, pp 24-31
- http://www.alimentosargentinos.gov.ar/contenido/marco/CAA/Capitulo_01.htm
- De Girolami Daniel, Gonzales Infantino Carlos, **Clinica y terapeutica en la Nutricion del Adulto**, Editorial El Ateneo.
- Dupetit, S. **La adicción a las drogas**. 1º edición. Ed. Salto Ediciones. Buenos Aires 2001
- Esnaola Etxaniz, Igor ,“El Autoconcepto Físico durante el ciclo vital”, Universidad de Murcia, 2008, en: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/8148>
- Espinosa Gonzalez, Leticia (2004), “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad”, **Rev Cubana Estomatol**, en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm
- Florez Alarcon Luis, Carranza William Andrés, “La entrevista Motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles”, **Avances en Psicología Latinoamericana**, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, 2007, en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79925205>
- Gabin de Sardoy Maria de las Mercedes “Productos alimentarios dietéticos en la sociedad moderna. Utilidad e impacto en la alimentación hipocalórica en adultos”. *Diaeta* vol.27 no.128 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./set. 2009
- Garcia Fernandez Jose, Musitu Gonzalo, Veiga Feliciano “Autoconcepto en adultos de España y Portugal”, Universidad de Valencia, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla) y Universidad de Lisboa (Portugal) **Psicothema** 2006. Vol. 18, nº 3
- García Fernando y Musitu Gonzalo, AF5, Autoconcepto Forma 5, **Publicaciones de Psicología Aplicada**, TEA ediciones, 2da edición, Madrid, 2001, p.5
- Gibney Michael, Margetts Barrie, Kearney John M., Arab Lenore, **Nutrición y Salud Publica**, Editorial ACRIBIA, S.A, Zaragoza, España. p. 119
- Lalonde, Marc, El concepto de “Campo de Salud”: una perspectiva canadiense, en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/50923.pdf>

- Martínez Alfredo, Astiasarán Iciar, Madrigal Herlinda, **Alimentación y Salud Pública**, 2da edición.
- Mc Coach D. (2002) "Factors that differentiate under achieving gifted students from high- achieving gifted student". New York. International Edition.
- Montero Bravo A. , Úbeda Martín N. y García González A., "Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales", Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos. facultad de Farmacia. Universidad San Pablo-CEU. Madrid. España, en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n4/original1.pdf>
- Muller Manfred J., Trautwein, Elke A, **Nutrición y Salud Pública**, Editorial ACRIBIA, S.A, Zaragoza, España, p. 143 y 144.
- Organización Mundial de la Salud, **Promoción de la Salud, Glosario**.
- Pappaletlera Norma beatriz, Kepic Adriana, **El autoconcepto profesional en la formación docente**, capítulo 1, p. 1.
- Revuelta Colomer Concha y Alvarez-Dardet Diaz Carlos, **Promoción de la salud y cambio social**, editorial Elsevier Masson, España, p. 7
- Romo Donaire Ana Maria, "Imagen corporal, Alimentación y Calidad de vida", Departamento de Psicología de la Salud, en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3765/1/PowerPoint%20%20TEMA4.pdf>
- Serra Majem Luis, Aranceta Bartrina Javier, **Nutrición y Salud Pública**. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2da edición.

Sitios consultados:

- <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>
- <http://www.usda.gov./cnpp/Pubs/DG2000/Index.htm>
- <http://www.nutricionsana.com/wp-content/uploads/2010/10/alimentacion-condicionante-salud.pdf>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- www.publicaciones.ops.org.ar
- www.cepmotilla.es/tutor/gades/gades_autoestima.pdf
- <http://www.antropocaos.com.ar/documentos/ResumenClase6.pdf>
- <http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Aguirre.pdf>
- <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/tresejesdelconceptodeseguridadalimentaria.pdf>
- http://www.nutrinfo.com/pagina/info/seguridad_alimentaria_argentina_en_crisis.pdf
- <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
- www.who.int/whr/2002Y
- http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/
- <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>
- http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html

Anexo



ANEXO 1

Categorización del Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de vida.

(Arrivillaga, M.;Salazar, I. y Gómez, I. 2002).

- Condición, Actividad física y Deporte : Items 1- 6 y 70- 74
- Recreación y Manejo del Tiempo Libre: Items 7 -11 y 75- 78
- Autocuidado y Cuidado Médico: Items 12- 32 y 79- 91
- Hábitos Alimenticios: Items 33- 49 y 92 -98
- Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas: Items 50 -59 y 99 -109
- Sueño: Items 60 -69 y 110 – 116

Las **CATEGORIAS DE CLASIFICACION** establecidas fueron:

- Prácticas:
 - Muy saludables
 - Saludables
 - Poco saludables
 - No saludables
- Creencias:
 - Según el grado de presencia de Creencias Favorables a la Salud:
 - Muy Alto
 - Alto
 - Bajo
 - Muy Bajo

Categorías de Clasificación del Estilo de Vida por Dimensión:

ESTILO DE VIDA	PRACTICAS	CREENCIAS
Muy saludables	Muy saludable	Muy alta
Saludables	Muy Saludables Saludables Saludables Saludables	Alta Alta Muy Alta Baja
Poco Saludable	Poco saludable Poco saludable Poco saludable	Alta Baja Muy baja
No Saludable	No Saludable No Saludable	Baja Muy Baja

Rangos de clasificación para las Prácticas:

Prácticas	Rangos			
	No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy saludable
Condición, actividad física y deporte	6- 10	11- 15	16- 20	21- 24
Recreación y	5 – 8	9 -12	13- 16	17- 20

manejo del tiempo libre				
Autocuidado y cuidado medico	21- 36	37- 52	53- 68	69- 84
Habitos Alimenticios	17- 29	30 -42	43- 54	55- 68
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	10- 17	18- 25	26- 33	34- 40
Sueño	10- 16	17- 24	25- 32	33- 40

Rangos de clasificacion para las creencias:

Creencias	Rangos			
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy Alto
Condicion, actividad fisica y deporte	5- 8	9- 12	13- 16	17- 20
Recreación y manejo del tiempo libre	4- 6	7- 9	10- 12	13- 16
Autocuidado y cuidado medico	13- 22	23- 32	33- 42	43- 52
Habitos Alimenticios	7 -12	13- 18	19- 24	25- 28
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	11- 18	19- 26	27- 34	35- 44
Sueño	7 -12	13- 18	19- 24	25- 28

Rangos de clasificacion del Estilo de Vida para todo el Cuestionario:

ESTILO DE VIDA	RANGOS DE CLASIFICACION
Muy Saludable	348- 464
Saludable	261- 347
Poco Saludable	174- 260
No Saludable	116- 173

ANEXO 2

Relación entre practicas y creencias sobre Estilos de Vida:

Dimensión actividad física y deporte (tabla 3)

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Chi-cuadrado):

Chi-cuadrado (Valor observado)	7,640
Chi-cuadrado (Valor crítico)	9,488
GDL	4
p-valor	0,106
Alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 10,57%.

Dimensión Recreación y manejo del tiempo libre (tabla 4)

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Chi-cuadrado):

Chi-cuadrado (Valor observado)	3,048
Chi-cuadrado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	0,803
Alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 80,28%.

Dimensión Autocuidado y cuidado medico (tabla 5)

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Chi-cuadrado):

Chi-cuadrado (Valor observado)	20,414
Chi-cuadrado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	0,002
Alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0, y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 0,23%.

Dimensión Hábitos Alimenticios (tabla 6)

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Hábitos alimenticios / Hábitos alimenticios):

Chi-cuadrado (Valor observado)	12,223
Chi-cuadrado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	0,057
Alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 5,72%.

Dimensión Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (tabla 7)

Prueba de independencia entre las filas y columnas (Consumo alcohol, tabaco y drogas / Consumo alcohol, tabaco y drogas):

Chi-cuadrado (Valor observado)	4,365
Chi-cuadrado (Valor crítico)	9,488
GDL	4
p-valor	0,359
Alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 35,89%.

Dimensión Sueño (tabla 8)

Prueba de independencia entre las filas y columnas (sueño / sueño):

Chi-cuadrado (Valor observado)	8,248
Chi-cuadrado (Valor crítico)	12,592
GDL	6
p-valor	0,220
Alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 22,05%.

Matriz de correlación (Pearson):

Mujeres

Variables	Dimensión laboral	Dimensión social	Dimensión emocional	Dimensión familiar	Dimensión Física	cond. Act.Física y deporte	Recreación	Autocuidado	Hábitos alimenticios	Consumo alcohol	sueño
Dimensión laboral	1	0,283	-0,179	-0,063	0,366	-0,032	-0,096	0,299	0,230	-0,186	-0,030
Dimensión social	0,283	1	-0,012	0,129	0,352	0,310	-0,095	0,192	0,160	-0,078	0,117
Dimensión emocional	-0,179	-0,012	1	0,058	-0,035	0,129	0,247	0,085	0,048	-0,219	0,199
Dimensión familiar	-0,063	0,129	0,058	1	-0,027	0,105	0,228	-0,129	-0,124	0,153	0,282
Dimensión Física	0,366	0,352	-0,035	-0,027	1	0,591	0,055	0,373	0,317	0,168	0,179
cond. Act.Física y deporte	-0,032	0,310	0,129	0,105	0,591	1	0,268	0,013	0,147	0,228	0,059
Recreación	-0,096	-0,095	0,247	0,228	0,055	0,268	1	-0,275	-0,248	0,083	-0,016
Autocuidado	0,299	0,192	0,085	-0,129	0,373	0,013	-0,275	1	0,538	0,227	0,243
Hábitos alimenticios	0,230	0,160	0,048	-0,124	0,317	0,147	-0,248	0,538	1	0,246	0,266
Consumo alcohol	-0,186	-0,078	-0,219	0,153	0,168	0,228	0,083	0,227	0,246	1	0,222
sueño	-0,030	0,117	0,199	0,282	0,179	0,059	-0,016	0,243	0,266	0,222	1

Los valores en negrita son diferentes de 0 con un nivel de significación
alfa=0,05

Varones:

Variables	Dimensión laboral	Dimensión social	Dimensión emocional	Dimensión familiar	Dimensión Física	cond. Act.Física y deporte	Recreación	Autocuidado	Hábitos alimenticios	Consumo alcohol	sueño
Dimensión laboral	1	0,267	0,080	0,211	0,360	0,072	-0,313	0,314	0,257	0,174	0,021
Dimensión social	0,267	1	0,397	0,096	0,012	-0,274	-0,167	0,129	-0,111	-0,111	0,037
Dimensión emocional	0,080	0,397	1	0,046	-0,036	0,014	0,258	0,032	-0,032	0,063	0,281
Dimensión familiar	0,211	0,096	0,046	1	0,186	-0,313	-0,097	0,219	-0,132	0,213	0,155
Dimensión Física	0,360	0,012	-0,036	0,186	1	0,420	0,097	0,195	0,066	0,076	0,322
cond. Act.Física y deporte	0,072	-0,274	0,014	-0,313	0,420	1	0,382	-0,041	0,307	0,064	-0,022
Recreación	-0,313	-0,167	0,258	-0,097	0,097	0,382	1	0,191	-0,194	-0,004	0,412
Autocuidado	0,314	0,129	0,032	0,219	0,195	-0,041	0,191	1	0,111	-0,029	0,324
Hábitos alimenticios	0,257	-0,111	-0,032	-0,132	0,066	0,307	-0,194	0,111	1	0,479	0,034
Consumo alcohol	0,174	-0,111	0,063	0,213	0,076	0,064	-0,004	-0,029	0,479	1	-0,001
sueño	0,021	0,037	0,281	0,155	0,322	-0,022	0,412	0,324	0,034	-0,001	1