



UNIVERSIDAD ISALUD

**LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES
Y LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA
COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
(DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR)
EN ADULTOS MAYORES**

Autor: Mariana C. Lanza
Asignatura: Trabajo Final Integrador
Profesores: Esperanza O' Reilly

ÍNDICE

A) Resumen.....	3
B) Abstract	4
1.Introducción.....	6
1.1. Objetivos	7
1.1.1. Objetivo general.....	7
1.1.2. Objetivos específicos	7
2.Marco Teórico.....	9
Cambios en el proceso de envejecimiento.....	10
Cambios en la densidad ósea	10
Cambios Metabólicos.....	11
Cambios a nivel Cardiovasculares	11
Cambios en la Actividad Física	11
Requerimientos dietéticos	11
Energía	11
Proteínas.....	11
Carbohidratos.....	11
Grasa	12
Minerales.....	12
Vitaminas	13
2.1 Artículo I.....	18
“Ejercicio físico en enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor”.....	18
2.2 Artículo II	19
“Análisis de enfermedades crónicas no transmisibles en el consultorio de medicina general, CeSAC N°4, Ciudad Autónoma de Buenos Aires”	
3.Metodología.....	23
3.1. Hipótesis o supuesto de la investigación.....	23
3.2. Población y muestra.....	23
3.2.1. Criterios de inclusión	23
3.2.2. Criterios de exclusión	23
3.3. Materiales y métodos.....	23
3.3.1. Variables relevantes.....	23
3.3.2. Variables no relevantes.....	23
3.3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	24
Modelo de encuesta.....	24
4. Procesamiento de datos.....	28
3.4. Taller de hipertensión.....	28
4.5. Taller de diabetes	28
4.3 Taller de enfermedad cardiovascular	29

. Resultados	53
El análisis	53
Distribución de las personas (según sus edades)	53
Descripción del grupo de estudio (por sexo, edad y patología)	54
Hábitos alimentarios de alumnos con hipertensión	54
Hábitos alimentarios de alumnos con diabetes	57
Hábitos alimentarios de alumnos con diabetes e hipertensión	59
Hábitos alimentarios de alumnos con enfermedad cardiovascular	61
Hábitos alimentarios de alumnos con enfermedad cardiovascular e hipertensión	63
5. Conclusiones	66
CUERPO 2	69
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXO	69
6. Bibliografía	70
7 Anexo	
7.1 Conclusiones de los talleres realizados	72
7.1.1 Conclusiones del taller de hipertensión	72
7.1.2 Conclusiones del taller de diabetes	73
7.1.3 Conclusiones del taller de enfermedad cardiovascular	74
7.2 Encuestas	74

A) Resumen

Los hábitos alimentarios saludables y la actividad física como tratamiento no farmacológico de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular) en adultos mayores.

Autor: Lanza, Mariana

Institución: Isalud

Resumen

Introducción: El propósito de este trabajo es describir las características de los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial) y analizar como repercuten la actividad física y los buenos hábitos alimentarios en el tratamiento de estas enfermedades.

Objetivo: Comprobar los efectos beneficiosos de la actividad física y los hábitos alimentarios saludables como tratamiento no farmacológico de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial) en adultos mayores

Materiales y métodos: Se realizó un estudio explicativo, pre-experimental, retrospectivo y longitudinal. El mismo tuvo fecha de inicio en septiembre de 2010; y de finalización en mayo de 2011.

Mediante encuestas autoadministradas, se evaluó el consumo de alimentos y la cantidad y el tipo de actividad física de 101 adultos mayores que concurren a Megatlon Racing Club Avellaneda. Los datos obtenidos se volcaron y se procesaron en Excel.

Resultados: Los resultados de las encuestas y el análisis de las mismas mostraron que los talleres, sobre tener una alimentación saludable y hacer actividad física, han sido un método efectivo en el tratamiento de patologías crónicas no transmisibles.

Conclusiones: Los adultos mayores con hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y/o diabetes que practican actividad física y consumen una alimentación saludable, disminuye la medicación que consumen y la sintomatología ocasionada por dichas patologías.

Palabras clave: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular, alimentación saludable, actividad física

B) Abstract

Healthy eating habits and physical activity as non-pharmacological treatment of non-communicable chronic pathologies (diabetes, hypertension, and cardiovascular disease) in elderly adults

Author: Lanza, Mariana

Institution: Isalud

Summary

Introduction: The purpose of this paper is to describe the characteristics of elderly adults who suffer or not non-communicable chronic pathologies (diabetes, hypertension, and cardiovascular disease) and to analyze how physical activity and good eating habits affect the treatment of these diseases.

Objective: To prove the beneficial effects of physical activity and healthy eating habits as non-pharmacological treatment of non-communicable chronic diseases (diabetes, hypertension, and cardiovascular disease) in elderly adults.

Materials and methods: An explanatory, pre-experimental, retrospective, and longitudinal study was carried out from September 2010 to May 2011. By means of self-administered surveys, the food intake and the amount and type of physical activity of 101 elderly adults who attend Megatlon Racing Club Avellaneda were evaluated. Data obtained was entered and processed in Excel.

Results: The surveys' results and analysis showed that workshops about having a healthy diet and doing physical activity have been an effective treatment for non-communicable chronic diseases

Conclusions: Elderly people who suffer diabetes, hypertension, and/or cardiovascular disease who do physical activity and have a healthy diet need less medication and show a reduction in the symptomatology caused by such pathologies.

Key words: hypertension, diabetes, cardiovascular disease, healthy diet, physical activity

1. INTRODUCCIÓN

1.

El propósito de este trabajo es caracterizar al adulto mayor, que padece patologías crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular) y cómo repercute en su salud, calidad de vida, y tratamiento de estas enfermedades, la práctica de actividad física y los buenos hábitos alimentarios.

Los cambios fisiológicos y sociales que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido cómo los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste grupo.

Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son:

- Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.

Es muy útil para la comunidad conocer de estos beneficios. La práctica de actividad física y hábitos alimentarios saludables, en el caso particular de adultos mayores, es de suma importancia ya que mejoran notablemente sus condiciones. En ellos incluso ayuda a reducir notablemente la dosis de medicación utilizada para las patologías nombradas con anterioridad (diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión). También colabora en la disminución de muchas de las consecuencias que estas patologías generan, mejorando de este modo la calidad de vida de éstas personas.

El actual perfil epidemiológico de la población se caracteriza por un aumento de las expectativas de vida. Al mismo tiempo, en el país se observa un aumento de los factores de riesgo de enfermedades crónicas en todos los grupos de edad.

La evidencia científica internacional muestra una clara asociación entre los estilos de alimentación y de vida saludable, con una menor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son las cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, osteoporosis y anemia nutricional. En este caso se va a trabajar con Diabetes, Hipertensión y Enfermedad cardiovascular. La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* señala que el impacto de estas enfermedades sobre las personas es mayor en países en desarrollo en comparación con los países desarrollados.

Las tendencias alimentarias en las últimas dos décadas muestran un aumento en el consumo de grasa total, de grasas saturadas, colesterol e hidratos de carbono complejos y una baja ingesta de fibra dietética presente en frutas, verduras y hortalizas.

Entre las recomendaciones emitidas por grupos de expertos de la *Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/ Organización Mundial de la Salud (FAO/OMS)*, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y prevenir las citadas enfermedades, se señala como prioridad la educación en nutrición.

En nuestro país, una de las estrategias para la promoción de estilos de vida saludable son las guías alimentarias destinadas a la población sana. Su aplicación permite orientar a la población en la selección y consumo de alimentos favoreciendo el desarrollo de hábitos de vida saludable.

La actividad física a través del acondicionamiento es parte integral de cualquier plan para asegurar a las personas una vida saludable. La gente debe integrar a su vida hábitos saludables que le permitan facilitar la pérdida de peso, disminuir la presión arterial, disminuir la glucemia y, en términos generales, reducir el riesgo cardiovascular y de todas las causas de mortalidad.

El acondicionamiento físico traducido como actividad física regular, se considera entonces un componente importante de los denominados estilos de vida saludable.

Lo importante es que la actividad esté acomodada a las posibilidades del grupo, se presente de forma adecuada, ocupe en la programación el lugar oportuno y reciba un tratamiento didáctico tal, que permita a todos los participantes realizarla con éxito.

En cuanto a lo nutricional, el envejecimiento afecta de forma muy importante y a veces severa a los procesos de la digestión, absorción, utilización y excreción de nutrientes. Esto va a condicionar las estrategias dietéticas, nutricionales y culinarias de las personas o colectivos de avanzada edad.

Además será importante tener en cuenta las recomendaciones nutricionales para cada una de las patologías nombradas en párrafos anteriores. Como por ejemplo: reducir el consumo de sal o alimentos ricos en la misma en el caso de la enfermedad de Hipertensión o bien reducir o restringir azúcares y dulces en adultos mayores que padecen diabetes, o bien reducir las grasas saturadas y el colesterol en patología como la cardiovascular.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Observar la percepción sobre los efectos beneficiosos que la práctica de actividad física y hábitos alimentarios saludables como tratamiento no farmacológico de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular) genera en adultos mayores.

1.1.2. Objetivos específicos

- Conocer las características relevantes de la práctica de actividad física y su incidencia positiva sobre las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular).
- Explorar el conocimiento en adultos mayores acerca de los beneficios de una alimentación saludable como tratamiento no farmacológico de patologías crónicas no transmisibles.
- Indagar acerca de los resultados obtenidos, comparando para ello, los estudios médicos previos y posteriores al taller de alimentación saludable y actividad física, en adultos mayores.

Mediante este trabajo de investigación se pretende conocer acerca de los beneficios del uso de una dieta adecuada y saludable; y la práctica de actividad física como tratamientos no farmacológicos de enfermedades crónicas como Diabetes, Hipertensión y Enfermedad Cardiovascular, caracterizadas y explicadas a continuación.

También se pretende concientizar a médicos y profesionales de la salud de la importancia de una dieta adecuada y la prescripción de actividad física como tratamiento no farmacológico conjunto a la medicación pertinente para cada una de estas patologías crónicas citadas anteriormente. Con esto también educar, orientar e informar a las personas que padecen éstas

patologías acerca de las características y beneficios de una dieta saludable y adecuada, así como también de la práctica de actividad física.

Finalmente se proyecta hacia políticas en salud, mediante la implementación de normas y protocolos de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles en la red pública y complementaria del Sistema Nacional de Salud.

2. MARCO TEORICO

2.

Con el fin de organizar los datos de la realidad y constituir puntos de partida para subsiguientes análisis, se seleccionaron y analizaron los siguientes conceptos y temas a tratar en la siguiente trabajo.

Cabe señalar que en un primer momento se definirá la población a trabajar y las características de la misma frente a las enfermedades crónicas, en este caso Diabetes, Enfermedad Cardiovascular, Hipertensión. También caracterizaremos estas enfermedades y sus características; y como las mismas pueden mejorar sus consecuencias a través de la práctica de actividad física y alimentación saludable como tratamiento no farmacológico.

Se sabe que los determinantes de la salud son muchos; unos de índole biológico, otros se relacionan con el medio ambiente y el estilo de vida, siendo la alimentación y la nutrición, junto con la actividad física factores muy determinantes para la salud.

Una alimentación saludable es aquella que contiene todos los nutrientes que el individuo necesita, en cantidad y proporción adecuada. Para ello deben estar representados todos los grupos de alimentos con la frecuencia y ración adecuada, siguiendo las recomendaciones de cada nutriente.

En la mayoría de las enfermedades, la nutrición tiene un papel muy importante, ya que ayuda a tener un mejor tratamiento, así como una excelente recuperación, haciendo que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

A continuación, se explicarán algunas de las enfermedades más comunes en las cuales la nutrición y la práctica de actividad física, tienen un papel muy significativo en su tratamiento, y aquellos conceptos vinculados a este trabajo de investigación:

Teniendo en cuenta el concepto definido por la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, se entiende como **adulto mayor** a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte.

Cambios en el proceso de envejecimiento.

Cuando el cuerpo alcance la madurez fisiológica, la velocidad de los cambios degenerativos llega a ser mayor que la velocidad de regeneración celular. El envejecimiento se caracteriza por una pérdida de masa corporal magra y cambios en la mayoría de los sistemas corporales. Se detallan a continuación los cambios más influyentes en este trabajo.

Cambios en la densidad ósea

La densidad ósea disminuye y la osteoporosis una complicación frecuente. Las mujeres posmenopáusicas suelen verse más afectadas por este mal. Los estrógenos ayudan a preservar la resistencia de los huesos a lo largo de la vida de la mujer. Después de la menopausia, al disminuir la producción de dichas hormonas, los huesos se encuentran desprotegidos y tienden a volverse más endebles. Además hay acortamiento de la columna vertebral lo que hace que haya pérdida de estatura.

Cambios Metabólicos

Se observa una disminución de la tolerancia a la glucosa (azúcar), lo que provoca un aumento de la glucosa en sangre. La velocidad metabólica basal disminuye 20%, empezando esa disminución después de los 30 años, esto en parte debido a la disminución de la masa corporal magra. Esto significa que la necesidad del aporte calórico es menor, lo que muchas veces no ocurre, por lo que da lugar a un aumento de peso, que puede conducir a obesidad si no se soluciona a tiempo.

Cambios a nivel Cardiovasculares

Aproximadamente el 70% de las muertes en personas de más de 75 años de edad son las enfermedades cardiovasculares. La hipertensión muchas veces coincide con otras enfermedades como la diabetes, obesidad, aterosclerosis etc. Con la edad adulta los vasos sanguíneos se vuelven menos elásticos y aumenta la resistencia periférica total. Esto conduce aumento de la presión arterial.

El colesterol en los hombres se mantiene aumentando hasta los 60 años de edad, mientras que el de las mujeres hasta los 70 años, aumentando también el colesterol LDL (colesterol malo).

Cambios en la Actividad Física.

El adulto mayor por lo general es sedentario y a veces les es difícil el movimiento. Este cambio afecta la potencia de los músculos, la funcionalidad, el mantenimiento óseo y el tejido muscular. La masa magra disminuye y aumenta la masa grasa.

Requerimientos dietéticos

Energía

Los requerimientos de energía disminuyen con la edad.

El aporte de energía a través de los alimentos debe adaptarse a las necesidades de cada individuo en función de la edad, talla, peso ideal, actividad física, patologías entre otros.

Aunque el metabolismo de este grupo de edad disminuye, No se debe dar dietas muy bajas en calorías porque no se cubrirían las necesidades de proteína, calcio, hierro y vitaminas. Lo más importante será seleccionar alimentos de alto valor nutricional.

Proteínas

Para calcular la cantidad de proteínas debe tenerse en cuenta la función renal y mantener el balance nitrogenado.

Carbohidratos

La cantidad que se debe consumir por día, dependerá de si existe intolerancia a los carbohidratos o diabetes. En general se recomienda entre 45 a 55% del aporte calórico diario en forma de carbohidratos complejos preferentemente.

No se debe ingerir en exceso azúcar refinado. Por el contrario la fructosa a través de frutas y zumos es una mejor opción.

La ración de fibra debe ser de 30 gramos por día (muy importante en la prevención del estreñimiento, junto el consumo de líquido en agua, jugos de fruta natural etc.).

Grasa

La ración lipídica debe ser del 25 al 30% de la energía total diaria.

Los adultos mayores con antecedentes de arteroesclerosis deben reducir la cantidad de grasas de origen animal.

El colesterol debe ser menor a los 300 mg/día.

Minerales

Calcio

Se ha recomendado una ingesta diaria que va desde 1000 hasta 1500mg en mujeres posmenopáusicas.

La leche es la fuente principal de Calcio. Un vaso (200 ml) proporciona unos 250 mg. Igualmente son excelentes fuentes el queso, el yogurt, y otras leches fermentadas.

Hierro

La anemia es frecuente en los adultos mayores y suele relacionarse con pérdidas de sangre, a menudo del sistema gastrointestinal.

Se recomienda para este grupo de edad 10 mg/día.

Recuerde que la absorción se puede ver afectada por el té, por el exceso de calcio y por el contrario se puede mejorar por la vitamina C. Las mejores fuentes de hierro siempre son las de origen animal.

Las mejor fuentes de hierro son: las carnes rojas seguido por mariscos, pescado, verduras de hojas verdes y yema de huevo.

Zinc

La deficiencia de cinc se relaciona con alteración de la función inmunológica, anorexia, cicatrización retardada de las heridas y presencia de úlceras por permanecer acostados en forma prolongada.

Se recomienda una ingesta diaria de 15mg/día en hombre y 12mg/día en mujeres.

La fuente principal de cinc la constituyen las carnes, pescado y huevos. También los cereales completos y las legumbres constituyen una fuente importante.

Sodio

Debido a que la hipertensión es frecuente, en la alimentación del adulto mayor se recomienda reducir el consumo de sodio a 2 a 4g/día. En algunos casos, por ejemplo cuando hay consumo de diuréticos, se recomienda suplemento de magnesio y potasio.

Vitaminas

Algunas vitaminas en el adulto mayor suelen estar en aumento del requerimiento por día.

Vitamina D

Es por lo general deficiente en personas que permanecen en asilos y no reciben luz solar. La recomendación es de 5 µg/día.

Vitamina C

Suele estar en deficiencia en el adulto mayor. Una dieta adecuada ayudará a cubrir el requerimiento. Inclusive se cree que la Vitamina C puede tener cierta prevención en la aparición de cataratas.

Investigaciones muestran que niveles mayores de vitamina B6 y B12 y folatos confiere protección contra la elevación de homocisteína, un factor de riesgo independiente contra las enfermedades cardiovasculares, depresión y ciertas deficiencias neurológicas.

De acuerdo a la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* la **actividad física** comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. En muchas oportunidades, se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener uno o varios aspectos de la condición física.¹

La vejez se encuentra asociada con la aparición de diversas enfermedades, entre ellas las llamadas “crónicas”, trabajadas en la presente investigación.

La **Hipertensión Arterial (HTA)** se define por un nivel de tensión arterial elevada.

La hipertensión ocurre como resultado de una resistencia aumentada al flujo de sangre de los vasos sanguíneos pequeños que tienen paredes musculares; la mayoría de los casos la presión arterial elevada es causada porque éstos vasos sanguíneos pierden su capacidad de relajarse de forma normal.

A continuación se presenta una tabla que clasifica los diferentes niveles de HTA en los adultos mayores de 18 años:

Clasificación	TAs mmHG*	TAd mmHg*	Estilos de vida	INICIO TERAPIA FARMACOLOGICA	
				Sin indicación clara	Con indicación clara
Normal	<120		Estimular		
Pre hipertensión	120-139	ó 80-89	SI	No indicado	Tratamiento Indicado***

¹ OMS 57ª Asamblea Mundial de la Salud Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud WHA57.17, mayo 2004. Disponible desde: URL <http://www.OrganizacionMundial de la Salud.org>

HTA: Estadio 1	140-159	ó 90-99	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinar	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC) según sea necesario
HTA: Estadio 2	>160	ó >100	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

*** Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg.²

TAs: tensión arterial sistólica

TAd: tensión arterial diastólica

La hipertensión aumenta el riesgo de sufrir un ataque, debido al estrechamiento o ruptura de algunos vasos sanguíneos del cerebro. Puede engrosar o reventar los vasos sanguíneos en la parte posterior de los ojos, produciendo visión borrosa o ceguera, también puede dañar los riñones y producir insuficiencia renal. Al combinar la hipertensión con un nivel alto de colesterol en la sangre, se acelera la aterosclerosis.

Aparte del medicamento un cambio a una dieta saludable y bien equilibrada es el mejor tratamiento para la hipertensión. Evitar el alcohol ayuda a disminuir con rapidez la presión arterial en personas que beben en exceso; en personas obesas, también hay una disminución de la presión arterial si se reduce el peso de forma gradual; la pérdida de peso acelerada, seguida por una recuperación de mismo, puede aumentar el riesgo de esta enfermedad.

También una reducción en el consumo de sal ayuda a disminuir esa hipertensión, sobretudo los alimentos procesados, encurtidos, ahumados y salados. Aumentar el consumo de frutas y verduras (en pacientes con enfermedad renal hay que tener especial cuidado porque hay que disminuir el potasio), pescado fresco.

El ejercicio regular ayuda a disminuir la presión arterial, aunque si una persona con hipertensión arterial grave no diagnosticada, empieza a hacer ejercicio riguroso, corre el riesgo de tener un ataque cardiaco, por lo que es recomendable empezar con una actividad tranquila y aumentar el ritmo de forma gradual, así como la intensidad y la duración; por lo anterior es muy importante consultar a un especialista de la salud antes de comenzar cualquier rutina de ejercicio. Es importante mencionar que el ejercicio también ayuda a controlar el estrés, el cual influye en la hipertensión.

Los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mmHg tienen mayor riesgo de presentar HTA comparados con aquellos pacientes que presenta valores menores de HTA.

La **enfermedad cardiovascular** refiere a las enfermedades del corazón y a las del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo.

² JNC- 7º Informe Traducción: Dr. Rafael Molina*, **, Dr. Juan Carlos Martí. Grupos de HTA de semFYC* y SAMFYC

La principal causa de esto es la Aterosclerosis que es el endurecimiento y oclusión de las arterias. Este endurecimiento se relaciona con un depósito graso que forma una placa llamada “Ateroma”, que esta presente en la pared de las arterias. Este ateroma se desarrolla lentamente durante muchos años, pero crece con mas rapidez en personas fumadoras y en quienes tienen niveles muy altos de colesterol. Alrededor de los 50 años, los hombres se ven afectados por la aterosclerosis; en las mujeres es diferente, ya que durante su etapa reproductiva, los estrógenos mantienen bajos las concentraciones de colesterol, pero cuando llega la menopausia, estos niveles tienden a aumentar, desarrollándose la aterosclerosis.

Al tener las arterias endurecidas, son menos elásticas y no se distienden con facilidad, por lo tanto la presión sanguínea aumenta en ellas y el flujo sanguíneo a los tejidos disminuye. Si las arterias pegadas al corazón están afectadas, pueden presentarse alteraciones cardiacas, angina de pecho e infartos.

Para prevenir la aterosclerosis, es recomendable no fumar o dejar de fumar, evitar los alimentos ricos en grasas animales y ricos en colesterol como es el caso del huevo (la yema tiene el colesterol del huevo), si que si se les antoja un huevo, puede ser sólo las claras, ya que estas no tienen colesterol); también se debe evitar el consumo excesivo de café porque algunas sustancias del café contribuyen a aumentar el colesterol. Aumentar en la dieta frutas y verduras, así como aceites vegetales como el de oliva; aumentar el consumo de pescados como sardina, salmón, arenque, atún fresco, ya que contienen un aceite llamado W-3 el cual evita el engrosamiento de las arterias. La mejor protección se obtiene de la actividad física, un buen entrenamiento puede ayudar a evitar estas enfermedades.

Los objetivos del tratamiento de esta patología, tal cual lo expresa *María Elena Torresani (2009)*³ se sintetizan en:

1. Reducción del colesterol LDL
2. Aumento de colesterol HDL.
3. Reducción de la Tensión Arterial.
4. Evitar el tabaquismo.
5. Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra.
6. Practicar ejercicio físico en forma regular
7. Consumir una dieta baja en grasas.
8. Reducir el consumo de alcohol y cafeína.
9. Incorporar alimentos fuente de Omega 3.

La **diabetes** es un desorden metabólico de etiología múltiple originado por una anomalía en la producción o en la acción de la insulina. La insulina es una hormona fabricada en el páncreas, cuya misión es facilitar el paso de los azúcares, presentes en la sangre, a las células, donde van a ser utilizados para producir la energía necesaria para el funcionamiento del organismo. Cuando existe una pérdida total de la producción de insulina, debe ser administrada por vía intramuscular, pero

³ María Elena Torresani, María Inés Somoza. Lineamientos para el cuidado nutricional. 3 ed. Buenos Aires: Eudeba, 2009.

cuando existe una producción propia de insulina, aunque sea baja, la enfermedad puede ser controlada con una dieta específica que, además, puede ir acompañada de tratamiento farmacológico, generalmente por vía oral.^{4 5}

Los objetivos generales nutricionales a trabajar en esta patología, pueden resumirse en:

1. Corregir alteraciones metabólicas.
2. Hemoglobina Glicosilada: Mantener valores no superiores al 6%.
3. Dieta: Mediante la dieta se busca evitar complicaciones agudas y crónicas. Las más comunes son cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar.
4. Efectuar una correcta educación del diabético y su familia.”⁶

La persona que padece esta enfermedad presenta concentraciones de glucosa en sangre por encima de los límites considerados como normales. También puede presentar alteraciones en el metabolismo de las grasas, los hidratos de carbono y las proteínas.

Existen varias clasificaciones de la diabetes. Las más frecuentes son las de tipo 1 y 2.

La primera suele empezar en la infancia o en la adolescencia, pero no es improbable que aparezca a otras edades. También se la conoce como insulino dependiente, ya que es imprescindible el uso de insulina en su tratamiento. Se presenta de forma aislada dentro de una familia, aunque no es infrecuente que existan antecedentes.

La diabetes tipo 2 suele aparecer a edades más avanzadas y es diez veces más frecuente que la anterior. Se presenta como consecuencia de una resistencia a la insulina asociada al sobrepeso y la obesidad. En este tipo de diabetes la alimentación presenta una importancia vital en su tratamiento.

De acuerdo a lo expuesto por los autores *Gutierrez A, Deglado M., y Castillo M. (1997)* los efectos de la actividad física sobre las tres patologías anteriormente citadas, se resumen en:

“Los efectos del programa de actividad física:

- *Produce vasodilatación periférica, disminución de la renina, de la viscosidad sanguínea y de las catecolaminas, y un aumento de las prostaglandinas.*
- *Es importante la rehabilitación cardíaca y respiratoria, comprobándose que la mortalidad postinfarto de miocardio se reduce un 20% entre quienes siguen programas deportivos.*
- *Facilita la actividad articular y previene la osteoporosis y fracturas óseas. Se incrementa la absorción de calcio y potasio.*
- *Aumenta la actividad enzimática oxidativa con la consiguiente mejora de utilización del oxígeno y metabolismo aeróbico de grasas y glucosa.*
- *Se pierde peso graso.*
- *Reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y mejora los índices colesterol/HDL en sangre.*
- *Aumenta la tolerancia al esfuerzo por aumento de los umbrales aeróbico y anaeróbico.*

⁴“Taller de alimentación Dra. Marcela de la Plaza (Médica especialista en Nutrición y diabetes)” Federación Argentina de Diabetes. Disponible en URL: www.fad.org.ar

⁵ www.asociacionamericanaadediabetes.org

⁶ Chacra A.R. et al. “Concepto y Práctica del Tratamiento por objetivos: el automonitoreo domiciliario de la glucemia”. Curso Latinoamericano sobre Diabetes y Síndrome Metabólico para Clínicos. Vol 4. Alad.

- *Aumenta el volumen sistólico.*
- *Aumenta el volumen de sangre (plasma y glóbulos rojos).*
- *Aumenta el VO₂ máx. y mejora el sistema respiratorio por mejora de la capacidad vital, aprovechamiento de la oferta de oxígeno e incremento de la ventilación, difusión y transporte de oxígeno.*
- *Controla y reduce la tensión arterial en reposo y durante el esfuerzo.*
- *Favorece el equilibrio neurovegetativo, psicofísico y la actividad psico intelectual”⁷*

Por otro lado, al referirnos a un **hábito alimentario saludable**, es inevitable vincularlo a la práctica de una alimentación adecuada y equilibrada para cada individuo; teniendo en cuenta la patología que presenta. Así lo confirma *María Elena Torresani (2009)*:

“Los efectos del programa de nutrición de las tres patologías tratadas (Hipertensión, Diabetes, Enfermedad cardiovascular) se materializaron en lo siguiente:

- *Dietas ricas en Potasio, aumenta la natriuresis, en forma rápida y moderada. Además reduce la resistencia vascular periférica, por vasodilatación directa, aumentando la secreción de renina plasmática y antagonizando su transporte celular. Efecto protector de accidentes cerebrovasculares.*
- *Dietas reducidas en cafeína, reducen la presión arterial, como resultado de disminuir la secreción de renina plasmática y catecolaminas, también pueden evitarse efectos de taquicardia y palpitaciones. Esto último no puede comprobarse científicamente, pero si se sabe del efecto energizante, lo cual generaría dichos efectos.*
- *Dietas reducidas en alcohol, reducen en efecto del mismo sobre la presión sistólica, disminuye daño miocárdico, triglicéridos, arritmias; efectos todos éstos esperados para las tres patologías antes citadas. En especial Hipertensión arterial y Enfermedad cardiovascular.*
- *Dietas disminuidas en el contenido de Sodio, reducen los valores de la tensión arterial en una proporción del 30%, produciendo el mismo efecto que los fármacos antihipertensivos.*
- *Dietas ricas en Omega 3, inhibe la síntesis de triglicéridos e LDL (lipoproteínas de intensidad intermedia), da fluidez a la sangre, y con ello reduce la TA. Además al reducir la viscosidad sanguínea, disminuye el daño isquémico, consecutivo a un accidente cerebrovascular, o ataque cardíaco.*
- *Dietas ricas en Omega 6, colaboran en la reducción de colesterol HDL (lipoproteína de intensidad rápida) y LDL (lipoproteína de intensidad lenta).*
- *Aumento del consumo de fibras, reduce el colesterol LDL, mejoran el control glucémico, y permite reducir la dosis de insulina o antidiabéticos orales”⁸.*

A continuación se detallan dos artículos que cuentan, con estos conceptos planteados con anterioridad y revelan la importancia de la actividad física y una alimentación saludable como

⁷Gutierrez,A,Delgado,M,Castillo,M (1997).Entrenamiento físico –deportivo y alimentación.De infancia a la edad adulta.Paidotribo. Barcelona.

⁸ Torresani María Elena, Somoza María Inés. Lineamientos para el cuidado nutricional. 3 ed. Buenos Aires: Eudeba, 2009.

pilares fundamentales en el tratamiento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

1.2. Artículo I

“Ejercicio físico en enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor”

RESUMEN

Realizaremos un estudio descriptivo, observacional y transversal para caracterizar la práctica de ejercicio físico en el Adulto Mayor con enfermedades crónicas no transmisibles del Consultorio # 3, del Municipio Martí. El universo estará constituido por los pacientes adultos de 50 y más años, dispensarizados a los cuales se les aplicará un cuestionario sobre este tema, se estudiarán las variables edad, sexo, período de práctica del ejercicio físico, tiempo de permanencia en el círculo de abuelos, enfermedades crónicas más frecuentes, evolución con la práctica del ejercicio físico, síntomas y signos presentes antes y después de las sesiones de ejercicios, utilidad de realizar ejercicio físico. Los resultados obtenidos se expresan en números absolutos y por cientos.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, la importancia de la actividad física para la salud ha ido afianzándose a la luz de los hechos que la propugnan como medio para prevenir y controlar diversas enfermedades a la vez que alcanzar, mantener y recuperar niveles satisfactorios de salud, mejorando la calidad de vida.⁹

Esta investigación estuvo encaminada a dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿qué grado de satisfacción sienten las personas de la tercera edad respecto al programa de ejercicios físicos que realizan? Para este propósito valoramos el grado de satisfacción de los Adultos Mayores con el programa de ejercicios físicos que realizan en el Círculo de Abuelos de nuestra comunidad, para lo cual tuvimos en cuenta: el tiempo de permanencia en el Círculo de Abuelos, la prevalencia de los hábitos tóxicos y de los problemas de salud más significativos que caracterizan a los ancianos que participaron en el estudio, las opiniones de los encuestados respecto a los beneficios que obtienen de la práctica de ejercicios físicos, así como la utilidad y satisfacción que este le reporta a su salud. Por tal motivo realizamos nuestro trabajo con el propósito de valorar la efectividad del ejercicio físico en la Longevidad. Creemos que no resulta difícil el estimularse ante tal apasionante temática ya que de por sí justifica el esfuerzo que realizamos. Es ese nuestro caso y si en algo ayuda sobradamente nos sentimos complacidos.

DESARROLLO

Es frecuente que se subestime la capacidad física de un Adulto Mayor sin evaluarse de forma objetiva. Con la edad cambian varios aspectos perceptibles en el cuerpo humano. Tal vez, la primera indicación del envejecimiento aparece cuando disminuye la cantidad de sangre que fluye hacia los riñones, el hígado y el cerebro. La capacidad de los riñones para depurar toxinas y fármacos decrece. Se constata una menor capacidad del hígado para eliminar las toxinas y metabolizar la mayoría de los fármacos. La frecuencia cardíaca máxima disminuye pero la frecuencia en reposo no sufre cambios. Disminuye el volumen máximo de sangre que pasa a

⁹ Revista Ciencias.com. Enviado por la Licenciada Herminia Farrés Zequeira

través del corazón. Disminuye la tolerancia a la glucosa. Disminuye la capacidad pulmonar. Se observa un aumento de la cantidad de aire remanente en los pulmones (después de espirar). La resistencia a las infecciones es menor. La caída de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida han avanzado de manera más rápida de lo que se había previsto. No es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la Fisiología, el Arte y la Medicina.

El ejercicio previene los problemas más relevantes de Salud Pública y reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas, incluyendo la Diabetes tipo 2, la osteoporosis, la obesidad, la hipertensión, la depresión, el cáncer de pecho y el de colon. En general, podemos afirmar que el ejercicio físico regular produce efectos beneficiosos sobre las articulaciones, pérdida de peso y efectos psicológicos positivos para la salud y el bienestar de la población. También es aceptado que las personas que realizan actividad física de manera regular tienen menor mortalidad, especialmente debida a enfermedades cardiovasculares. La práctica regular de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos sobre las articulaciones, favorece la pérdida de peso, potencia efectos psicológicos positivos para la salud, aumenta la autoestima y produce, en general, bienestar a los individuos que lo practican manera sistémica.

CONCLUSIONES

La actividad física adecuada y sistemática contribuye también a instaurar estilos de vida más saludables. Sin duda alguna, el ejercicio físico contribuyó a elevar la calidad de vida de los Adultos Mayores, puesto que paralelamente se controlaron o aliviaron otros procesos morbosos asociados, lo cual justifica continuar la experiencia y extenderlas a otras áreas de salud del territorio. Todas las fuentes coinciden en que la Longevidad es una etapa de la vida marcada por las enfermedades, ya que el 85% de las personas mayores padecen de algún tipo de patología. Dentro de las más frecuentes, según expertos en Geriatria, están los reumatismos, las patologías cardiovasculares, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. Por otro lado, el deporte aumenta la flexibilidad, la coordinación y el equilibrio necesarios para, por ejemplo, evitar las temidas caídas, de consecuencias tan devastadoras en los ancianos. Finalmente, huir del sedentarismo, incluso a esta edad, donde es fácil dejarse arrastrar a él, repercute en un aumento de la fuerza, la resistencia, el tono muscular y el buen funcionamiento de los sistemas osteoarticular y cardiovascular.

Artículo II

“Análisis de enfermedades crónicas no transmisibles en el consultorio de medicina general, CeSAC N°4, Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) causaron en el año 2001, el 60% de las 56 millones de defunciones anuales y el 47% de la carga de morbilidad mundial. Se prevé que antes del año 2020, se incrementarán las muertes anuales en un 73% y la morbilidad en un 60%¹⁰

El 66% de las defunciones atribuidas a dichas enfermedades se registran en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son más jóvenes que las se presentan en los países desarrollados.

El informe de salud 2002¹¹ señala los factores de riesgo más importantes, para el desarrollo de

¹⁰ 57ª Asamblea mundial de la salud, 22 de mayo de 2004

enfermedad cardiovascular, ellos son: hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad (OB), falta de actividad física (AF) y consumo de tabaco (TBQ).

Debido a estas cifras y del crecimiento previsto de dicha carga, la prevención de las ECNT constituye un desafío muy importante para la salud pública mundial.

En la ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), realizada en el año 2006, el 44,2% de la población tienen exceso de peso, 11,5% obesidad, 43,3% realiza poca actividad física, 29,7% tienen presión elevada, 9,4% glucemia elevada, y colesterol elevado 32,4%. Siendo una de las principales causas de muerte la enfermedad cardiovascular, estas cifras son preocupantes.

Conocer la situación de salud de los pacientes que se atienden en el centro de salud permitirá mejorar la estrategia de abordaje para estas enfermedades tan complejas.

Las ECNT tienen elevada carga de morbimortalidad, en creciente aumento, por lo tanto la prevención de estas enfermedades constituye un desafío muy importante para la salud pública mundial.

Tanto el plan alimentario como la actividad física son herramientas fundamentales en el tratamiento.

El plan alimentario como parte del tratamiento de las ECNT es difícil de cumplir debido a que está relacionado a los hábitos de las personas, los recursos económicos y la forma de vida, entre otras cosas.

Los artículos citados coinciden en destacar la importancia de la educación y la promoción de los hábitos alimentarios saludables como así también de la práctica de actividad física, hacen relevante también el hecho de que trabajar en la prevención primaria de las enfermedades crónicas no transmisibles en salud pública disminuiría el gasto que estas demandarían en este sector y por último, promueven el trabajo transdisciplinario para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto último refiere a que en el tratamiento va ser muy importante combinar aspectos de la medicina como son el uso de fármacos por ejemplo, así como también de otras áreas como la actividad física, a través de la práctica de ejercicio físico como tratamiento no farmacológico de estas ECNT. Y también de Nutrición, a través de dietas y planes alimentarios adaptados a dichas patologías

Cabe señalar que estas tres patologías muchas veces se entrecruzan y se dan en forma conjunta, a continuación se citan se explican muchas de estas situaciones. Muchas de éstas, casi en un 40 % se han dado en las personas entrevistadas y encuestadas en este trabajo de investigación.

Hipertensión/Diabetes

La hipertensión y la diabetes son dos enfermedades crónicas y dos de los principales factores de riesgo cardiovascular. Pero además tienden a asociarse con mucha frecuencia y esto no es producto del azar sino que se debe a que existen mecanismos comunes para ambas enfermedades.

¹¹ Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, OMS, 2002.

FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES EN UNA MISMA PERSONA

Se ha comprobado que la hipertensión arterial afecta a más del 20% de los individuos de poblaciones industrializada y la diabetes es considerada como la enfermedad endocrina de mayor incidencia entre la población. La mayoría de las estadísticas señalan que el 3-4% de la población es diabética. La edad de máxima aparición está alrededor de los 60 años, siendo en la tercera edad el porcentaje de entre un 5-10%. En niños la frecuencia es de 1 por cada 500-1000 niños. En diversos estudios epidemiológicos se ha podido comprobar que aproximadamente entre un 40% y un 60% de los diabéticos padecen hipertensión. En los diabéticos que necesitan insulina, la hipertensión suele diagnosticarse años después del comienzo de la diabetes, cuando comienza a deteriorarse la función renal. Por el contrario, en la diabetes de la madurez, el diagnóstico de hipertensión se suele hacer a la vez o incluso antes que el de diabetes.

DAÑO QUE CONLLEVA LA ASOCIACIÓN HIPERTENSIÓN-DIABETES

La hipertensión arterial empeora y acelera el daño que la diabetes ejerce sobre las arterias, lo que da lugar a que las personas hipertensas y diabéticas sufran con mayor frecuencia que las que únicamente padecen diabetes y mucho más que las sanas, infarto de miocardio, insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales (trombosis), enfermedad vascular periférica, etc., que incluso puede llegar a ocasionar la muerte del paciente.¹²

¹² Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial
[http://www.seh-lelha.org/Otros artículos de Hipertensión Arterial en: http://www.geosalud.com/hipertension/index.htm](http://www.seh-lelha.org/Otros%20articulos%20de%20Hipertensi%C3%B3n%20Arterial%20en%20http://www.geosalud.com/hipertension/index.htm)

3. METODOLOGÍA

2.

2.1. Hipótesis o supuesto de la investigación

Los hábitos alimentarios saludables y la práctica de actividad física formarían parte del tratamiento no farmacológico de patologías crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular) en adultos mayores.

Se realizó un estudio:

Explicativo, Preexperimental, Retrospectivo, Longitudinal.

2.2. Población y muestra

Se estudiaron los hábitos alimentarios de 101 adultos mayores de 60 o más años, portadores de uno a más factores de riesgo para diabetes tipo 1 y 2, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, sin ninguna contraindicación para la práctica de actividad física; y que participaron de los talleres de nutrición realizados.

2.2.1. Criterios de inclusión

Los encuestados cumplieron con el requisito de reunir un 75% de asistencia mínima y mediciones completas. También se tuvo en cuenta que estas personas hayan participado activamente de los talleres de nutrición, y de la práctica de actividad física durante un mínimo de 6 meses, con una frecuencia de dos veces por semana.

- Personas que tengan una o varias de las siguientes patologías: Hipertensión, Diabetes. Enfermedad cardiovascular-
- Adultos mayores.
- De ambos sexos.
- Personas que practican actividad física dos veces por semana.
- Personas que hayan participado de los talleres realizados sobre alimentación saludable y actividad física.

2.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron a los adultos mayores no pertenecientes al programa de actividad física, llevado a cabo dos veces por semana en *Megatlon* (sede Avellaneda), y personas que no tengan un mínimo de asistencia del 75% a dicha actividad.

2.3. Materiales y métodos.

2.3.1. Variables relevantes

- Práctica de actividad física.
- Concurrencia a talleres informativos sobre actividad física y alimentación saludable.
- Padecer una o más de las patologías antes nombradas (Diabetes, Hipertensión, Enfermedad cardiovascular).
- Edad (personas de 65 a 90 años).

2.3.2. Variables no relevantes

- Sexo.

- Etapa de la enfermedad.
- Medicación administrada.
- Nacionalidad

2.3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Las técnicas utilizadas en esta investigación para la recolección de datos fueron la observación participante en talleres prácticos/informativos, encuesta y entrevistas. Esta última se realizó con adultos mayores de PAMI SALUD (Megatlon, sede Racing Club Avellaneda). El rango etáreo a encuestar fue de 65 a 90 años.

Modelo de encuesta

Técnica: Encuesta (Entrevista estandarizada cerrada)

Rango: etáreo a encuestar: 65 a 90 años

Lugar: Adultos mayores de P.A.M.I., *Megatlon* (sede Racing Club Avellaneda)

EDAD:	SEXO	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
--------------	-------------	----------------------------	----------------------------

1. ¿Padece alguna de estas patologías?		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular

2. ¿Cuánto tiempo hace que padece la enfermedad?		
<input type="checkbox"/> Menos de 15 años	<input type="checkbox"/> De 16 a 30 años	<input type="checkbox"/> 31 años o más

3. ¿Realiza actividad física?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

4. ¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 2 veces por semana	<input type="checkbox"/> Más de 3 veces por semana

5. ¿Durante cuánto tiempo?		
<input type="checkbox"/> 1 hora por sesión	<input type="checkbox"/> 2 horas por sesión	<input type="checkbox"/> Más de 3 horas por sesión

6. ¿Qué actividad realiza?	
Gimnasia localizada	<input type="checkbox"/>
Natación	<input type="checkbox"/>
Acuagym	<input type="checkbox"/>
Caminata	<input type="checkbox"/>
Baile	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>

Pilates	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

7. Desde que Ud. Comenzó con la práctica de actividad física, ¿ha notado mejoras en su salud o en los síntomas de la patología que presenta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

8. ¿Por qué decidió acercarse a practicar actividad física?	
Por prescripción médica	<input type="checkbox"/>
Por recomendación médica	<input type="checkbox"/>
Porque ha practicado toda la vida	<input type="checkbox"/>
Por amigos	<input type="checkbox"/>
Porque le gusta	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

9. ¿Cuántas comidas realiza?			
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Más de 4

10. Si consume estos alimentos, indique con qué frecuencia es dicho consumo				
	DIARIA	SEMANA L	MENSUAL	NUNCA
Leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harinas/ Creales (P.e.: pastas, cereal para desayuno, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grasas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Consumes bebidas con alcohol?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

12. ¿Con qué frecuencia?		
Diaria:		
<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Almuerzo y cena

Semanal:		
<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Almuerzo y cena
Mensual/ ocasiones especiales:	<input type="checkbox"/>	

13. ¿Utiliza sal extra en las comidas a la colocada durante la preparación de la misma?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

14. ¿Consume medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------

En caso de que la respuesta sea negativa, la encuesta finaliza aquí.

15. Con la práctica de actividad física, ¿hubo una reducción en la ingesta de medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

En caso de que la respuesta sea negativa, la encuesta finaliza aquí.

16. Si su respuesta en la pregunta anterior fue positiva, esta reducción ¿fue consensuada por su médico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Muchas gracias por su respuesta

Modelo de entrevista

A continuación se detalla un modelo de entrevista realizada a dos personas de cada una de las patologías citadas en este trabajo. En ellas se realizaron preguntas acerca de tiempo que tienen esta patología, sensación al enterarse de la misma, cambios a partir de una dieta adecuada y practica de actividad física entre otras. También se citan *resonancias*, las mismas refieren a aspectos llamativos para el entrevistador durante la entrevista

1. Nombre, edad, y patología de base.
2. ¿Hace cuánto te diagnosticaron esta patología?
3. ¿Cómo o qué sentiste al enterarte?
4. ¿Conocías o sabías algo de la misma?
5. ¿Cuál o cuáles fueron los hábitos que modificaste?
6. En el caso de los alimentos, tú alimentación, ¿qué modificaste?
7. ¿Consumís medicación?
8. ¿Practicas actividad física?
9. ¿Hace cuánto tiempo?
10. ¿Qué cambios notaste desde que practicas actividad física?
11. ¿Crees que existe la información suficiente sobre esta patología?

4. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.

El programa PAMI SALUD consistió en la realización de talleres vinculados a la nutrición y cuidado del cuerpo. Éstos tuvieron como finalidad integrar ambas disciplinas como parte del tratamiento no farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles. En los talleres se trabajaron las siguientes patologías: diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Las actividades se llevaron a cabo en seis encuentros, dos de ellos para cada patología, con una duración aproximada de dos horas por taller.

En el último encuentro se realizó un cierre que implicó la puesta en común de todos los temas planteados durante las reuniones, junto a un taller de cocina en el cual se presentaron recetas adaptadas a cada patología. Se trabajaron las características de cada enfermedad y se brindó información específica sobre el consumo de alimentos adecuados e inadecuados según la patología.

Los talleres vinculados a la práctica de actividad física grupal (378 participantes) se realizan desde el año 2007, con una frecuencia semanal. Cada sesión dura 90 minutos (45 minutos de gimnasia aero-local y 45 minutos de estímulo de gimnasia en el agua) con interrupciones esporádicas.

Los talleres fueron dictados por profesores de educación física contratados especialmente para el programa en base a un perfil de competencias. Posteriormente, fueron incorporados a los equipos de salud. Cabe señalar que el programa proporcionó las herramientas necesarias para su implementación (colchonetas, bastones, pelotas, equipos de música, pileta, flotas, cinturones para el agua, bandas elásticas).

Para la intervención educativa se pusieron en práctica un conjunto de ejercicios y actividades físicas teórica-prácticas, dirigidas y planificadas en una progresión pedagógica para la toma de conciencia y cambio conductual, destinada a la incorporación autónoma y sistemática de la vida activa y otras conductas de vida saludable. La planificación de cada sesión fue realizada por el profesor en base a las definiciones operacionales y de contenidos del programa, las características del grupo y los aprendizajes esperados según la fase del taller.

Como parte del plan de actividad física se desarrollaron planes de ejercicios adaptados a cada patología.

4.1 Taller de hipertensión

Durante el taller de *hipertensión* se discutieron temas como: reducción del consumo de alcohol, reducción del consumo de cafeína y se mencionaron los alimentos con alto contenido en sodio. Se mencionaron también los beneficios de la práctica de actividad física en esta patología.

4.2 Taller de diabetes

En el caso del taller vinculado a **diabetes**, los objetivos, pueden resumirse en: Corregir alteraciones metabólicas, mantener valores no superiores al 6% de la Hemoglobina Glicosilada, evitar cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar mediante la dieta adecuada, efectuar una correcta educación del diabético y su familia¹³

¹³ Chacra A.R. et al. "Concepto y Práctica del Tratamiento por objetivos: el automonitoreo domiciliario de la glucemia". Curso Latinoamericano sobre Diabetes y Síndrome Metabólico para Clínicos. Vol 4. Alad.

4.3 Taller de enfermedad cardiovascular

Finalmente durante el último encuentro se expusieron temas relacionados con los hábitos y conductas alimentarias en la **enfermedad cardiovascular**, tales como: consumo de alimentos con alto contenido de colesterol, consumo de fibras, consumo de alcohol y también se discutió sobre la práctica de actividad física adaptada a esta patología.

Para la realización de las entrevistas, se tomó testimonio de dos personas por cada una de las ENCNT, que concurren a la práctica de actividad física y talleres antes citados

Todas las personas entrevistadas a continuación, fueron contactadas vía personal. En todos los casos fueron voluntarios y pertenecen al grupo encuestado, que realiza actividad física por PAMI con sede en Megatlon- Racing

A continuación se detalla la entrevista a Norma, alumna de PAMI, con patología diabética sin medicación. La entrevista se realizó en la confitería del club Racing (lugar donde realizan actividad física). Norma se presentó muy dispuesta, y algo nerviosa en principio durante la entrevista.

Síntesis entrevista n°1

Durante la entrevista a Norma, hablamos de su patología, Diabetes, la cual ella tiene desde hace unos diez años aproximadamente. Ella se mostró muy segura en sus respuestas sobre todo en aquellas vinculadas a los hábitos alimentarios relacionados a esta patología.

Por otro lado es una persona que domina y conoce muy bien el manejo de su patología, y eso genera que aún después de diez años de padecerla, sigue sin necesitar medicación ni tampoco insulina como tratamiento de la misma.

Sin embargo Norma al empezar la entrevista, se angustió al hablar de su patología, ya que dos de sus parientes cercanos la padecieron (padre y abuelo) y por otro lado debido a que ella cursa esta enfermedad acompañada además de cáncer.

En cuanto a los hábitos alimentarios es muy ordenada, pero al igual que otros pacientes tiene ciertos mitos con algunos alimentos con un contenido mayor de azúcar como por ejemplo la batata y la remolacha.

Norma pese a haber comenzado en este estado de angustia después se mostró muy suelta al hablar del tema, tanto en su discurso en sí como en su posición corporal durante la entrevista.

3. Nombre, Edad, y patología de base Norma, 61 años, Diabetes	Resonancias
4. ¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron esta enfermedad? N: Más o menos hace 10 años.	Frente a las preguntas referentes a su patología Norma, se expresó de manera clara, concisa. Por otro lado se la veía muy segura en sus respuestas y muy informada con el tema.
3. ¿Cómo te sentiste cuando te enteraste? ¿Sabías de que se trataba? N: Si sabía porque tenía antecedentes	Sin embargo al hablar de enfermedades, se quebró debido a que además de esta patología, acaba de enterarse de que tiene Cáncer, aún
5. ¿Quién tenía en tu familia?	

<p>N: Mi abuelo paterno y mi tía por parte de mi papá, la hermana de mi papá.</p> <p>6. ¿Qué sentiste, te pusiste a pensar en los hábitos que ibas a tener que modificar, te lo tomaste con naturalidad, te costó?</p> <p>N: no sabía lo que tenía que hacer, esteeeee, sabía que en cuanto a las comidas tenía que cuidarme. Sabía que era la base fundamental. Es una cosa que con lo años uno se tiene que acostumbrar a ciertas cosas, entre ella, esa, los cambiar los hábitos de la comida.</p> <p>7. Y, ¿te costó?</p> <p>N: si, al principio me costó , y todavía a veces me sigue costando</p> <p>6. Por ejemplo, ¿en qué tipo de alimentos?</p> <p>N: No digamos ya tanto los dulces, porque digamos que ya me desacostumbre a los dulces. Digamos a las harinas, me cuesta, un pedazo de pizza, un plato de ravioles. Eso me cuesta más.</p> <p>7. ¿Consumís habitualmente o no?</p> <p>N: no no , trato de no consumir, porque se que cuando lo como la glucosa me sube.</p> <p>8. ¿Consumís medicación?</p> <p>N: No, es una de las cosas que el medico me dijo que mientras yo mantenga en mi régimen alimentario, eh...., el me hace análisis periódicos, y me mantenga así en el limite a veces un poco menos y otras veces un poquitito más, el no me va a medicar. Cosa que yo no quiero, porque no quiero terminar siendo insulinodependiente.</p> <p>9. Con respecto a la actividad física. ¿Practicar actividad física?</p> <p>N: Si gimnasia acuática en Racing con un</p>	<p>no detectada la zona.</p> <p>Muy expresiva a la hora de contestar las repuestas, y brindando un clima ameno en la charla.</p> <p>Solo mostró una desinformación referente a algunos alimentos, considerados “Mito” en esta patología, como por ejemplo la remolacha, considerada para muchos de los que tienen esta patología, un alimento prohibido, cuando en realidad no es así.</p> <p>A la hora de entrevistar a Norma, el clima fue relajado y distendido. Por otro lado muy simple para el entrevistador ya que estuvo muy dispuesta a contestar todas las preguntas.</p>
--	---

<p>grupo de Pami.</p> <p>10. ¿Hace cuánto tiempo? N: Dos años más o menos.</p> <p>11. ¿Sentiste algún cambio? N: Si, sí, que me ayuda para bajar la glucosa. Incluso también para bajar el colesterol</p> <p>12. Cuando vos te enteraste de esta patología, me contaste que lo que más costaba eran las harinas, y que con los dulces te habías acostumbrado. ¿Vos crees que en el mercado hay los suficientes productos para las personas con esta enfermedad? N: Hay en el mercado hay. Y son más caros. Y eso en un problema también .Y aparte según mi médico si uno los puede evitar es mejor.</p> <p>13.¿Qué este tipo de productos? N: SI isisisi, Porque no son tan... Como los fideos para diabéticos, es mejor no comer fideos, no comer harinas ...Pero bueno uno puede darse un gusto cada tanto. Lo mismo que las mermeladas para diabéticos que son hechas evidentemente con edulcorante .Tampoco comer todos los días. Pero, no, tratar de evitarlos. Lo mismo que tomar el té, es mejor tomarlo sin nada ,si nazúcar, sin azúcar lógicamente.</p> <p>14. Bueno vos fuiste cambiando los hábitos, y más o menos te fuiste acostumbrando Ahora vos en algún momento con esta patología, te sentiste diferente, discriminada. Osea mas allá que hablamos que en la industria hay productos. Quizás, ¿qué te pasa cuando vas a una panadería, a una confitería, a un restaurante, si meditas a la hora de pedir un postre, si sabes bien que te conviene y que no?</p>	
--	--

<p>N: No, trato de no pedir postre, No pido postre ya desde que tengo esta patología no pido postre. Lo que he llegado a pedir si, es la ensalada de fruta que la sirven sin jugo y con edulcorante. Pero no en todos los restaurantes.</p> <p>15. Y cuando te enteraste de la patología había algún alimento que vos creías que no podías comer y al final si, y si había algún alimento que vos creías que si y quizá no lo esta tanto.</p> <p>N: No, que yo me acuerde no. Cuando el médico me dijo nada de harinas, nada de dulces. Yo interprete nada de harinas nada de dulces. Eso hizo también que yo bajara de peso.</p> <p>16. ¿Tenías sobrepeso?</p> <p>N: No sobrepeso no, pero estaba más gordita, y eso me hizo bajar de peso. Lo que si algunas verduras ahora que me acuerdo. Me dijo el médico por ejemplo la remolacha que no comiera y no me acuerdo ahora que otra verdura me dijo que evitara. Y las frutas también, porque yo le dije que en el verano comía mucha fruta Y me dijo que ojo con la fruta porque también tiene mucho azúcar que comiera pero no excediera. Y algo más pero no me acuerdo. Si me acuerdo exactamente lo de la fruta.</p> <p>17. Tuviste que cambiar la cantidad diaria de fruta que consumías</p> <p>N: Si sobre todo en verano porque me gusta comer mucha, mucha fruta Lo que no elimine que ahora en invierno es que yo en el desayuno como media naranja y media mandarina</p> <p>18. ¿Ese hábito te costó, vos tratas, ese hábito por ejemplo no lo modificaste? Pero tampoco te genero ningún cambio’</p> <p>N: No, no porque tampoco es una exageración</p>	
---	--

19. Y vos venís manteniendo bien la cantidad de glucosa que tienes? N: estoy entre 102, 104 mmgr. Y cuando como algo que no debo me sube a 112, 114 mmgr. Pero no paso de ahí.	
---	--

A continuación se describe la entrevista a Angela, que al igual que Norma, es diabética. Sin embargo en este caso Angela si esta medicada. La entrevista se realizó dentro del natatorio una vez finalizada la sesión. Esto genero cierta incomodidad para Angela , tanto por el lugar elegido para la misma, así como también a ciertos temas planteados de su patología. Esto pudo reflejarse en su posición corporal

Síntesis entrevista^o2

En el caso de Angela, en un principio no se mostró muy dispuesta a contestar ciertas preguntas. Luego demostró mayor disposición, y esto pudo verse desde su lenguaje corporal, ya que al iniciar la entrevista se quedo parada rígida , mientras que una vez iniciada la misma relajo su cuerpo sobre una baranda y comenzó a hablar en forma más fluida.

Es una persona que mostró conocimiento un tanto escueto sobre la patología. Básicamente suele hacer incapie en los alimentos con alto contenido en azúcares, pero quizás desconoce el manejo de algunos alimentos como por ejemplo los cereales para desayuno, las frutas, y las frutas secas entre otros.

En el caso de Angela toma medicación (Metformina), como parte prácticamente fundamental de su tratamiento. Ella en todo momento se “escuda” en dicha medicación y durante toda la entrevista hizo referencia a su sobrepeso, y a la relación del mismo con esta patología. Y los desbalances que este puede generar en el trabajo correcto de la insulina.

1. Nombre, edad, y patología de base A: Angela, Angélica Verón. 65 años. Tengo contratiempo con la diabetes.	Resonancias En el caso de Angela se mostró en un principio algo incomoda frente algunas preguntas. Luego comenzó a ser más fluida En las respuestas y más relajada. Por otro lado en algunos aspectos deja entrever cierta desinformación, referente a algunos alimentos que no pueden consumirse. Por otro lado se apoya mucho en la medicación que toma, dejando en muchas oportunidades entrever que no
2. ¿Tomás alguna medicación? A: Habitualmente, Metformina.	
3. Y ¿hace cuánto que la tomás? A: Ya hará 5 meses.	

<p>4. ¿Hace cuánto te diagnosticaron diabetes?</p> <p>A: No, hace mucho tiempo</p> <p>5. Pero vos antes no necesitabas medicación.</p> <p>A: No</p> <p>6. ¿Qué paso que empezaste a tomar medicación?</p> <p>A: Y porque se me subió la glucosa.</p> <p>7. ¿Y con la dieta sola no alcanzaba?</p> <p>A: No, no</p> <p>8. ¿Hay algún tipo de alimento que vos no sabías que no podías y lo consumías igual? ¿Cómo era le tema ese?</p> <p>A: No no, de saber sabía. Pero igualmente comía Pan</p> <p>9. Por ejemplo pan. El resto no, azúcar, todo eso habías tratado de eliminarlo.</p> <p>A: Si si.</p> <p>10. ¿Practicas actividad física?</p> <p>A: Si</p> <p>11. ¿Hace cuánto tiempo?</p> <p>A: Y ya hace 2 años.</p> <p>12. ¿Y notaste alguna diferencia desde que practicas actividad física?</p> <p>A: Si al menos el cansancio ya no lo tengo. Y pero sobrepeso si. Es lo que todavía no puedo.</p> <p>13. Y el tema de la regulación de glucosa ¿Eso se modificó desde que practicas</p>	<p>sigue la dieta recomendada en esta patología.</p> <p>Por otro lado genero en el entrevistador, el realizar preguntas más concisas y de respuestas cortas, debido a la incomodidad que ella mostraba durante la entrevista.</p>
--	---

<p>actividad física?</p> <p>A: Si</p> <p>14. ¿Bajo un poquito?</p> <p>A: Si</p> <p>14. Si vas al supermercado o a comer afuera ¿crees que esta preparado como para un público diabético?¿ Qué hay productos o que no hay?</p> <p>A: No mayormente no se encuentra</p> <p>15. ¿Información al respecto?</p> <p>A: No, mayormente no se encuentra. Uno tiene que advertir que es diabético. Para que le hagan una dieta. Por ejemplo yo me fui a San Luis, y ahí me hicieron un régimen de comidas y ahí ya vine con todo mas bajo.</p> <p>16. Podemos decir entonces que ¿llevar una alimentación saludable, y acorde a esta patología es fundamental como parte del tratamiento de la misma?</p> <p>A: Si desde ya porque es una forma de regular todo y no es mi caso pero incluso algunas personas no necesitan medicación</p>	
--	--

La siguiente entrevista fue realizada a Alberto, alumno con enfermedad cardiovascular. La entrevista fue realizada en el salón de usos múltiples del club Megatlon- Racing. Alberto se presentó con su esposa, quien también participa del grupo de PAMI. Esto generó cierta culpa, o incomodidad por parte de Alberto frente a algunas preguntas realizadas. En un principio se sintió y respondió de forma tímida. Luego por razones de espacio la entrevista finalizó en el hall del gimnasio, y una vez ahí sin su esposa, Alberto se desenvolvió de forma más relajada.

Síntesis entrevista N°3

Alberto conoce bien su patología, pero a partir de la entrevista realizada pudo verse cierta incomodidad a la hora de hablar de hábitos alimentarios.

Durante la entrevistas se manejó muy suelto y respondió todas las preguntas realizadas con soltura y fluidez. Se interrogó acerca de los hábitos alimentarios saludables y la práctica de actividad física y su influencia en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

Alberto básicamente comenzó a realizar actividad física a partir de que le diagnosticaron enfermedad cardiovascular, anteriormente solo se encontraba avocado a sus tareas diarias en su

casa. Durante la entrevista se mostró muy contento y entusiasmado por los cambios generados gracias a la práctica de actividad física.

En el caso de los hábitos alimentarios Alberto se mostró más incomodo frente a las preguntas realizadas. Si bien conoce cuáles son los hábitos alimentarios saludables y recomendados, frente a esta patología, y como tratamiento de la misma, no logra respetarlos. Esta situación se vio reflejada en la incomodidad que presento en estas preguntas, y como el tiempo que se tomaba para responder las mismas. Pese a estos muchos de los hábitos recomendados logró mejorarlos como por ejemplo disminuir notablemente el consumo de alcohol y de carne

<p>Nombre: Alberto Edad: 68 años Patología de base: Enfermedad Cardiovascular</p> <p>1. ¿Hace cuánto te diagnosticaron esta enfermedad?</p> <p>A: Hace aproximadamente unos 10 años</p> <p>2. ¿Cómo fue que te la diagnosticaron? ¿Tuviste algún episodio previo, sentiste algo, tuviste algún llamado de atención?</p> <p>A: U no de los principales cansancio, dolores de pecho, agitación cuando subo escaleras. Y bueno...concurrí al médico y ahí hicimos los estudios.</p> <p>3. ¿Te dieron algún tipo de medicación, o por el momento no estas tomando nada?</p> <p>A: Me dijo que no tomara nada, que me observara, y que siguiera una cierta dieta</p> <p>4. Referente a la dieta. ¿Qué hábitos alimentarios modificaste? Y si sabías que ¿Qué tipo de alimentos podías consumir y cuáles no?</p> <p>A: Indudablemente no sabía que podía comer y que no. Pero si modifique hábitos alimentarios. Era muy carnívoro, eliminando embutidos, carnes rojas y fiambres.</p> <p>5. ¿Tomabas alcohol?</p> <p>A: Si, no mucho pero tomaba.</p>	<p>Resonancias.</p> <p>Alberto se mostró relajado y dispuesto frente a ésta entrevista. Sin embargo en algunos tema se notaba más incomodo. Esto sucedió cuando se pregunto acerca de hábitos alimentarios, debido a que si bien conoce claramente los alimentos recomendados y los cuales están “prohibidos”, o con preferencia de menor consumo en esta patología. Lo que puedo verse es que su reacción era de nerviosismo debido a que le cuesta seguir Una dieta con bajo consumo de carne.</p>
--	--

<p>6. Y como fue que empezaste a reducir. Contame, por ejemplo en vasos ¿cuántos tomabas en la semana, de vino por ejemplo</p> <p>A: Y...por hay en una comida un promedio de un cuartito de vino un poquito más.</p> <p>7. ¿Y ahora?</p> <p>A: No ahora prácticamente lo he eliminado. A veces en una fiesta, los domingos, una cosa así muy especial, un vasito nada más.</p> <p>8. Y en el caso de las comidas me dijiste que comías mucha carne, ¿cuánta cantidad más o menos en la semana?</p> <p>A: Y bastante.</p> <p>9. ¿Todos los días?</p> <p>A: no, no, en total en la semana 3-4 kilos en la semana entre fiambres y carne</p> <p>10. Y, ¿estas haciendo actividad física, o empezaste a realizar actividad física a raíz de este episodio?</p> <p>A: Si uno de los fundamentos era mejorar la calidad y empezar a hacer algo físico.</p> <p>11. y estas haciendo algo</p> <p>A: Si</p> <p>12. ¿Qué haces?</p> <p>A: estoy haciendo dos veces por semana algo acuático y algo aeróbico dentro de mis posibilidades.</p> <p>13. ¿Sentiste cambios desde que empezaste a hacer actividad física?</p> <p>A: Indudablemente, cuando subo las escaleras un ejemplo muy típico ya no me agito, si corro</p>	
---	--

<p>14. Alberto, contame, ¿ Vivís sólo o con alguien?</p> <p>A: Si con mi sra</p> <p>15. ¿Los dos hacen la misma dieta? ¿Ella te ayuda para que vos trates de consumir menos carne?</p> <p>A: Si ella es la que esta al pie del cañón.</p> <p>16. ¿Es la que cocina?</p> <p>A: Si</p> <p>17. ¿Verduras comes?</p> <p>A: Si, estoy acostumbrado. Ahora a comer más verduras que antes</p> <p>18. Además de estos problemitas en el corazón, ¿tuviste algún aumento de tu presión arterial, o diabético o algo de eso?</p> <p>A: No que yo sepa no. Salvo este problema, no.</p> <p>19. Cuando te enteraste que tenías esta patología, vos consumías, mucha carne, embutidos, etc. Vos sabías que estos alimentos no eran los recomendables para la misma? ¿O vos no sabías los daños que podían causar?</p> <p>A: No, no lo sabía. Algo había escuchado que podía hacerme mal. No sabía, a mi me gustaba, y comía rico.</p> <p>20. ¿Y actividad física, hacías antes?</p> <p>A: No prácticamente estaba avocado a mis tareas “específicas”.</p> <p>21. ¿Sentiste muchos cambios?</p> <p>A: Menos cansancio. Descanso mejor de noche y bueno no me agito como te decía antes.</p>	
--	--

<p>22. Medicación, me dijiste que no tomabas, no?</p> <p>A: No</p> <p>23. Bueno entonces si vos tendrías que recomendar a alguien que tenga un episodio así parecido a vos, ¿qué le dirías?, ¿qué le recomendarías?</p> <p>A: Que se haga chequeos, mejore la calidad de vida. Haga actividad física</p>	
--	--

En la siguiente entrevista, se presenta Mónica, alumna también con enfermedad cardiovascular. La misma se llevó a cabo en la confitería del club. Mónica de todas las personas entrevistadas, fue la más desenvuelta y segura en sus respuestas. Maneja muy bien su enfermedad y es muy ordenada con los hábitos adquiridos para la misma. Esto hizo que la entrevista fuese rápida y fluida.

Síntesis entrevista n°4

En el caso de Mónica, de las personas entrevistadas fue una de las que más respeta y conoce los hábitos alimentarios adecuados para esta patología. Se mostró muy entusiasmada a la hora de responder a todas las preguntas realizadas, sobre todo aquellas referentes a hábitos alimentarios, debido a que Mónica contó el haberse asustado mucho cuando se enteró de que tenía Enfermedad Cardiovascular, y esta situación generó que sea muy ordenada y respetuosa de la dieta recomendada para esta patología. Además de reducir el consumo de muchos alimentos como café. Y embutidos. Mónica también aclaró que desconocía que una dieta adecuada era de suma importancia comp. Parte del tratamiento de la Enfermedad Cardiovascular. Referente a la actividad física, Mónica subrayó de los beneficios que esta le generó en el tratamiento favorablemente, como por ejemplo descenso de peso, disminución de dolores articulares y lo más importante para esta patología una frecuencia cardíaca normalizada durante el ejercicio.

<p>Nombre: Mónica, Edad: 66 años, Enfermedad de Base: Enfermedad Cardiovascular.</p> <p>1. ¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron esta enfermedad?</p> <p>M: Hace mas o menos 3 años.</p> <p>2. ¿Cómo te diagnosticaron esta patología?, ¿tuviste algún episodio, te</p>	<p>Resonancias</p> <p>Mónica se mostró muy tranquila y responsable frente a las respuestas dadas sobre su patología.</p> <p>Esto es porque en todo momento hizo referencia sobre el miedo que le generó enterarse de esta enfermedad.</p> <p>Por otro lado demostró un gran conocimiento sobre los alimentos permitidos y los cuales no lo están tanto, así como también de una gran seguridad</p>
---	--

<p>hiciste estudios y de esa forma se detectó?</p> <p>M: No, no yo tenía... Se me dormían las manos, tenía palpitaciones a veces, somnolencia. Pero yo como todavía estoy trabajando pensaba que era por el trabajo.</p> <p>3. Vos estas jubilada pero, ¿seguís trabajando?</p> <p>M: Si, si</p> <p>4. ¿Todos los días?</p> <p>M: Si todos los días.</p> <p>5. ¿Dónde trabajas?</p> <p>M: En un despacho de pan.</p> <p>6. Trabajas mucho tiempo parada</p> <p>M: Claro</p> <p>7. Contame un poquito tu sensación el día que te enteraste que tenías esta patología, ¿cómo fue?</p> <p>M: Y me diagnosticaron que había tenido un pre infarto, y. Entonces yo ahí me asuste. Me dejaron internada, me hicieron unos estudios y me medicaron.</p> <p>8. ¿Qué medicación, tomaste, o seguís tomando?</p> <p>M: Me dieron Atlansil y una Bayaspirina por día.</p> <p>9. Una vez diagnosticada la enfermedad. ¿Hubo cambios en tu vida cotidiana? ¿Cuáles?, por ejemplo contame ¿qué paso con los hábitos alimentarios?</p> <p>M: Si sisis sabía comía con mucha sal, comida rápida, embutidos, sandwichitos. Entonces empecé a hacer una vida más sana, comer más verduras, menos carne, y empecé hacer actividad física que no</p>	<p>en lo que respecta a la actividad física y sus beneficios en personas con enfermedad cardiovascular.</p>
--	---

<p>hacia.</p> <p>10.¿ Hace cuánto tiempo practicas actividad física?</p> <p>M: Hace mas o menos un año y medio.</p> <p>11. ¿Qué tipo de actividad física practicas?</p> <p>M: Gimnasia Acuática</p> <p>12. ¿Sentiste algún tipo de cambio desde que practicas ésta actividad?</p> <p>M: Si primero que reduje mi peso, me siento y estoy mas ágil, no me agarran calambres no en piernas ni en manos. Y durante la misma, las pulsaciones ya Nome suben como antes, estoy más regularizada.</p> <p>13. Referente a los hábitos alimentarios, tenías bien claro cual comer y cual no. Vos consumías mucha carne, fiambres, ¿qué pasó con el colesterol, por ejemplo?</p> <p>M: S i a partir de estos cambios me bajó, se me regularizaron todos los estudios.</p> <p>14. ¿Sabes de algún tipo de alimento, que tienda a colaborar en la reducción de colesterol?¿ si consumís algún producto?</p> <p>M: Si consumo mas pescados por el tema de omegas, frutas, verduras. Y el vidacol, peor ese aún no lo probé pero se que colabora.</p> <p>15. ¿Tenes idea qué efectos genera la actividad física respecto del colesterol?</p> <p>M: No. no lo sabía pero no lo practicaba</p> <p>16. Y si tuvieras que resumir en pocas palabras, ¿qué me podes decir respecto de tu sensación frente a la patología cardiovascular y los cambios generados a partir de la misma?</p>	
---	--

<p>M: Y en un principio estaba asustada, y no sabía que por ejemplo la dieta podía influir tanto en este tipo de patologías. Igual claramente me cuesta día a día acostumbrarme a algunos cambios.</p> <p>17. ¿Cuáles?</p> <p>M: y la comida, no se el café, las carnes. Uno siempre primero piensa en una medicación como lo único y lo milagroso. Pero bueno hay otras cosas como la alimentación que en mi caso claramente vi las diferencias a partir de reducir o reemplazar ciertos alimentos.</p>	
--	--

La siguiente entrevista fue realizada en el natatorio a María Celia, alumna con hipertensión. En un principio fue dificultosa ya que el ruido de la misma generaba la necesidad de repreguntar, y por momentos María sonó algo confusa y dubitativa en sus respuestas. De todas formas, fue muy amable y dispuesta para contestar el cuestionario planteado.

Síntesis entrevista n°5

María Celia se presentó muy entusiasta frente a la entrevista realizada. Muy dispuesta frente a las preguntas. María se mostró algo desinformada sobre algunos alimentos recomendados para esta patología como por ejemplo alimentos con alto contenido de fibra o sales modificadas, así como también manifestó que ciertos hábitos alimentarios le son muy complejos de modificar como por ejemplo fiambres y embutidos.

En cuanto a la actividad física, María es muy aplicada, y manifestó que no faltar nunca.

Por otro lado noto una gran diferencia desde que practica actividad física ya que, noto un control y reducción en la tensión arterial durante y post ejercicio.

Sin embargo María manifiesta no poder reducir la medicación ya que cuando lo hizo tuvo un episodio de aumento notable de tensión arterial. Por otro lado ella manifiesta que algunos hábitos alimentarios le cuesta, sobre todo el tema de agregado de sal a las comidas, sin embargo manifestó reducir la sal en ciertas recetas. Este es otro de los motivos por el cual ella apoya mucho su tratamiento con la medicación y no tanto en una dieta adecuada para esta patología

<p>Nombre: María Celia, Edad: 65 años, Patología de Base: Hipertensión</p> <p>1¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron esta patología?</p> <p>MC: Y hará como 4 años.</p>	<p>Resonancias</p> <p>María Celia, en todo momento se mostró nerviosa. Esto puede verse en su tono de voz y como se le quebró la misma en reiteradas oportunidades, así como también titubeó o se quedó pensando</p>
---	--

<p>2. ¿Cómo te sentiste o qué sentiste cuando te diagnosticaron hipertensión?</p> <p>MC: No lo que tenía era mucho dolor en la nuca. Fui al médico, el médico me dijo que tenía presión alta y me dio medicación mejor.</p> <p>3. ¿Hace cuanto tiempo tomas medicación y que te dieron?</p> <p>MC: Enalapril un derivado del lotreal, de 10 mg. Y cuando me siento mal, que como algo que no debo me sube más. Entonces me dan media pastilla más. Vendrían a ser ... 15 mg</p> <p>4. Hiciste referencia de alimentos que no debes. ¿Vos sabías que alimentos eran los que no debías consumir?</p> <p>MC: El médico me había dicho, lo que tenía que comer y lo que no. Lo que pasa que veo la comida y me desbordo.</p> <p>5. Por ejemplo, ¿qué cosas?</p> <p>MC: Milanesas, que por ejemplo ahora me las hago sin sal, pero antes no. Es más un día no tome la medicación porque estaba tranquila. Pero después me arrepentí, porque al otro día cuando vine al trabajo me subió a 20.</p> <p>6. ¿Tomás alcohol?</p> <p>MC: No.</p> <p>7. Lo de agregar sal, habitualmente agregas, sal extra en la comida.</p> <p>MC: No ahora no ahora no le agrego sal, ahora le pongo algún condimento como orégano, es el único condimento que agrego.</p> <p>8. Sal, ¿para nada?</p> <p>MC: No ahora trato de no</p>	<p>frente algunas preguntas. Su movimiento de manos constante también fue característico.</p> <p>Pese a esta situación corporal, contestó a todas las preguntas que se le realizaron y lo hizo de una manera muy amable. También se la vio algo culposa cuando se hablo de los hábitos alimentarios ya que le cuesta respetarlos, debido a que se apoya mucho en la situación de estar medicada. Esto hizo que el entrevistador no sea tan reiterativo en las mismas, ya que la incomodidad era bastante evidente</p>
--	---

<p>9. ¿Hay algún otro alimento que dejaste de consumir?</p> <p>MC: Si fiambres, que me encantan, pero bueno ahora no puedo, me tengo que cuidar.</p> <p>10.¿Qué sentías cuando dejabas de consumir este tipo de alimentos?</p> <p>MC: Estoy mejor, no te decía.... No me aparece ese dolor fuerte en la cabeza, ni en la nuca. Cuando empiezo a comer más sano, no comer fiambres, no comer sobre todo con sal, me siento mejor.</p> <p>11. Probaste alguna vez, reducir la medicación, y sólo usar como tratamiento también con una alimentación libre de sodio.</p> <p>MC: No, porque en realidad cuando lo hice, me volvió a subir. Porque es difícil hacer una dieta sin sal tan estricta.</p> <p>12Contame un poco más de eso, ¿porque difícil?</p> <p>MC : Por que , no se la costumbre, el gusto.</p> <p>13. ¿Haces actividad física?</p> <p>MC: Si hago acuagym 3 veces por semana.</p> <p>14. ¿Cómo te sentiste?</p> <p>MC: Mucho mejor , puedo hacer mejor las cosas</p> <p>15. En el control de la presión, ¿hubo alguna diferencia?, ¿te hacen controles durante la práctica de actividad física, mientras que haces la clase?</p> <p>MC: Si lo controles son más regulares, sin tantos altos y bajos. Si una vez una médica</p>	
--	--

<p>nos tomó la presión antes de entrar y durante, y es real que la diferencia existe. Como te decía se regulariza.</p> <p>16. ¿Conoces productos del mercado que sean para personas con hipertensión exclusivamente?</p> <p>MC: No mucho no. Se de algunas sales diferentes peor no las compro, son más caras también. Lo que si compro un agua mineral reducida en sodio.</p> <p>17. ¿Qué recomendación me harías si yo fuese hipertensa como vos?</p> <p>MC: Y que te cuides en la comida, reducir la sal, poca grasa, pocos fiambres, reducir el alcohol. Y practicas ejercicio. Yo tengo una amiga que lo hizo más a tiempo y el médico le bajo la medicación. Yo eso por el momento no pude, pero me siento mejor igual</p>	
--	--

La siguiente entrevista fue realizada en el hall del club, a Olga, alumna con hipertensión. Olga se mostró muy nerviosa al contestar y esto generó tener que regrabar varias veces la entrevista. Luego más distendida fue muy clara y detallista frente algunas preguntas realizadas. Este aspecto puede explicarse ya que Olga tiene esta patología por más de 10 años, y maneja muy bien sobre todo el tema de fármacos para la misma y el funcionamientos de cada uno de ellos.

Síntesis entrevista n°6

Olga durante la entrevista se mostró muy segura e informada sobre las patologías que padece. Ella tiene una patología combinada de hipertensión, circulatoria y es anticoagulada. En la entrevista se tomo sólo la enfermedad Hipertensiva.

Olga manifestó el haber comenzado una dieta baja en sodio, evitar el alcohol, baja en grasas y de alimentos que aumenten notablemente el colesterol, debido a un episodio de ACV (Ataque Cerebro Vascular). producto su enfermedad hipertensiva como una de las causas.

Este motivo llevo a que Olga conozca muy bien los alimentos adecuados para esta patología. Sin embargo Olga apoya mucho su tratamiento en la medicación, debido a que la misma, como ella manifestó: “me permite darme de vez en cuando un gusto”. Esto se debe a que muchas veces con algunos alimentos Olga comentó que le cuesta mucho dejar de comer y es en estos momentos donde decide comerlos igual escudándose en la toma posterior de la medicación (LOTREAL).

En cuanto a la actividad física ella es muy entusiasta de los cambios que la misma provocaron en su tratamiento, ya que desde la práctica de la misma y a partir de los cambios realizados en al dieta, Olga manifestó reducir en un 3 % su medicación y disminuyo su tensión arterial post ejercicio.

Olga no esta practicando ejercicio debido a una fractura de húmero, y ella nota la diferencia, y manifestó querer volver cuanto antes.

<p>Nombre: Olga María Fernández, Edad: 82 años, Patología de base: Hipertensión/Anticoagulada</p> <p>1. ¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron esta patología?</p> <p>O: Y hace muchos años, después de los 50 años.</p> <p>2. Unos 30 años entonces.</p> <p>O: Si cuando era joven más bien era de baja presión.</p> <p>3. ¿Tomás medicación?</p> <p>O: Si Lotrial 10, antes tomaba menos. Y como soy anticoagulada también tomo para eso.</p> <p>4. ¿sabes el nombre?</p> <p>O: Si Sintrom 4 .</p> <p>5. ¿Cómo te sentiste al enterarte de esta patología?</p> <p>O: Y me asuste mucho y aparte me doy cuenta que cuando me pongo nerviosa me sube.</p> <p>6. Entonces vos sabes que si te pones nerviosa ¿te sube?</p> <p>O: Si me doy cuenta que cuando me pongo nerviosa me sube, cuando como cosas que no debo.</p> <p>7. ¿Y referente a la comida vos sabes que alimentos podes consumir y cuáles son?</p> <p>O: Si porque también me cuido en algunas comidas.</p> <p>8. ¿Por ejemplo?</p>	<p>Resonancias</p> <p>En el caso de Olga es una persona que tiene y sabe mucho sobre sus patologías debido a que convive con ellas hace unos 30 años. Tiene muy claro los alimentos que debe y los cuales no debe consumir. Al igual que Mara, Olga refiere que si bien respeta la dieta correspondiente a una persona con Hipertensión, en muchas oportunidades o con algunos alimentos le cuesta y no puede dejar de consumirlos, como por ejemplo fiambres, enlatados. Esto se reflejo en que cuando consume estos alimentos ella se escuda en la medicación. En su discurso puede entreverse que en muchos aspectos, al conocer y dominar su patología, que recurre más a la medicación que a los buenos hábitos alimentarios, recomendados para esta patología. Referente a al actividad física se manifestó con mucho entusiasmate poder a su edad seguir practicando pese que en este momento no pueda realizarla por una lesión en un brazo</p>
---	---

<p>O: Por ejemplo como verduras, como con poca sal</p> <p>9. ¿Fiambres?</p> <p>O: No fiambres no puedo comer, a veces me paso. Lo mismo si me toman la presión noto que me sube. La sal igualmente , todas comidas que sean con muchas cosas esas también hacen que me suba</p> <p>10. ¿Tomas alcohol?</p> <p>O: No, nada, nada. Pero tomaba.</p> <p>11. ¿Fumas? o ¿fumaste?</p> <p>O: Si de joven.</p> <p>12. Referente a los alimentos, hiciste referencia a que en un momento habías reducido al medicación, esto era por la correcta elección de alimentos para esta patología?</p> <p>O: En principio si. Pero después me derivaron a otro médico, cardiólogo. Y ahí me dieron más pastillas porque estaba con arritmias, y empecé a anticoagularme.</p> <p>13. A partir de este episodio te empezaste a cuidar más aún con la alimentación.</p> <p>O: Si porque además de la arritmia, yo ya tenia presión alta, eran dos problemas. Llamaron a mi hija porque estuve internada y a partir de ahí me hicieron estudios y empecé a anticoagularme.</p> <p>14. ¿Y notaste diferencia?</p> <p>O: Si con todos los alimentos.</p> <p>15. ¿Qué alimentos?</p> <p>O: Y.... Fiambres, sal, algunas carnes.</p> <p>16. ¿Eras de agregar sal extra a las comidas?</p>	
--	--

<p>O: Si, si cuando era joven si</p> <p>17. ¿Y ahora, lo reemplazas por otra cosa?</p> <p>O: Si uso especias, para darle gusto a la comida.</p> <p>18. Olga, y el colesterol, ¿cómo lo tenes, elevado, bien, cómo?</p> <p>O: No bien, no tengo.</p> <p>19. Esto de ser hipertensa te genero algún episodio.</p> <p>O: Si, tuve un ACV. (Accidente cerebro vascular)</p> <p>20. ¿Esto fue hace mucho?</p> <p>O: Mira te cuento yo soy anitcouagulada, peor como andaba mejor mi médico decidió probar y suspender la coagulación. Y ahí bueno me agarro el acv, estaba sola en mi casa, después vino mi hija, y ahí me llevo al hospital. Al Hospital Británico que es donde me atiendo y ahí frente al cuadro que tenía me empezaron a anticoagular por segunda vez, y ahora sigo.</p> <p>21. Y ¿Actividad física, haces?</p> <p>O: Si hago, gimnasia, me gusta bailar también, ahora no estoy haciendo porque me caí y me lastime un hombro.</p> <p>22. ¿Haces con algún grupo?</p> <p>O: Si con un grupo de jubilados.</p> <p>23. Ahora no estas haciendo por lo del brazo pero cuando hacías ¿cómo te sentías?</p> <p>O: Bien mucho mejor. Me ayuda para regular un poco la presión y también como hago gimnasia en el agua, mi</p>	
---	--

<p>profesora me explico que para la circulación y eso también, en mi caso me venía muy bien.</p> <p>24. ¿Qué le recomendarías a alguien con esta patología, entonces?</p> <p>O: Y los médicos suelen medicar, pero un nieto mío que es nutricionista me dice que la dieta es fundamental y si, yo me doy cuenta que si me controlo estoy mejor. Y practicar deporte también, ajajajajaja lo digo yo que tengo ya casi un siglo de años.</p>	
---	--

A continuación se realizará un cruce o comparación en la información suministrada por las personas encuestadas que tienen esta patología y que pertenecen a este grupo de PAMI que práctica actividad física.

El mismo detalla los aspectos relevantes citados por personas entrevistadas con la misma patología, y luego una triangulación con la información recavada de las entrevistas a personas que padecen las 3 patologías crónicas no transmisibles diferentes, trabajadas en este trabajo de investigación (Diabetes, Enfermedad Cardiovascular e Hipertensión)

Comparación de entrevistas de personas con Diabetes.

En el caso de los entrevistados con diabetes (Norma y Angela), ambas manifestaron el estar muy contentas respecto de los cambios generados a partir de la práctica de actividad física, esto debido a que en ambos casos manifestaron la importancia de no aumentar de peso, evitar el sobrepeso debido a que el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta progresivamente en la medida que se aumenta de peso. Para que una persona desarrolle diabetes tipo 2 deben estar presentes dos tipos de defectos: una resistencia a la insulina y una secreción anormal de insulina.

En el individuo que aumenta mucho de peso, la grasa que está dentro del abdomen empieza a liberar ácidos grasos libres y ciertas hormonas y sustancias (TNF alfa, IL-6, leptina, etcétera) que hacen que su propia insulina no trabaje bien. Al comienzo esta resistencia a la insulina no altera los niveles de azúcar en la sangre porque las células beta del páncreas producen más insulina. Pero llega un momento en que las células beta se «agotan», se «cansan», dejan de producir la cantidad de insulina requerida, y sobreviene la diabetes.

La diferencia entre la entrevistas es que en el caso de Norma mantiene una dieta muy estricta y la practica de actividad física no sólo por el sobrepeso y lo que esto pueda traer aparejado respecto de la diabetes, sino a que ella aún se mantiene sin estar medicada, apoyándose en una dieta adecuada (libre de azúcares, dulces, grasas) como parte fundamental de su tratamiento. Además Norma explico que esto le permite no tener que estar medicada ni con insulina, lo cual ella quiere evitar, manteniéndose con la dieta adecuada y actividad física como el tratamiento de su patología.

A diferencia de Norma, Angela, si toma medicación (Metformina) y se muestra menos adherente a la dieta adecuada, Manifiesta que algunos alimentos le cuesta mucho evitar. Por otro lado Angela si

tiene sobrepeso y esta es una situación a trabajar para evitar las consecuencias que esta genera en una persona diabética. Por otro lado Angela se mostró más desinformada que Norma en ciertos aspectos, como por ejemplo contenido de HC de los alimentos, alimentos prohibidos, alimentos permitidos temas estos muy conocidos y manejados por Norma.

Comparación de entrevistas de personas con Hipertensión.

En el caso de esta patología ambas personas entrevistadas coinciden en que la actividad física mejoró notablemente su calidad de vida y además en la reducción de la tensión arterial intra y post ejercicio. Por otro lado tanto María como Olga, manifestaron desde su discurso ser dos personas que utilizan la medicación por encima de la dieta adecuada, como tratamiento fundamental de su patología. Ambas coinciden en poder darse ciertos gustos o desequilibrios en la dieta adecuada para un hipertenso, debido a la medicación. Pero también coinciden en que los cambios en sus hábitos alimentarios han generado grandes cambios en sus controles de tensión arterial. Y a si mismo la posibilidad, en el caso de Olga, quien a diferencia de María, de reducir la dosis de su medicación. Ambas coincidieron también en el beneficio de la actividad física en su vida cotidiana, sintiéndose más ágiles y con menos dolores articulares.

A diferencia de María, Olga tiene un poco más de conciencia de lo importante de respetar una dieta adecuada baja en sodio, y adecuada para un hipertenso. Esto se debe a que Olga producto del ACV comenzó a respetar mas estos hábitos alimentarios.

Comparación de entrevistas de personas con Enfermedad Cardiovascular.

En este caso tanto Alberto como Mónica coincidieron en que los efectos causados por esta patología, como por ejemplo agitación, adormecimiento de miembros superiores, cansancio, calambres, entre otros, se vieron totalmente mejorados y reducidos a partir de la práctica de ejercicio físico. Por otro lado fue notable la mejora de su frecuencia cardiaca pre, intra y post ejercicio.

En cuanto a los hábitos alimentarios, Mónica a diferencia de Alberto, desde que le diagnosticaron su patología, es muy ordenada y estricta en su dieta. Pese a esto cabe aclarar que en un principio Mónica manifestó que le costó mucho acomodarse a la dieta adecuada, ya que consumía una cantidad elevada de alimentos como embutidos, café, entre otros. En el caso de Alberto aún hay alimentos que el cuesta reducir como las carnes, sobre todo las rojas, y por otro lado reconoce que le fue muy difícil reducir el hábito de consumo de alcohol en las comidas.

Ambos coinciden en que el modificar estos hábitos, reduciendo alimentos como café, alcohol, margarinas, manteca, carnes rojas o de gran contenido de grasa, embutidos y snaks, es notable la reducción de colesterol y cantidad de triglicéridos, aspectos estos muy importantes de controlar en esta patología.

Comparación entre patologías

En las entrevistas realizadas anteriormente, en que en líneas generales , las personas entrevistadas coinciden en conocer muy bien los hábitos alimentarios adecuados para su patología en mayor o menor medida, pero en la mayoría de los casos coinciden en lo difícil que es acostumbrarse a los mismos, y hacerlos parte de su vida cotidiana.

También en todos los casos coincidieron en los beneficios positivos que tiene la práctica de actividad física, para todas y cada una de las patologías planteadas. Entre los efectos, que la actividad física produce en estas patologías, son: Produce vasodilatación periférica, es importante la rehabilitación cardíaca y respiratoria, comprobándose que la mortalidad postinfarto de miocardio

se reduce un 20% entre quienes siguen programas deportivos, se pierde peso graso, reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y mejora los índices colesterol/HDL en sangre, aumenta el VO₂ máx. y mejora el sistema respiratorio por mejora de la capacidad vital, aprovechamiento de la oferta de oxígeno e incremento de la ventilación, difusión y transporte de oxígeno, controla y reduce la tensión arterial en reposo y durante el esfuerzo, entre otros.

Una de las diferencias entre las personas encuestadas, es que en el caso de las personas con Hipertensión a diferencia de las otras patologías, son personas que hacen ciertos desequilibrios en los hábitos alimentarios, ya que saben y “corrigen” esto a través del uso de la medicación.

En el caso de las personas diabéticas entrevistadas toman en principio esta patología como “terrible”, pero después de un tiempo son de todos los entrevistados, los que más manejan los hábitos alimentarios y cotidianos recomendados para dicha patología.

En el caso de quienes tiene enfermedad cardiovascular, ambos manifestaron haberse asustado al enterarse de su patología, mientras que quienes tienen hipertensión, no hicieron referencia alguna.

En todas las entrevistas realizadas coinciden que tanto hábitos alimentarios saludables como la práctica de actividad física, son y deben ser parte primordial e importante del tratamiento de cualquiera de ellas.

RESULTADOS

. Resultados

El análisis

Mediante la administración de encuestas se obtuvieron los datos. Para analizar los resultados, en el caso de la ingesta de embutidos y el consumo de café, se utilizó como herramienta metodológica **la observación participante** en los talleres desarrollados en los grupos de hipertensión y diabetes.

Se optó por este método debido a que tanto el consumo de cafeína como el de embutidos fueron los que se observaron en mayor proporción. Para realizar la observación participante se separó al grupo en dos subgrupos de 5 participantes cada uno.

Para el análisis del consumo, se utilizaron registros y recordatorios de consumo de alimentos.

Se realizaron 2 encuentros, con una pausa de 15 días entre cada uno. Luego del segundo encuentro, se observó en los registros de consumo de alimentos, una amplia reducción en el consumo de embutidos y cafeína. Cabe destacar que durante el desarrollo de la actividad pudieron evidenciarse los efectos perjudiciales, para la salud, del consumo elevado de embutidos y cafeína, y más aún, se remarcaron los perjuicios que generan en personas que padecen hipertensión o diabetes, o ambas patologías combinadas. Esto explicaría, en cierto modo, la toma de conciencia por parte de la población estudiada la cuál disminuyó notablemente el consumo de estos alimentos.

A continuación se grafican los resultados obtenidos en ambos talleres luego de la realizada *observación participante* y de las encuestas realizadas.

Distribución de las personas (según sus edades)

Aproximadamente un 40% de la población estudiada que ha participado de esta actividad y ha sido encuestada tiene entre 70 a 74 años, tal cual se expone en la **Gráfico N° 1**.

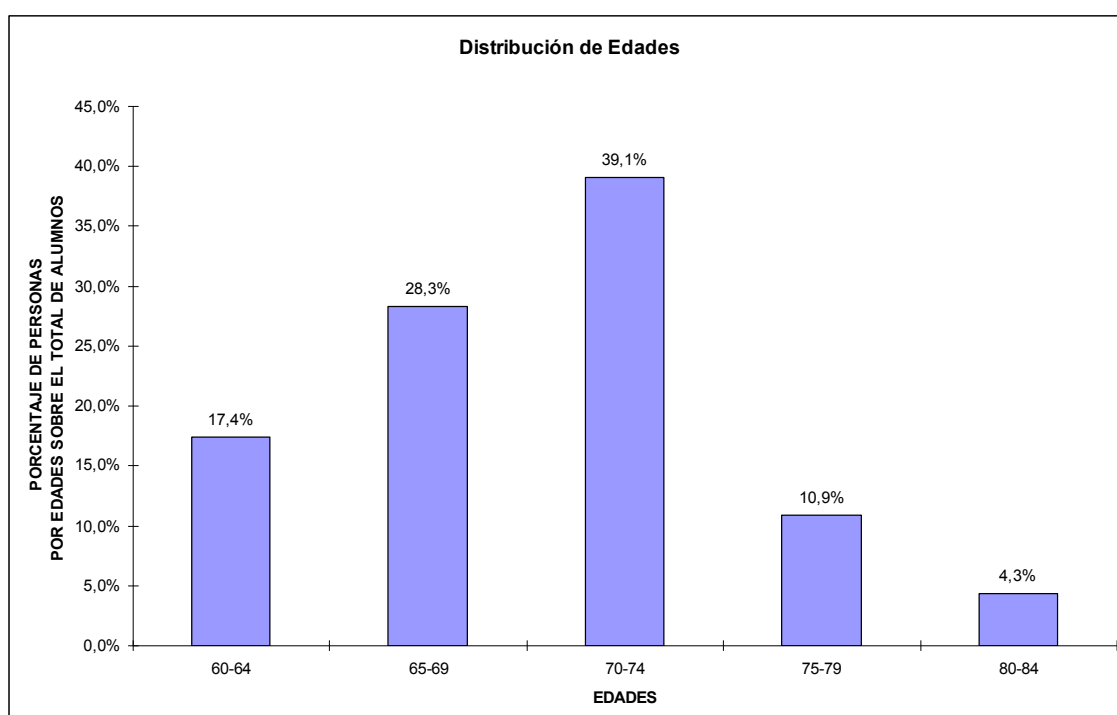


Gráfico 1

Descripción del grupo de estudio (por sexo, edad y patología)

Del procesamiento de las encuestas surge la siguiente descripción:

Descripción del Grupo de estudio		
Tamaño del grupo del estudio	101	
Hombres	28	27,8%
Mujeres	73	72,2%
Edad promedio (años)	70	
(60-64)	17	
(65-69)	28	
(70-74)	40	
(75-79)	10	
(80-84)	6	
Patologías		
Hipertensión	44	
Cardiovascular	23	
Diabetes	13	
Diabéticos-Hipertensos	12	
Cardio-Hipertensos	9	

Cuadro 1

Hábitos alimentarios de alumnos con hipertensión

El **Gráfico N° 2** refleja el consumo de alimentos de los alumnos con hipertensión:

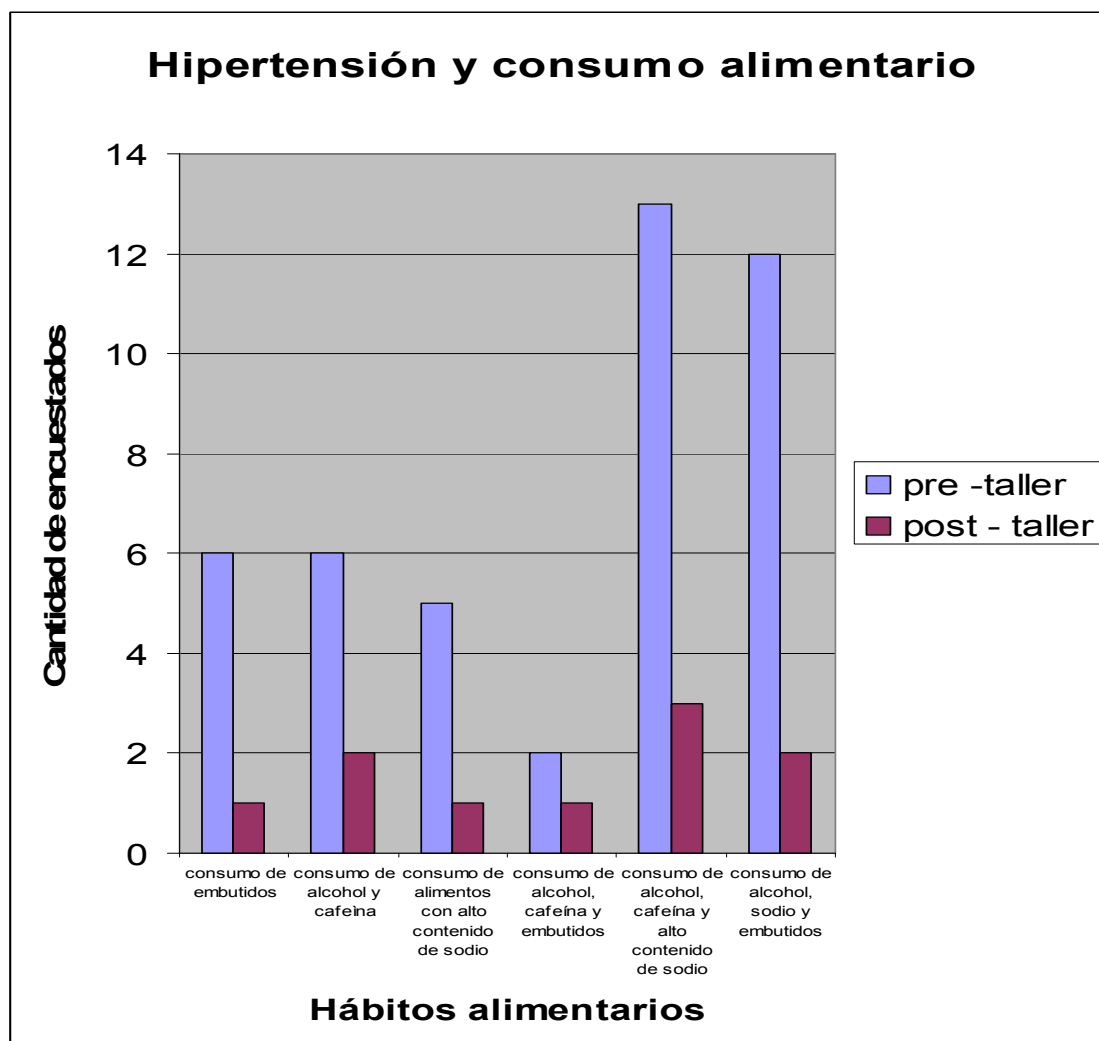


Gráfico 2

En el caso de los embutidos, se tomó como un grupo aparte, ya que si bien pertenecen al grupo de alimentos con alto contenido en sodio, también tienen alto contenido en grasa, y colesterol, siendo aún más nocivos para la salud. Por otro lado fue uno de los alimentos más elegidos por este grupo de personas, que en muchos casos manifestó no tener ganas de cocinar y por este motivo los embutidos eran una elección simple y rápida a la hora de la cena o bien almorzar.

Aquí se refleja que antes de concurrir a los talleres de nutrición, 6 de los 44 alumnos encuestados con esta patología (13,63%), consumen este alimento con una frecuencia diaria, reduciéndose a 1 (un) alumno, el 2,27%, luego de las charlas referentes a alimentación saludable e hipertensión.

Este alimento se caracteriza por un gran aporte de grasa y sodio, ya sea por natriuresis por presión o por modulación, contribuye a la evolución de Hipertensión Arterial.

En cuanto a la cafeína y alcohol, son 6 (13,63%) las personas del total de 44 con esta patología que consumen alcohol y cafeína (pre -taller), luego del análisis de los resultados post-taller se observó una reducción hasta alcanzar una cifra del (4,54%; 2 personas) de la población encuestada.

De todas formas también en este caso se observa una reducción no sólo en la cantidad de personas con este hábito, sino también en la frecuencia de consumo, ya que de las 6 personas (13,63%) que manifestaron tener este hábito de consumo de alcohol en almuerzo y cena, y con un promedio de 2

vasos por comida, tras participar de talleres, 4 personas(6,81%) manifestaron reducir a un vaso por comida y 2 de ellos (4,54%) hacerlo sólo en cena o bien sólo en el almuerzo.

En el caso de la cafeína se observó, al igual que con el consumo de alcohol, no sólo una reducción en la cantidad de personas con dicho hábito, sino también en la frecuencia de consumo. De las 6 personas (13,63%) que manifestaron tener este hábito de consumo de café en desayuno, media mañana y merienda, y con un promedio de 1(una) taza por cada una de estas comidas, tras participar de talleres, 4 personas (6,81%) manifestó reducir a una taza por comida (consumo en desayuno, o merienda).

En cuanto al consumo de alcohol en pacientes en tratamiento con fármacos antihipertensivos, atenúa el efecto de dichos fármacos.

El efecto del alcohol sobre la presión arterial es mayor sobre la presión sistólica. Para prevenir este efecto es conveniente no sobrepasar los 30 g de etanol por día, lo que equivale a 600cm³ de cerveza (5% de graduación alcohólica), 250 cm³ de vino (al 12% de graduación alcohólica), entre otros ejemplos. Es por eso que es muy importante reducir su consumo ya que como se explicó en párrafos anteriores no sólo reduce el consumo de medicación, sino también el valor de presión sistólica.¹⁴

En el caso de la cafeína aumenta en forma directa la presión arterial, probablemente debido al aumento que provoca en la secreción de renina plasmática, razón por la cuál se debe promover la reducción de su consumo¹⁵.

En lo referente al consumo de alimentos con alto contenido en sodio se obtuvieron los siguientes resultados: 5 (11,36%) personas pre- taller consumían ese tipo de alimentos. Post- taller se observó una reducción al (2,27%, 1 persona).

En este caso también se tuvo en cuenta el agregado extra de sal a los alimentos. Fue un hábito que en las 44 personas (100%) con esta patología no era tomado en cuenta pre- taller, ya que manifestaron no poder controlar el mismo, y por otro lado a la hora de hablar de alimentos con alto contenido en sal podían identificarlos perfectamente pero en ninguno de los casos tuvieron en cuenta el consumo extra de sal, agregada a los alimentos.

Una vez realizado el taller se recomendó utilizar la dosis de 1gr para controlar el consumo de sal agregado a los alimentos.

Esto fue recomendado a los alumnos durante el taller, pero no se refleja en la gráfica ya que no fue evaluado post- taller.

El sodio en la dieta se mide en miligramos (mg). La sal de cocina contiene un 40% de sodio y una cucharada pequeña de sal de cocina contiene 2,300 miligramos de sodio.

Los adultos deben limitar la ingesta de sodio a 2,300 mg por día, mientras que los individuos que sufran de hipertensión arterial no deben consumir más de 1,500 mg por día. Aquellas personas que padezcan insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática y nefropatía pueden necesitar cantidades mucho más bajas.

¹⁴ Stamler, J A et al: "Relation of body mass and alcohol, nutrients, fiber and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial" 65 (supple1). Am J Clin Nutr 1997.

¹⁵ Ricardo González Menéndez para Rev Cubana Med Gen Integr v.11 n.3 Ciudad de La Habana mayo-jun. 1995

En cuanto a la combinación de hábitos, el mayor número se encontró, en aquellas personas que consumen alcohol, cafeína, y alimentos con alto contenido de sodio, sumando un total de 13 (29,54%) personas pre- taller y tras las charlas/ taller referente a la sumatoria de factores, y sus efectos en personas con hipertensión, este número redujo a 3 (6,81%) personas.

En este caso el efecto sobre la patología es elevado ya que se combinan las características de cada uno de estos alimentos y actúan sumados sobre la patología siendo el daño mayor.

Hábitos alimentarios de alumnos con diabetes

En la encuesta se analizan los siguientes aspectos: consumo de alimentos que aumentan el colesterol, consumo de azúcares y dulces, consumo de fibra, consumo de alimentos que aumentan el colesterol y azúcares, y consumo de alimentos que aumentan el colesterol y fibra.

Se representa en el *Gráfico N° 3*, el consumo de este tipo de alimentos en alumnos con diabetes, encuestados:

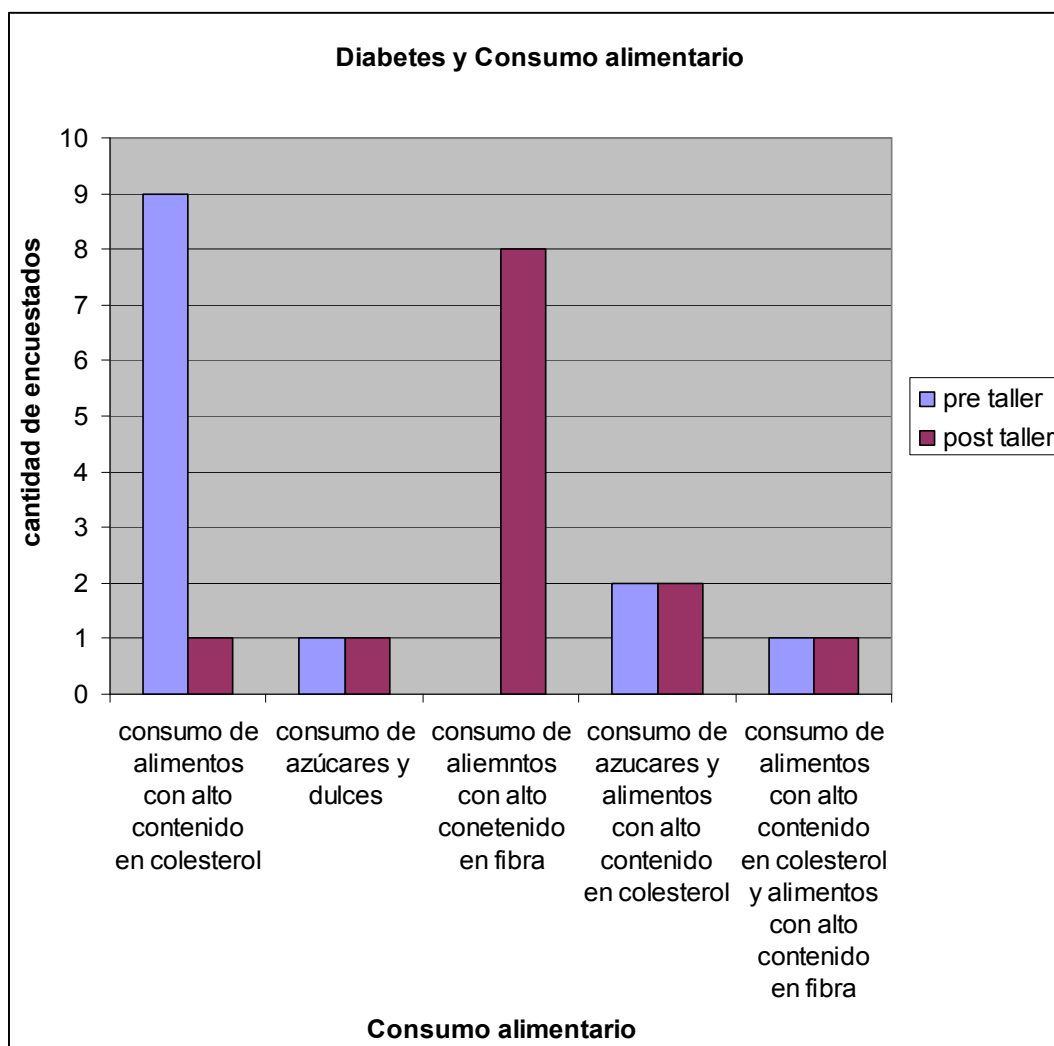


Gráfico 3

En cuanto al consumo de alimentos que aumentan el colesterol, puede verse en la gráfica a continuación, que 9 (69,23%) de las 13 personas que tienen diabetes manifestaron tener un consumo diario de éste tipo de alimentos, por ejemplo, snacks, manteca, fiambres, crema, carnes rojas, entre otros.

Tras los encuentros y talleres realizados referentes a alimentación y diabetes, es notable la disminución de este grupo, siendo solo una persona (7,69%) la que mantiene este hábito. Es importante la reducción en el consumo de este tipo de alimentos ya que como fue citado con anterioridad, el colesterol debe estar en cantidades no mayores a 200 mg, siendo importante que la selección sea en un 70% de grasas de tipo vegetal y en un 30 % de grasas de tipo animal.

El mantener una cantidad de colesterol en sangre adecuada, previene problemas de circulación de grandes vasos así como también cardiopatías, muy comunes en diabéticos. Ésta es una de las razones, sino la más importante de controlar la cantidad de colesterol.

Analizando el consumo de dulces y azúcares puede verse que es un hábito de sumo conocimiento para este grupo de personas. Más aún, es uno de lo que más tienen en cuenta las personas con diabetes, incluso no teniendo en cuenta otros aspectos, que serán desarrollados a continuación. Esto puede explicar quizá que no existan diferencias en el consumo pre y post-taller.

En el pasado, se recomendaba a las personas con diabetes que evitaran el azúcar.

Los expertos consideraban que consumir azúcar elevaba rápidamente la glucosa en la sangre, lo cual provocaba niveles demasiado altos.

Algunas personas incluso pensaban que consumir azúcar provocaba diabetes, un concepto que hoy sabemos que es falso.

Indudablemente, la mayoría de los dulces y los postres no aportan las vitaminas y los minerales importantes que se encuentran en los alimentos más saludables; por ese motivo, asegúrese de seguir consumiendo los nutrientes que necesita.

Muchos dulces, además de contener carbohidratos, poseen también un alto contenido de calorías y grasas, ambas éstas a ser controladas y tenidas en cuenta en esta patología.

En cuanto al consumo de alimentos con fibra, se dio que este grupo de personas desconocía la importancia de la misma en el tratamiento de diabetes, o bien no podían identificar alimentos ricos en fibra o puntualmente que es la fibra.

Esta situación es la que genera que en la grafica solo este representado el grupo de personas, post-taller, que consumen alimentos con fibra.

Respecto a la fibra dietética, se ha demostrado que ésta es beneficiosa en el tratamiento dietético de la diabetes mellitus, ya que disminuye la velocidad de absorción de los hidratos de carbono de los alimentos ingeridos, evitando elevaciones bruscas del nivel de glucosa en sangre después de comer alimentos ricos en fibra tomados conjuntamente con alimentos que contienen azúcares de absorción rápida, reducen la velocidad global de absorción de azúcares de la comida, y por tanto permiten incluir mayor variedad de alimentos en la dieta del diabético. Por ejemplo: un jugo de frutas en ayunas aumenta rápidamente los niveles de azúcar en sangre, mientras que tomado en el desayuno, junto con yogur y frutos secos, su velocidad de absorción disminuye considerablemente.¹⁶

¹⁶ E. Escudero Álvarez y P González Sánchez. Unidad de Dietética y Nutrición. Hospital “La fibra dietética” Nutr. Hosp.(2006) 21 (supl 2) <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21s2/original6>.

Son alimentos ricos en fibra: ensaladas, verduras y legumbres cocidas enteras, frutas enteras, frutos secos y cereales integrales.

En el caso de alumnos que consumen alimentos ricos en colesterol y alimentos ricos en dulces y azúcares, no se ve ningún tipo de cambio.

Tanto pre-taller como post-taller, son 2 las personas (15,38%) que indicaron mantener este hábito.

Para esta patología esta combinación de hábitos, aumentan el efecto negativo (citado anteriormente), que este tipo de alimentos genera en las personas con diabetes.

Se puede de todas formas analizar que si bien este comportamiento no es el ideal, el grupo de personas que indica hacerlo es reducido en relación al total de las personas con diabetes.

Sin embargo será interesante seguir trabajando en este hábito, ya que además la gráfica muestra, que no se generó ningún cambio pre y post-taller.

Esta misma situación se dio en aquellas personas con diabetes que si bien tienen el buen hábito de consumir alimentos con alto contenido en fibra con una frecuencia diaria; este mismo grupo manifestó consumir alimentos ricos en colesterol. En este caso también en la gráfica puede verse que no hubo ningún tipo de modificación pre y post-taller.

Hábitos alimentarios de alumnos con diabetes e hipertensión

La Hipertensión y la Diabetes son dos enfermedades crónicas y dos de los principales factores de riesgo cardiovascular. Pero además tienden a asociarse con mucha frecuencia y esto no es producto del azar sino que se debe a que existen mecanismos comunes para ambas enfermedades

En diversos estudios epidemiológicos se ha podido comprobar que aproximadamente entre un 40% y un 60% de los diabéticos padecen hipertensión.

En los diabéticos que necesitan insulina, la hipertensión suele diagnosticarse años después del comienzo de la diabetes, cuando comienza a deteriorarse la función renal. Por el contrario, en la diabetes de la madurez, el diagnóstico de hipertensión se suele hacer a la vez o incluso antes que el de diabetes.

La hipertensión arterial empeora y acelera el daño que la diabetes ejerce sobre las arterias, lo que da lugar a que las personas hipertensas y diabéticas sufran con mayor frecuencia que las que únicamente padecen diabetes y mucho más que las sanas, infarto de miocardio, insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales (trombosis), Enfermedad vascular periférica, etc., que incluso puede llegar a ocasionar la muerte del paciente.¹⁷

El **Gráfico 4** representa hábitos de consumo de aquellos alumnos con ambas patologías, diabetes e hipertensión.

¹⁷ American Diabetes Association. Tratamiento de la diabetes Mellitus y sus complicaciones. Barcelona: Ed. Medical Trends, SL.; 1994.

Yusuf S, Phil MB. The Epidemics of Type 2 Diabetes, Obesity, and the Metabolic Syndrome Disponible en URL:<http://www.medscape.com/viewprogram/4915>, 2006.

Cabe señalar que esta combinación de patologías se dio en 12 de las 13 personas con Diabetes (92,30%). Esto puede indicar, al menos en este grupo de adultos mayores, es común que se acompañe la patología diabética con hipertensión.

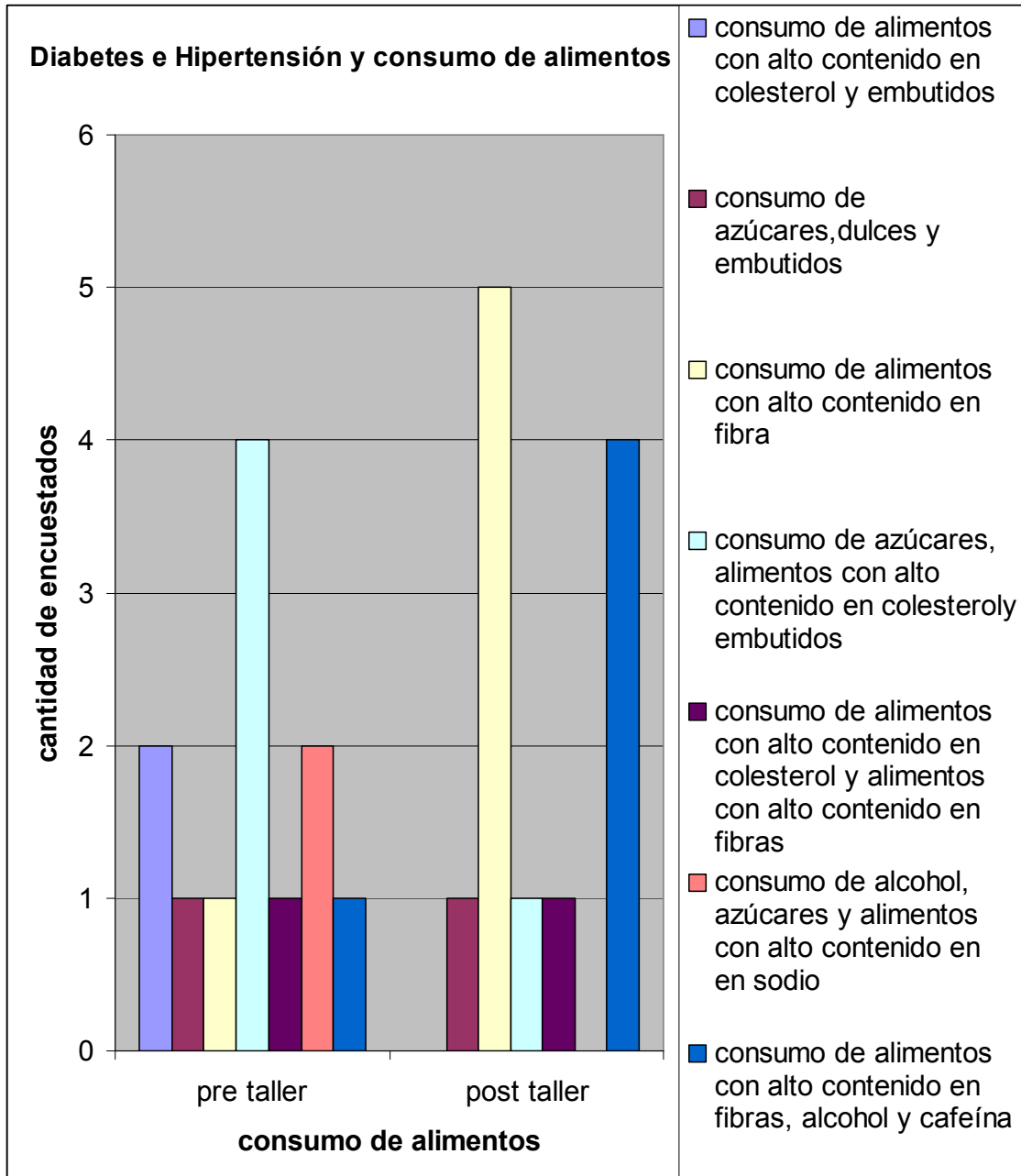


Gráfico 4

En cuanto a los hábitos de consumo de alimentos la gráfica muestra grandes cambios en el consumo de diferentes grupos de alimentos pre-taller, en relación con los generados post-taller. Estos cambios pueden verse notoriamente en el consumo de alimentos ricos en fibra donde de 2 personas (16,66%) que manifestaron tener este hábito previamente al taller, este número aumento a 5 personas (41,66%) luego de la realización de los mismos.

Lo mismo ocurrió con el consumo de alimentos con fibra, alcohol y cafeína, en donde de una persona que manifestó consumir este grupo de alimentos con una frecuencia diaria, aumento a 4

personas (33,33%). En este caso este grupo de personas manifestó que les era aún muy difícil bajar la frecuencia del consumo de alcohol y cafeína.

Este punto fue tenido muy en cuenta para próximos encuentros porque si bien lograron aumentar notablemente un aspecto positivo para estas patologías, como es el consumo de fibra, por otro lado tanto el alcohol y la cafeína no son recomendables para personas con hipertensión, por las razones antes descritas. Esta fue una de las razones por las cuales se hizo hincapié en la combinación de alimentos frente a una combinación de patologías, en donde si bien hay ciertos alimentos y comportamientos beneficiosos para una de ellas, otros no lo son para la otra patología en cuestión.

Otro aspecto muy notorio en esta gráfica fue el referente al consumo de azúcares y colesterol, en el cuál 4 personas (33,33%) que manifestaron consumir éstos alimentos antes de los talleres, solo una persona (8,33%) mantuvo este hábito luego de la realización de los mismos. Esto sigue demostrando la importancia de la intervención.

Finalmente algo llamativo, fue el resultado del análisis del consumo de alimentos que aumentan el colesterol y embutidos, y en el consumo de alimentos con alto contenido en sodio, azúcares y alcohol. En ambos casos solo hay registro de consumo pre-taller.

Esta situación se dio debido a que este grupo de personas, con patologías combinadas (hipertensión y diabetes), se encontraron con la problemática de cuidarse con ciertos nutrientes o alimentos, pero no detenerse en que otros de los que consumen pueden ser negativos para la otra patología que *acompaña* a la patología de base. Fue importante reparar, a partir de estos resultados, en que siempre se tenga en cuenta las características de cada una de las patologías en cuestión a la hora de elegir los alimentos.

Hábitos alimentarios de alumnos con enfermedad cardiovascular

En el *Gráfico N° 5*, al igual que en el gráfico anterior, pueden verse que ciertos hábitos alimentarios no registran cambios post-taller.

Esta situación se dio en alimentos con alto contenido en colesterol, o bien en el consumo combinado alimentos con alto contenido en grasas y alimentos que tienden a aumentar el colesterol. Estos nutrientes son muy importantes controlar en esta patología en particular.

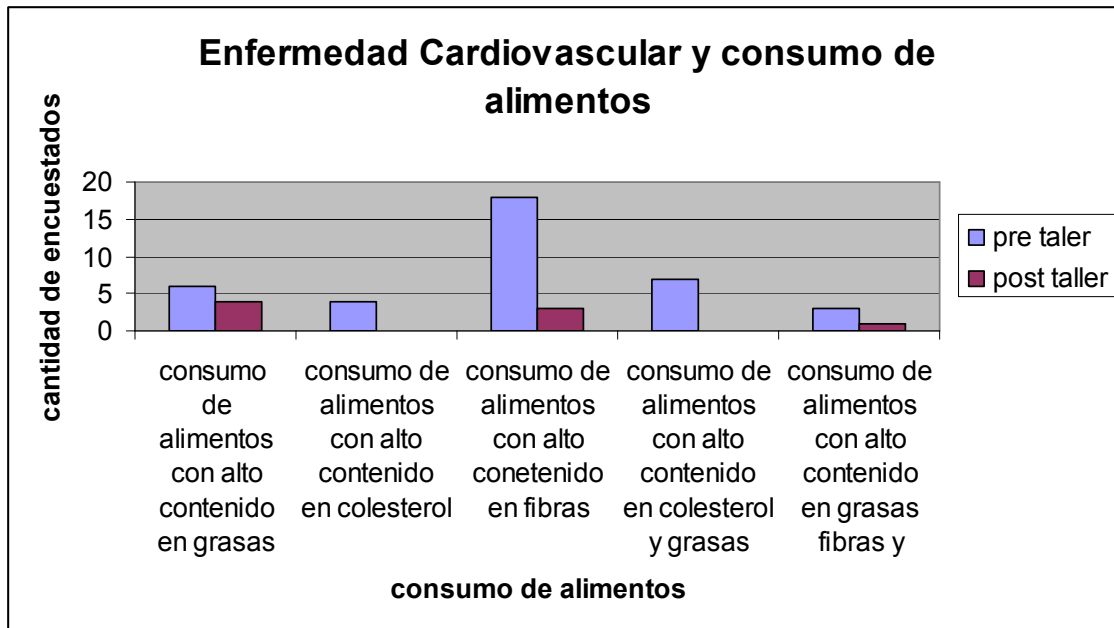


Gráfico 5

La alimentación rica en grasas animales favorece el aumento de la tasa de colesterol plasmático, uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.

Por el contrario, los aceites vegetales ricos en ácidos poliinsaturados ejercen una acción antiaterogénica y protectora frente al colesterol, disminuyendo sus contenidos.

La supresión de las grasas, sobre todo las de tipo saturadas, produce una reducción de colesterol plasmático igual al doble de la que se obtiene con la adición de una cantidad igual de lípidos ricos en ácidos grasos poliinsaturados. Si se sustituyen por ácidos grasos monoinsaturados, el nivel de colesterol total es aproximadamente igual al obtenido con la reducción de las grasas saturadas. La acción favorable de las grasas monoinsaturadas no se limita al efecto de sustitución similar al de los poliinsaturados, sino que además aumento el colesterol HDL con efecto protector frente a la mortalidad coronaria.¹⁸

En el caso del consumo de alimentos con alto contenido en grasas, se registro una disminución, equivalente a 4 personas (17,39%) post- taller, en relación al consumo registrado pre- taller de 6 personas (26,08%). Esto muestra una disminución en el mismo, favoreciendo en al tratamiento. Esta reducción es importante, sobre todo en las grasas de tipo TRANS (ácidos grasos insaturados que se forman cuando los aceites vegetales se procesan y se transforman en más sólidos o en un líquido más estable debido a que el principal efecto de este tipo de grasas se observa en los niveles de lípidos en sangre.

Las grasas TRANS incrementan además los niveles de triglicéridos en comparación a la ingesta de otras grasas. Incrementa los niveles de lipoproteína a y reduce el tamaño de las moléculas de colesterol LDL, lo cual incide en el aumento del riesgo cardiovascular.

¹⁸ “Guía de enfermedades cardiovasculares, nutrición y dietética” American Heart Association Disponible en URL <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/enfermedades/cardiovasculares/index.htm> (22-NOVIEMBRE 2010)

De este modo las grasas TRANS tienen un efecto marcadamente adverso sobre los niveles de grasas plasmáticas. Con estos efectos se puede esperar que aumente el efecto de riesgo cardiovascular.

Finalmente en el análisis de esta gráfica puede verse un marcado aumento del consumo de fibra post- taller. Esto es un aspecto muy positivo para esta patología ya que, disminuye los niveles de colesterol y azúcar en sangre, baja las cifras de tensión arterial, reduce los picos de azúcar en sangre que se producen cuando comemos, aumenta la sensibilidad de los tejidos a la acción de la insulina, y favorece la pérdida de peso.

Hábitos alimentarios de alumnos con enfermedad cardiovascular e hipertensión

En este apartado se analizan los datos expuestos en el **Gráfico N° 6** donde se detalla el consumo de personas que presentan ambas patologías (enfermedad cardiovascular e hipertensión).

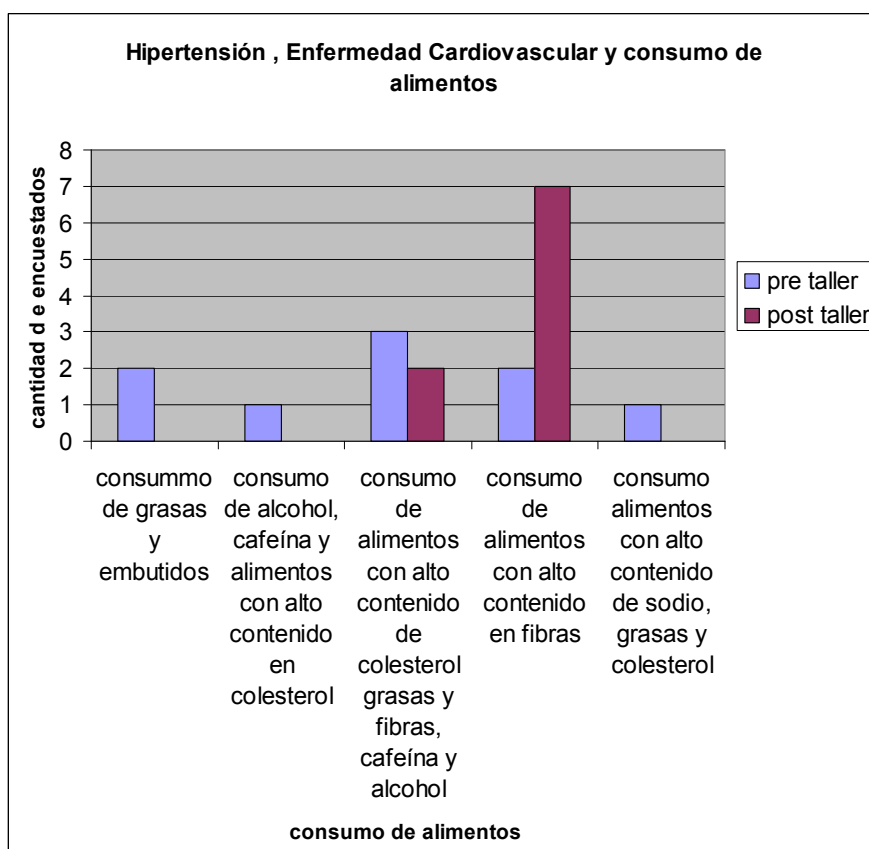


Gráfico 6

En estas patologías es de gran importancia un consumo bajo y/o moderado de los siguientes nutrientes: cafeína, alcohol, sodio, grasas, colesterol. Lo llamativo es que en la gráfica puede verse que en el consumo de éstos combinados entre sí no se registraron cambios luego de la realización de los talleres. Esto determina la importancia de seguir trabajando en la combinación de ambas patologías, ya que las mismas generalmente se dan juntas, y no sean demostrado cambios significativos en cuanto al consumo de nutrientes considerados adversos para las mismas.

En esta gráfica sí puede verse un aumento en el consumo de fibras post-taller, aspecto este positivo por lo explicado anteriormente.

Como se observa en los gráficos ha sido efectivo el tratamiento a través de charlas sobre buena alimentación y deporte. En las mismas se observa una clara reducción en los hábitos perjudiciales

para la enfermedad declarada. De esta forma se observa una redistribución de pacientes que inicialmente consumían alimentos tales como grasas y colesterol, en hábitos que favorecen la mejora de la patología como los alimentos ricos en fibras. Dado los alimentos establecidos en la encuesta (grasas huevos y carne) que perjudicaban al paciente, estos fueron reemplazados por alimentos más sanos (frutas verduras y cereales).

5. CONCLUSIONES

5.

En la actualidad se conoce el efecto positivo que genera la práctica de actividad física y los hábitos alimentarios saludables sobre las enfermedades crónicas.

Considerando la hipótesis *Comprobar los efectos beneficiosos de la práctica de actividad física y hábitos alimentarios saludables como tratamiento no farmacológico de enfermedades crónicas (diabetes, enfermedad cardiovascular e hipertensión) en adultos mayores*, surge el interrogante: ¿puede validarse o refutarse la misma, con los datos obtenidos?

El alcance de este trabajo ha quedado limitado sólo a un grupo de adultos mayores que practican actividad física y han concurrido a los talleres, lo que nos permite validarla, sin ser concluyentes.

Cabe señalar, que hubiese sido interesante la posibilidad de establecer una relación entre adultos mayores con patologías crónicas que participaron de este programa y adultos mayores que no lo hayan hecho. De esta manera se reflejaría el objetivo general de este trabajo: *Observar la percepción de los efectos beneficiosos de la práctica de actividad física y hábitos alimentarios saludables como tratamiento no farmacológico de enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión y Enfermedad cardiovascular) en adultos mayores*.

Siguiendo con nuestra hipótesis, podemos observar que previamente a la realización de los talleres de nutrición y deporte, los hábitos alimentarios de la población en estudio se relacionaban con un consumo elevado de alimentos considerados perjudiciales para las patologías estudiadas en este trabajo. Esto nos permite afirmar en cierto modo que la reducción del consumo de estos alimentos mejora notablemente la sintomatología de las mismas.

¿Qué nos da la pauta para que afirmemos que la reducción del consumo de alcohol, cafeína, embutidos, sodio, alimentos ricos en grasas y colesterol, dulces y azúcares; mejora la sintomatología de dichas patologías? Teniendo en cuenta las encuestas realizadas pre y post- taller, y tras los cambios reflejados en las frecuencias de consumo, podríamos decir que la reducción del consumo de alimentos con alto contenido en sodio, cafeína, alcohol colaboraron en la reducción de la medicación del 40,90 % (18 personas) del total de las personas hipertensas de este grupo en cuestión (44 personas).

En el grupo de estudio, se observó que la mayoría de los participantes fueron mujeres, por lo que los datos no serían extrapolables a la población general; sin embargo, esta situación es más cercana al perfil de los consultantes adultos y adultos mayores en este tipo de actividades.

Por otro lado, el aumento en el consumo de fibra en los pacientes diabéticos, redujo el colesterol LDL, mejoró el control glucémico, y permitió reducir la dosis de insulina o antidiabéticos orales, en un 23% (3 alumnos) del total de personas con diabetes pertenecientes a este grupo (13 alumnos).

Estos resultados fueron comprobados a través del análisis de los resultados de estudios médicos de aquellas personas que reflejaron estos cambios.

Los hipertensos también disminuyeron sus cifras tensionales (tanto la Presión arterial sistólica PAS y Presión arterial diastólica PAD), las cuales son disminuciones pequeñas pero consistentes y estadísticamente significativas, similares a lo reportado en estudio anteriores. Cabe señalar que estos valores tienen significancia clínica, ya que se ha visto que una disminución de 2 mmHg en la

PAD tiene como resultado una disminución del 17% en la prevalencia de HTA, así como una reducción del 6% en el riesgo de enfermedad cardiovascular y 15% en la enfermedad vascular cerebral e isquemia transitoria .

Además, y basándonos en los efectos que la actividad física tiene sobre las patologías en estudio, pudo observarse una notable mejora en el rendimiento de las personas con afección coronaria y enfermedad cardiovascular. Esta mejora se notó en estudios como, electrocardiograma y ergometrias. También se vio en la cotidianidad durante la sesión de actividad física, en donde estas personas lograron disminuir sus pulsaciones intra y post sesión, lo que demuestra que el corazón está más entrenado y más fuerte, con la capacidad de regresar al pulso de base en el tiempo mínimo estipulado (aprox. 1´ 30”).

Al analizar la evolución de los parámetros en el grupo total de estudio con patología diabética, el único parámetro que no mejoró en forma estadísticamente significativa fue la glucemia. Esto se puede atribuir a la variabilidad propia de este examen y a que no refleja necesariamente el estado de la glucemia en los últimos meses, como sí lo hace la hemoglobina glicosilada (HbA1c), que es lo recomendado para el control de los diabéticos. Sin embargo, según la norma técnica de los Programas de Salud en la Atención Primaria, este examen se realiza sólo cada 6 meses para el control de diabéticos. Por otra parte, se ha visto que para que haya un efecto significativo de la actividad física en diabéticos, se requiere un programa intensivo de actividad física

Además, en este grupo se observó una diferencia de 6,75 mg/dl en la glucemia, cifra que no es estadísticamente significativa, probablemente por las limitaciones ya discutidas sobre este examen y por el menor número de casos. Sin embargo, estudios previos han reportado beneficios de la actividad física en diabéticos, ya que disminuye la HbA1c a cifras clínicamente significativas, que conllevan a un menor riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas

También se suma a estos resultados, aquellos recabados a través de entrevistas realizadas a dos personas representantes de cada una de las patologías en estudio.

En ellas hubo una coincidencia y puntos en común en todas las personas entrevistadas, en cuanto a la incomodidad que generó en un primer momento hablar de su patología. Por otro lado también coincidieron en que tuvieron notables cambios en su vida cotidiana gracias a la práctica de actividad física y la inclusión de hábitos alimentarios saludables, y acordes a las patologías en cuestión.

Estos cambios se vieron reflejados en reducción de toma de medicación, disminución en parámetros tomados a través de diversos estudios como por ejemplo de glucosa en sangre, colesterol LDL, triglicéridos, aumento de HDL, entre otros.

Las entrevistas también demostraron y reafirmaron la gran dependencia que generan aquellas personas que tienen hipertensión, en relación con la medicación. Estos pacientes explicaron que pese a los beneficios sobre su patología, generados por la actividad física y hábitos alimentarios saludables, les es aún muy complejo, en su gran mayoría, disminuir la dosis de medicación.

Finalmente todas las personas entrevistadas reafirmaron el concepto de la importancia de alimentarse saludable y correctamente, así como también, la practica de actividad física, como tratamiento no farmacológico de las patologías crónicas en estudio. (Diabetes, Enfermedad Cardiovascular e Hipertensión). Las entrevistas también has dejado ver como los alumnos manejan y conviven sus patologías. Esto pudo verse a través de las llamadas “resonancias” (aspectos que llaman la atención al entrevistador, ya sean desde el discurso, o lo corporal, por parte del entrevistado). En las mismas pudo verse cierta incomodidad para hablar de su patología, esto se vio reflejado en lo gestual y corporal frente a cada una de las preguntas realizadas. Además pudo verse esta incomodidad en ciertas preguntas, en donde los entrevistados no terminaban de decir los datos claramente. Hacia el final de las entrevistas, ya encontrados mas relajados, respondían todas las preguntas en forma concreta completa.

Se puede decir en forma concluyente con respecto a estas características antes citadas, que reflejan lo difícil de convivir y aceptar una enfermedad de tipo crónica. Esto de todas formas va a tener diferentes características de acuerdo a cada una de las personas que las padecen

Finalizando concluimos diciendo que será fundamental e importante, entonces, que los profesionales de la salud prescriban la práctica de actividad física, y promuevan hábitos alimentarios saludables en las personas que padecen estas patologías, para que de esta forma la actividad física y la alimentación puedan formar parte del tratamiento no farmacológico de las enfermedades crónicas.

CUERPO 2

BIBLIOGRAFÍA Y ANEXO

6. Bibliografía

1. American Diabetes Association. Tratamiento de la diabetes Mellitus y sus complicaciones. Barcelona :Ed. Medical Trends, SL.; 1994.
2. American Diabetes Association. Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20:1183-1197.
3. American Dietetic Association (Asociación Dietética Estadounidense) Dirección en Internet: <http://www.eatright.org/>
4. American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón) Dirección en Internet: <http://www.americanheart.org/>
5. Berdasco Gómez A. Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría *Revista Cubana Aliment Nutr.* 2002;16(2):146-52
6. BRZYCKI, M. (1995) *A practical approach to strength training*. Master Press. Indianapolis.
7. Cereceda Fernández C, González González I, Antolín Juárez FM, García ,Figueiras P, Tarrazo Espineira R , Suárez Cuesta B . *et al.* Detection of malnutrition on admission to hospital. *Nutr Hosp.* 2003;18(2):95-100.
8. COOPER, C.,TAAFFE, D., GUIDO, D., PACKER, E., MARCUS, R. (1998) Relationship of chronic endurance exercise to the somatotrophic and sex hormone status of older men. *Eur. Jour.Endocrinal.* 138(5): 517-523.
9. COSTIL, D AND WILMORE, J (1998) *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Paidotribo. Barcelona.
10. Davidson J , Getz M. Nutritional risk and body composition in free-living lderly participating in congregate meal-site programs. *J Nutr Elder.* 2004;24(1):53-68 .
11. Desnutrición del anciano: Causas más frecuentes de desnutrición específicas del anciano <http://www.incredimail.com:asp.2005>
12. DE ROSNAY, J. (1988) *Qué es la vida*. Biblioteca Científica Salvat. Barcelona
13. El tratamiento inadecuado de la tensión arterial. *Salud y Medicina.* 2009; 36. Disponible en: www.cathlab.com.ar/articulos/trata_inadec_ten.htm
14. Fize PA, Mitchel BE. Buildin our future increasing diversity in the Dietetics profession: a summary of the ADA diversity mentoring project. *Jallied Health.* 2002; 31(3):177-83.
15. GUTIERREZ, A., DELGADO, M., CASTILLO, M. (1997) *Entrenamiento físico - deportivo y alimentación. De la infancia a la edad adulta*. Padiotribo. Barcelona.
16. GORBUNOV, G. D. (1990) *Psicopedagogía del deporte*, ediciones Cubanas
17. IZQUIERDO, M. (1998) *Efectos del envejecimiento sobre el Sistema Neuromuscular*. A.M.D.
18. Marín R: Cuándo se debe iniciar el tratamiento antihipertensivo. Hasta qué niveles se debe disminuir la PA sistólica. España. Sociedad Española de hipertensión. Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial (seh-lilha). 2009; 1(6). Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/articulosr.aspx>

19. Mattson, F.H., Ericsson, B. A Kligman, A. M.: "Comparison of Framingham risk –function-based coronary chart with risk function from an Italian population study" Eur Heart J. 2000, 21 : 365-370
20. MEDINA, J. (1997) *El Reloj de la Edad*. Drakantos. Barcelona
21. MORENO A. (2002) Psicología de la actividad física y el deporte, manuscritos, Universidad del Tolima.
22. Mufunda J, Mebrahtu G, Usman A, Nyarango P, Kosia A, Ghebrat Y.et al The prevalence of hypertension and its relationship with obesity: results from a national blood pressure survey in Eritrea. J Hum Hypertens. 2005.
23. PASCUAL, Lugo, M; L; Pérez, M; Noda, M.(1992) Physical exercise. The results in hypertensive patients of area 30 of the Policlínico Docente Lawson. En: Rev. Cubana. Enfermería
24. Pozo Roque G. Evaluación nutricional preoperatoria del paciente anciano. ACTA MÉDICA. 2002;10(1-2).
25. Riobo Servan P, Villar O. González de Villar N. Nutrición en Geriátria. Nutrición Hospitalaria, Madrid. 1999;14(2): 32-42.
26. Roberts SB, Hajduk CL, Howarth NC, Russell R, McCrory MA. Dietary variety predicts low body mass index and inadequate macronutrient and micronutrient intakes in community-dwelling older adults. J Gerontol A Bio Sci Med Sci. 2005;60(5):613-21.
27. Salvá A. Nutrición en el anciano. Salud Rural. 2000;17(7):103-112.
28. Stamler, J A et al: "Relation of body mass and alcohol, nutrients, fiber and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial" 65 (supple1). Am J Clin Nutr 1997.
29. Torresani María Elena, Somoza María Inés. Lineamientos para el cuidado nutricional. 3 ed. Buenos Aires: Eudeba, 2009.
30. Visvanathan R, Newbury JW, Chapman I. Malnutrition in older people--screening and management strategies. Aust Fam Physician. 2004;33(10):799-805
31. Weatherspoon LJ , Worthen HD, Handu D. Nutrition risk and associated factors in congregate meal participants in northern Florida: role of Elder Care Services (ECS). J Nutr Elder. 2004; 24(2):37-54 .
32. Yusuf S, Phil MB. The Epidemics of Type 2 Diabetes, Obesity, and the Metabolic Syndrome <http://www.medscape.com/viewprogram/4915>, 2006.

7. Anexo

7.1 Conclusiones de los talleres realizados

7.1.1 Conclusiones del taller de hipertensión

- **Reducción del consumo de alcohol y cafeína.**¹⁹

Alcohol: El consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente para la hipertensión arterial.

El alcoholismo es el factor de riesgo que más contribuye a la morbi mortalidad por enfermedad hipertensiva por aumentar la predisposición a padecer accidente cerebrovascular.

El exceso de alcohol no solo aumenta la presión arterial, sino que también produce daño miocárdico, aumento de triglicéridos, arritmia y mayor riesgo de muerte súbita.

Por otro lado en pacientes en tratamiento con fármacos antihipertensivos, atenúa el efecto de dichos fármacos.

El efecto del alcohol sobre la presión arterial es mayor sobre la presión sistólica. Para prevenir este efecto es conveniente no sobrepasar los 30 g de etanol por día, lo que equivale a 600cm³ de cerveza (5% de graduación alcohólica), 250 cm³ de vino (al 12% de graduación alcohólica), entre otros ejemplos.

En el caso de las mujeres, cabe destacar, que estos valores límites de consumo deben reducirse en un 50%.

Cafeína: Aumenta en forma directa la presión arterial, probablemente debido al aumento que provoca en la secreción de ²⁰renina plasmática (proteína/enzima, segregada por células renales especiales cuando uno tiene disminución en los niveles de suprarrenales, las cuales se encuentran en la parte superior de los riñones). Las catecolaminas son liberadas en la sangre durante momentos de estrés físico o emocional. Las mayores catecolaminas son: dopamina, norepinefrina y epinefrina (que solía llamarse adrenalina).²¹

Según Myers y Cols., el tomar 2 tazas de café aumenta la presión arterial sistólica y diastólica en alrededor 2 y 5 mmHg respectivamente, en la personas que no lo hacen habitualmente. Este aumento puede durar hasta dos horas posteriores al consumo. En cambio, en quienes beben esta infusión en forma habitual. Parecería que no se produce este ascenso, debido a tolerancia.

- **Reducción del consumo de alimentos con alto contenido de sodio.**

Los pacientes con predisposición genética para padecer hipertensión arterial, tendrían una incapacidad del riñón para eliminar una determinada carga de sodio con una presión arterial sistémica normal. Se produciría en consecuencia una retención de sodio y agua, con expansión del líquido extracelular, del volumen plasmático y del gasto cardíaco.

El exceso de sodio, ya sea por natriuresis por presión o por modulación, contribuye a la evolución de hipertensión arterial. Pero solo aproximadamente un 40 o 50% de los casos de hipertensión son

¹⁹Dr Eduardo Braun Menéndez. SAC: Consenso de Hipertensión Arterial. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial. Area de Normalizaciones y Consensos. Sociedad Argentina de Cardiología, 2007

²⁰ www.wikipwdia.org

²¹ Myers M .G Reeves ,R : “The effect of cafeine on daytime Ambulatory blood pressure”. Am J Hypertension . 1991;4

considerados “sodio-sensibles”, dándose esta prevalencia especialmente en las personas de mayor edad.

El efecto de la reducción de sodio sobre la presión arterial, es mayor en hipertensos, diabéticos, pacientes con enfermedad renal.

La sensibilidad a la sal se define como respuesta en la disminución de ≥ 10 mmHg de la presión arterial, por depleción de sal después de haber efectuado una carga con esta, o el aumento de más del 5% de la presión arterial durante la restitución de la sal después de su restricción.²²

Como no es fácil poder determinar la sensibilidad a la sal en los individuos (pruebas de eliminación y reacción), para corregir o prevenir esta enfermedad, se recomienda disminuir la ingesta de sal en todos los pacientes hipertensos, y en la población en general, a través de las recomendaciones formuladas por las guías alimentarias propias de cada país.

La disminución del sodio en la dieta, disminuye los valores de la tensión arterial en una proporción del 30%, produciendo el mismo efecto que los fármacos contra la hipertensión arterial.

Actividad Física: La práctica de actividad aeróbica no solo resulta benéfica para la prevención, sino también para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. El sedentarismo aumenta la incidencia de hipertensión en un 20% y un 50%.

Con la actividad física, también se obtienen otros beneficios tales como la disminución de triglicéridos y el aumento del colesterol HDL. Reduce también las respuestas exageradas a situaciones de estrés.

El ejercicio físico continuo induce un descenso de 6-7 mmHg de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, siendo su efecto independiente de la reducción de peso

7.1.2 Conclusiones del taller de diabetes

- **Calorías.**

En un paciente con Diabetes, el valor calórico, será el primer componente a pensar, teniendo en cuenta valoración nutricional y tipo de diabetes.

Un régimen hipocalórico que produzca un descenso de peso moderado (5 a 9 kg), ha demostrado incrementar la sensibilidad de la insulina, y disminuir la hipoglucemia, dislipemias e hipertensión.

Independientemente del peso del paciente, una moderada restricción calórica (350 a 500 calorías menos) permitiría una pérdida de 0,35 a 0,5 Kg por semana, logrando aumentar la sensibilidad a la insulina y mejorar el control glucémico .

La restricción podrá ser leve, moderada o extrema, según el sobrepeso del paciente, y sus hábitos alimentarios, entre otros.

- **Carbohidratos.**

Se recomienda manejar un aporte de 45% a 65% de las calorías totales, siendo el valor más usual el promedio de 55% del VCT. No es recomendable utilizar menos de 130 gr diarios para evitar

²²KOTCHEN, T: “Evaluation of publicly available scientific evidence regarding certain nutrient –disease relationships: Sodium and Hypertension”. Life Sciences Research Office. Federation of American Societies for Experimental Biology Bethesda MD 1991.

hipoglucemias y cetosis (se considera que el sistema nervioso necesita 2 gr de glucosa por kilogramo de peso ideal para evitar esta situación).

Según las últimas recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes, importa más la cantidad de total de carbohidratos de la dieta, no siendo la fuente de ellos lo que causa el mayor impacto sobre el control glucémico.

Se reservarán los carbohidratos de rápida absorción para aquellos casos donde sea necesario restituir glucosa rápidamente (actividad física, cetosis, hipoglucemias).

- **Fibra dietética.**

Se sugiere que la fibra dietética, especialmente la soluble, disminuye la glucemia postprandial permitiendo así un manejo menos estricto de los carbohidratos. Se recomienda un aporte de 25 a 35 g/día, proveniente de diferentes fuentes como verduras, frutas, granos y cereales integrales.

- **Actividad Física.**

Incrementa el consumo de glucosa en tejido muscular. Permite al organismo una mejor utilización de la glucosa, disminuyendo la resistencia a la insulina.

La hipoglucemia inducida por el ejercicio hace necesaria la reducción de la dosis de insulina.

Por otro lado el ejercicio físico mejora la captación de muscular de glucosa sin la necesidad de emplear insulina y por ello es que puede provocar hipoglucemias.

En aquellas personas que practican actividad física, es necesario el consumo de una cantidad extra de carbohidratos antes y/o durante el ejercicio.

Se debe determinar el tiempo y la intensidad del ejercicio; y de acuerdo a ello, se disminuye la dosis de insulina y se aumenta la ingesta.

7.1.3 Conclusiones del taller de enfermedad cardiovascular

En lo referente a las conclusiones de los temas debatidos en el taller presentamos los temas principales:

- **Niveles de colesterol.**

Existe una estrecha relación entre los niveles de colesterol y la enfermedad cardiovascular.

El riesgo de ataque cardiovascular aumenta con niveles de colesterol superiores a 200 mg/dl.

Los trabajos de Mattson²³ y colaboradores, hallaron una relación lineal entre la ingesta y cambios en colesterolemia. En todos los experimentos se observó que la elevación de la colesterolemia por dietas ricas en colesterol, aumentan sobre todo el colesterol LDL, con un efecto más reducido sobre el HDL.

Según Mattson, un cambio de 100 mg de colesterol en la dieta cada 1000 kcal, produce modificación de 12 mg/dl de colesterolemia.

²³ Mattson, F.H., Ericsson, B. A Kligman, A. M.: "Comparison of Framingham risk –function- based coronary chart with risk function from an Italian population study" Eur Heart J. 2000, 21 : 365-370

Esta disminución de riesgo parece ejercer su efecto beneficioso estabilizando a las placas vulnerables, evitando la rotura con sus consecuencias de morbi mortalidad.

Grasas: Se recomienda consumir un máximo de 30% del VCT, preferentemente con selección de grasas (7% saturadas, 13% monoinsaturadas, 10% de poliinsaturadas, con valores de colesterol no mayores a 200mg%.):

Grasas Saturadas: Compuestas por ácidos grasos sin dobles ligaduras. Reducen el número de receptores LDL hepáticos y aumentan la síntesis intracelular de colesterol.

Grasas Monoinsaturadas: Disminuyen el colesterol LDL sin afectar la fracción HDL.

Grasas Poli insaturadas: Omega 3 y omega 6. Bajan colesterol total y HDL (omega 3) y reducen los niveles de colesterol LDL y también HDL (omega 6).

- ***Fibra dietética.***

Interfiere con la absorción de colesterol unido a sales biliares, y triglicéridos.

La fibra soluble parece ser la más eficaz en la reducción del colesterol. Enlentece el vaciamiento gástrico y también el tránsito intestinal.

- ***Actividad física.***

La realización de ejercicio aeróbico regular confiere protección a través de la elevación del HDL colesterol. Por otro lado también colabora reduciendo el colesterol total, los triglicéridos y la actividad plaquetaria en sangre.

Además se logra un aumento de utilización de Vo₂ máximo y esto genera por ende un menor esfuerzo y eficiencia del mismo. Por otro lado también mejora las paredes del corazón haciéndose mas “resistentes y fuertes”

ENCUESTAS

1º ENTREGA DE ENCUESTAS

2º ENTREGA DE ENCUESTAS

DIABETES

DIABETES

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

HIPERTENSION ARTERIAL

HIPERTENSION ARTERIAL