

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Analía Elisabet Gutierrez

**PRÁCTICA Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN
PROFESIONALES PROMOTORES DE SALUD**

2013

Tutoras: Lic. Celeste Concilio
Lic. Eleonora Zummer

Citar como: Guitérrez AE. Práctica y estilo de vida saludable en profesionales promotores de salud. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2013. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/413>





Índice

“Práctica y estilo de vida saludable en profesionales promotores de salud”	1
Introducción.....	4
Marco Teórico	6
Actividad Física	8
Tabaquismo.....	9
Alcohol.....	10
Alimentación saludable	11
Obesidad	13
Hábitos saludables.....	14
Hipertensión Arterial.....	15
Dislipemia.....	16
Dietas.....	17
Dietas Populares.....	19
Profesionales promotores de la salud.....	22
Médicos y Nutricionistas	22
Profesores de educación física Profesores de gimnasia, bailes entre otras	22
Estado del arte.....	23
Problema de investigación.....	27
Objetivos.....	27
Metodología	28
Variables.....	28
Dificultad en el diseño.....	31
Resultados.....	32
Estado Nutricional.....	33



Consumo de nutrientes	37
Hábitos y estilo de vida	40
Recomendaciones Principales.....	50
Conclusiones.....	52
Bibliografía.....	54
Consentimiento Informado para Participantes de Investigación	59
ENCUESTA: ESTILO DE VIDA Y PRÁCTICA EN PROMOTORES DE SALUD.....	61



Práctica y estilo de vida saludable en profesionales promotores de salud

Autora: Gutierrez Analia

Mail: ariyer_18@hotmail.com

Universidad Isalud

Introducción: Resultaría lógico pensar que los profesionales de la salud al poseer pleno conocimiento de las etiologías de las enfermedades y su tratamiento, la relación entre conducta y enfermedad, serían las principales personas en evitar comportamientos que atenten contra la salud. Sin embargo, esto parecería no ser así. **Objetivo:** Conocer y comparar si los estilos de vida de los profesionales promotores de la salud, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, son acorde a las recomendaciones que ellos mismos brindan ejerciendo su profesión. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se analizaron encuestas y recordatorios de 24 hs, de 60 profesionales promotores de salud, fraccionados en 20 según fueran médicos, nutricionistas o profesores de gimnasia, para conocer hábitos de alimentación y estilos de vida, estado nutricional, factores de riesgos asociados y las recomendaciones que principalmente brinda esta población. Se utilizaron imágenes visuales para facilitar el conocimiento de las porciones en los recordatorios. **Resultados:** Del estado nutricional hay una prevalencia del 33 % aprox. del total de la población, con obesidad y sobrepeso; siendo en contrapartida los nutricionistas el grupo con menor bajo peso. En cuanto a los hábitos de alimentación y estilos de vida, ninguno de ellos son saludables, debido a que la mayoría de la población no tiene una alimentación armónica, ni de buenas calidad y cantidad, siendo el consumo de grasas elevado en relación V.C.T. En relación al consumo de verduras y frutas el 82% no consume las cantidades recomendadas. También se observó un elevado consumo de sodio y que el 80% aprox. del total consume alcohol. A su vez, se observó una gran falta de horas de descanso, chequeos médicos periódicos, y respecto a la actividad física el 50% de los profesionales son sedentarios. En relación a las patologías asociadas la dislipemia y obesidad son las más prevalente, representando un 20% del total de la población. Finalmente, dentro de las principales recomendaciones están: *“hacer actividad física, consumir frutas y verduras, realizar 4 comidas, controlar el consumo de sal, grasas y azúcar, no ingerir bebidas alcohólicas etc.”* **Conclusión:** con lo expuesto, se puede evidenciar que los profesionales promotores de salud no llevan hábitos y estilo de vida saludables, y que sus principales recomendaciones son las que ellos mismo no practican.

Palabras claves: hábitos y estilos de vida



Introducción

Como es sabida la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, son temas de prioridad tanto para las políticas y acciones de la salud pública, como para los profesionales de la salud. Como esta relación de salud – enfermedad, se encuentra directamente atravesada por las conductas de las personas, se toma a esta como pilar de todas las intervenciones, que abarca desde lo ambiental, con la habilitación de espacios aptos para realizar actividad física y de recreación; como así también del área de salud, promoviendo y fomentados recomendaciones y hábitos saludables, con la finalidad de que las personas modifiquen todas aquella conductas que son nocivas para la salud. Algunas de esas recomendaciones son: controlar el peso evitando el consumo excesivo de alimentos grasos y azúcares simples, realizar actividad física, abstenerse del consumo de alcohol, tabaco, medir el consumo de sodio, efectuar un chequeo médico completo al menos una vez al año, entre otras. De esta manera, a medida que las personas adquieran estas conductas saludables estarán menos propensa a sufrir enfermedades y por consiguiente a mantener su estado de salud.

Los estilos de vida pueden considerarse como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados (4). Por lo cual, se puede afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares o de grupos formales o informales.

Ahora bien, ¿pero qué ocurre cuando los mismos profesionales promotores de la salud, no tienen hábitos saludables? Resultaría lógico pensar que los profesionales de la salud al poseer pleno conocimiento de las etiologías de las enfermedades y su



tratamiento, la relación entre conducta y enfermedad, serían las principales personas en evitar comportamientos que atenten contra la salud. Sin embargo; al parecer esto no es así, debido a que es frecuente encontrarse médicos, profesores de educación físicas o de fitness fumadores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos el problema no es brindar recomendar hábitos saludables, si no, poner ellos mismo en práctica esas recomendaciones. (1). Se han aportado evidencias empíricas que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vidas saludables, tienen mayor probabilidad y éxito a la hora de recomendar e inducir el cambio de hábitos saludables en sus pacientes, que los que no lo practican, este hecho cobra importancia dado a que los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos., y ser la fuente más confiable de información acerca de la salud. (6)

Por todo esto, en el presente estudio se buscará conocer si los profesionales vinculados a la promoción de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tienen y llevan un estilo de vida saludable.

Marco Teórico

Es un hecho evidente que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son dos temas de importancia tanto en las políticas y acciones de salud pública, como así también para aquellos profesionales vinculados a la salud. Como las conductas de las personas están relacionadas directamente a ellas, no es de sorprender que las intervenciones se centren en modificar aquellas conductas que resulten nocivas para la salud; es decir a medidas que las personas tengan buenos hábitos alimentarios, realicen actividad físicas, tengan un peso adecuado a su edad y talla, descansen, eviten el consumo de alcohol, tabaco y drogas, entre otras, serán menos propensos a enfermar y por consiguiente a mantener sus estados de salud.

Al respecto, se cita al modelo de Laframboise que considera como uno de los principales determinantes de la salud: al *estilo de vida* (2). La Organización Mundial de la Salud define a este como “*el conjunto de patrones de conductas estrechamente relacionados que dependen de las condiciones económicas y sociales, la educación, la edad y otros factores*” (3) También, se la puede considerar como, “*los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptible de ser modificados*” (4). Por lo cual, se puede afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares o de grupos formales o informales. (5)

Erika Frank reafirma esto último, aportando evidencias empíricas (6) que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vidas saludables, tienen mayor probabilidad y éxito a la hora de recomendar e inducir el cambio de hábitos saludables en sus pacientes, que los que no lo practican, este hecho cobra importancia dado a que los estilos de vida de dicho grupo recaen en las



acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos., y ser la fuente más confiable de información acerca de la salud.

Cabe remarcar que así como hay modelos sociales que fomentan conductas saludables, hay otras que puedan resultar nocivas, como ser las publicidades que incitan el consumo de alimentos con alto contenido en carbohidrato y grasas; al respecto, según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al tener en cuenta que, los componentes de estilo de vida son: el consumo de tabaco y alcohol, la dieta, la actividad física, el uso de medicamentos, el manejo del stress, el uso de medidas de prevención de accidentes y el mantenimiento corporal (baño, sueño, etc.) (7), es innegable que el desequilibrio de este impacte negativamente en la salud.

Por consiguiente, al incrementarse el consumo de alimentos ricos en energía y grasas, y paralelamente evidenciar la disminución del consumo de frutas, vegetales y fibras; sumado el avance de la tecnología, aumentando así el sedentarismo, al fomentar tareas que no requieren gastos de energía, y la facilidad de acceso que hay de los alimentos. Es inevitable que estos, junto a otros factores de riesgos, más el incremento en la esperanza de vida, reflejen una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y de algunos tipos de cáncer.

Es por ello, donde la promoción de la salud cobra protagonismo, al buscar ejercer un mayor control sobre la salud a través de programas, campañas e intervención sobre: las adicciones (tabaco, alcohol, drogas), alimentación saludable, sexualidad responsable, ambientes saludables, salud mental, auto cuidado, seguridad vial, actividad física y recreación. (8)



La actividad física y la recreación revisten especial importancia por ser considerados factores protectores para la salud, ya que sus beneficios fueron ampliamente documentados en numerosas investigaciones.

Actividad Física

Según la **OMS** la **actividad física** es *“cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.”* A su vez menciona que esta no debe ser confundida con el “ejercicio”, debido a que este *“es una variedad de la actividad física, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de aptitud física. Si bien la actividad física abarca a este, también alcanza a otras actividades que tienen que ver con el movimiento corporal y que se realizan como parte de los momentos.”*(9)

Durante muchos siglos, el estilo de vida del ser humano ha estado dotado de un fuerte componente de actividad física, al tener que desarrollar labores y trabajos para su subsistencia, que requerían un nivel importante de esfuerzo físico. Sin embargo, con el avance de la tecnología se han ido reduciendo los niveles cotidianos de actividad física incrementando el sedentarismo (10). Según la Encuesta Nacional de Salud del 2001; un 46,6% de la población mayor de 16 años no hace ejercicio físico en su tiempo libre, el 38,3% hace ejercicio ocasionalmente, un 8,5% practica ejercicio o deporte de forma regular (varias veces al mes) y el 6,1% realiza un entrenamiento varias veces a la semana. En cuanto al ejercicio físico que implica la actividad laboral, en un 33,2% supone estar sentado durante la mayor parte del día, en un 50,9 estar de pie sin grandes desplazamientos ni esfuerzos, en un 11,1% se requiere caminar, llevar algún peso o desplazamiento frecuente, y en un 3,8% se trata de trabajos que requieren un gran esfuerzo físico (11). En la Argentina, se realizó una encuesta de factores de riesgo en el 2012 cuyos resultados aun no han sido publicados.



Dentro de los beneficios que brinda la actividad física como factor protector son:

- Mejorar el perfil lipídico, la resistencia a la insulina, el control de la glucemia y la composición corporal
- Ayuda en el control de peso
- Mejora la movilidad articular
- Reduce o previene la hipertensión arterial, la osteoporosis y la obesidad
- Mejora la condición física y la fuerza muscular
- Aumenta la autoestima
- Alivia el stress
- Mejora la autoimagen y el bienestar.

Para que la actividad física cumpla con su rol de protector de enfermedades no transmisibles (ENT) se recomiendan realizar la misma como mínimo 30 minutos por día o puede ser acumulativa en bloques de 10 minutos a través del día. Es importante mencionar que las ENT representan el 70% de todas las causas de muerte. (8)

Tabaquismo

El consumo de tabaco produce alrededor de 2 millones de muertes cada año en los países industrializados (aproximadamente un 23% del total) de las cuales un millón corresponden a personas de mediana edad (35 – 69 años) De continuar con esta tendencia se estima que para el 2025, serán 10 millones las personas que morirán anualmente a causa de su consumo (10,12). El hábito de fumar es el factor de riesgo independiente más importante de coronariopatías (13), y los componentes tóxicos del humo del tabaco se han vinculado al cáncer, a las enfermedades del corazón y los pulmones y a los efectos adversos en la reproducción y el feto, que afectan incluso a los no fumadores.

Las investigaciones de Denissenko mostraron el vínculo etiológico directo entre uno de los más potentes cancerígenos encontrados en el humo del tabaco (el Benzo (a) pireno) y el cáncer del pulmón humano, al mutar las posiciones de formación del

gen supresor de tumores: el P53 (10,14). Tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alvéolos, y muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono, entran después en la circulación y se distribuyen en general. El sistema genitourinario está expuesto a las toxinas del humo del tabaco por la excreción de compuestos en la orina, y el tracto gastrointestinal se expone por el depósito directo del humo en las vías respiratorias superiores, y la remoción desde la tráquea, a través de la glotis hacia el esófago, del moco que contiene humo. No es una sorpresa la constatación de que el tabaquismo sea causa de enfermedades multisistémicas. (15)

Las numerosas evidencias científicas respecto del tabaquismo como causa de enfermedad y sus enormes impactos adversos en la salud pública mundial conforman razones suficientes para dar una alta prioridad, y los recursos necesarios, a los programas de control de consumo del tabaco.(15)

Para modificar esta situación algunas de las medidas adoptadas fueron:

- La ley que obliga a las tabacaleras a incorporar en sus envases la Ley 23344 que fumar es perjudicial para la salud, así como la reciente incorporación de imágenes que reflejen los efectos del mismo.
- La obligatoriedad de espacios y edificios libres de humos
- Campañas centradas a un país libre contra el consumo de cigarrillo., en donde intervienen diferentes profesionales de la salud y promotores de la misma brindando toda la información necesaria para conocer los efectos adverso que causa este hábito, y las técnicas para poder dejarlo.

Alcohol

El alcohol es, sin duda, después del tabaco la sustancia psicoactiva que causa mayor número de muertes. La encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas realizada en el 2001 en España, reflejó que casi el 47% de la población de ese país, consume alcohol en exceso, de los cuales los hombres de entre 14 y 64 años consumen más de 60 grs. de alcohol diarios, y en un porcentaje menor las mujeres de la misma edad más del 40 grs. (16). Actualmente la recomendación del consumo de alcohol



considerado como seguro en la población adulta por la comunidad científica internacional, es no superar los 30 grs. de alcohol puro en hombres, y 20 grs. en mujeres, ambos en condiciones de buena salud. A su vez, señalan que no existe un límite de seguridad de consumo de alcohol en menores de edad, debido a que la defensa metabólica ante el alcohol es más baja en menores de 17 años, por lo que su consumo en esta etapa puede producir más fácilmente alteraciones orgánicas y/o psicológicas (10).

En relación al cáncer, no existe un umbral de seguridad en el consumo de alcohol; un metaanálisis ha demostrado que por cada 20 grs. de alcohol ingeridos diariamente, el riesgo de cáncer de cavidad oral incrementa en un 19%, el de cáncer de faringe un 24%, de laringe un 30%, de esófago 10%, y de cáncer hepático un 45%. Estos porcentajes se duplican cuando el consumo de alcohol es superior a este, incluso los hombres adultos que consumen 49grs/día o más, presentan un riesgo relativo mayor de esteatosis y cirrosis hepática. (17)

Alimentación saludable

Para poder mantener un peso corporal saludable, se recomienda el consumo de una dieta equilibrada, adecuada a la edad, talla y peso de la personas. Algunas de las recomendaciones para tener una dieta equilibrada son:

- Evitar el consumo de **hidratos de carbono** simples o azúcares, dado a que aumentan la glucemia, hecho que predispone a crear una resistencia a la insulina, pudiendo desarrollar diabetes. A su vez también aumenta la reserva de este como energía, que al estar en exceso pasan a formar parte de compuesto del tejido adiposo. Es por ello que de la recomendación habitual que se da en relación a los hidratos de carbono (HC) de entre 45 a 60% del valor calórico total (V.C.T.), a predominio del consumo de HC complejos, debido a que estos exigen un cierto tiempo de digestión intestinal, lo que hace más lenta su absorción y evitan fluctuaciones elevadas de la glucemia post-prandial.

- El **consumo de frutas y vegetales**, debe ser 5 a 6 porciones al día, debido a que aportan vitaminas y fibras, que ayudan al mejorar el tránsito intestinal, y antioxidantes que son beneficiosos protectores ante el cáncer.
- **Proteínas**: el consumo de la misma estipulado en el adulto sano es de 0,8 a 1 grs/kg de peso/día. Aquí se da recomendaciones referentes a la selección de carnes, las cuales en líneas generales se enfatizan el consumo de cortes magros, y en relación a la frecuencia preferir el aumento del consumo de pescado y ave durante la semana, y en menor cantidad las carnes rojas (vacuna).
- **Grasas**: deben aportar entre el 20 - 30% de valor calórico total, limitando el consumo de alimentos fuentes de ácidos grasos saturados y preferir los poliinsaturados, e incorporar el consumo de 30 c.c. de aceite crudo por su contenido en ácidos grasos esenciales y de vitamina E. (18)
- Consumir **líquido** mínimo 2 litros por día, dado a que el agua representa el principal componente del cuerpo humano, constituyendo entre el 50 a 70 % del peso corporal; que a su vez ayuda a la limpieza del organismo y a mantener una función renal optima.
- **Sodio**: es indispensable para regular el volumen de líquido extracelular, la osmolaridad, el equilibrio ácido-base y el potencial de membrana de las células. Necesaria para transmitir los impulsos nerviosos y por lo tanto mantener la excitabilidad muscular. Participa en el mecanismo de absorción de varios nutrientes y forma parte de las secreciones digestivas (18). Por lo cual la recomendación de este mineral es de 2400 mg/día, siempre que no exista ninguna patología de base, donde podrá restringirse dicha cantidad. Como referencia se debe tener presente que 1 gr de sal, aporta 400 mg de sodio, y que todos los alimentos tienen, en mayor o menor cantidad sodio en su composición química.

Estas son algunas de las pautas para una alimentación saludable, sin embargo, como se ha ido describiendo, lo que predomina es justamente lo contrario, con el incremento del consumo de alimentos ricos en energía y grasas, como ser golosinas,



frituras, hamburguesas, snacks, embutidos, fiambres, etc, y la disminución del consumo de frutas, vegetales, lácteos. A su vez, otro foco de notable atención, es la disminución del consumo de agua, y su sustitución por el consumo de gaseosas, aguas saborizadas, jugos, etc.

En cuanto al consumo de carnes; la Argentina es el país con mayor consumo de carnes vacunas en relación a otros países. Entonces, con esta realidad, no ha de sorprender que actualmente sean más las personas que presentan sobrepeso u obesidad, representando un 25 a 45 % de los problemas más frecuente de salud, en la población adulta, y siendo actualmente, similar este porcentaje en niños.

Obesidad

La obesidad es definida como el exceso de grasa corporal, asociada con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, con alteración de insulina secreción, y es unos de los factores predisponentes a otras enfermedades, como Dislipemia (aumento de los diferentes compuestos de lípidos en sangre) Hipertensión (aumento de la tensión arterial), Diabetes (debida a la falla del páncreas para sintetizar insulina – Diabetes tipo 1; o por resistencia a la insulina – Diabetes tipo 2) etc. Por lo cual, esta constituye el problema de mayor prevalencia en el mundo. La obesidad, es una afectación multifactorial, por lo que este síndrome obedece a diferentes mecanismos patológicos, que van desde lo genético a la influencia de hábitos no saludables. Para determinar si una persona tiene un peso adecuado o no, se pueden utilizar diferentes índices. Uno de los indicadores más utilizado, es el Índice masa corporal o Quetelec (I.M.C), que resulta de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado. Esta ecuación nos brinda la siguiente clasificación:

Si el valor obtenido da entre 20 a 25, se considera que la persona tiene un peso normal, de 25 a 30, indica sobrepeso, ahora bien si se obtiene entre 31 a 40 estamos en presencia de obesidad y mayor a este, obesidad mórbida. (10) Con esta clasificación, se tendrá una base para poder brindar un plan de alimentación adecuado a cada individuo.

Hábitos saludables

Como se ha expuesto los pilares fundamentales para evitar un exceso en el peso son: realizar ejercicios físicos, tener una alimentación equilibrada y fundamentalmente llevar hábitos saludables.

Sin embargo, la actual realidad, hace que el equilibrio salud – enfermedad se rompa, debido la excesiva ingestión de alimentos altos en energías y grasas; y del sedentarismo. Al respecto, Marx y Engels remarcaban la influencia de todo sistema de relaciones socioeconómicas y culturales del hombre en sociedad, sobre su proceso de salud-enfermedad. Por lo cual, se debe tener en cuenta que el modo de vida, no es más que una forma específica e importante de la actividad humana, y el estilo de vida es lo individual, que se toma del modo de vida.

Por lo que este hecho, remarca la importancia de tener presente los siguientes factores:

Descanso: siendo recomendable es dormir mínimo 8 horas.

Frecuencia y distribución de la alimentación: realizar las 4 comidas principales, desayuno, almuerzo, merienda y cena; respetando horarios y tomarse el tiempo necesario para la deglución y digestión de los alimentos ingeridos.

Control de sodio: evitar agregar sal de mesa, a los alimentos

Consumo de alcohol, de ser posible evitarlo, o respetar la recomendación en relación a la edad y sexo.

Revisación médica: es aconsejable realizase un chequeo médico completo una vez al año mínimamente.

Por lo cual, si algunos de estos factores no son tenido en cuenta, o son dejado de lado, pasarán a constituirse en factores de riesgo, aumentando la posibilidad de que una persona pueda enfermar.

Con la finalidad de conocer estos factores, con el tiempo se han ido desarrollando diferentes encuestas o instrumentos. Así, en lo referido a la alimentación se puede utilizar diferentes instrumentos como ser: Recordatorio de 24 hs, Frecuencia de Consumo, etc.



El **Recordatorio de 24 hs**, es un instrumento sencillo de aplicar, con él se pide al sujeto recuerde todo lo consumido en 24 hs, o en días particulares. Para facilitar el recuerdo o ayudar a la memoria, se pide a la persona describa su día desde que despertó y en ciertos casos se proporciona imágenes visuales de alimentos, con el fin de conocer el tamaño de las porciones reales consumidas; y así obtener la cantidad de alimentos ingeridos y calcular las calorías totales, que el individuo consumió.

La **Frecuencia de Consumo**, se diferencia del instrumento anterior que está destinado a conocer el consumo de un nutriente en particular, y con dicho fin estará elaborado el cuestionario. Por lo cual, si se quisiera conocer el consumo solamente de sodio o grasas de una persona, se elaborara un cuestionario con todos los alimentos fuentes de ese mineral o micronutriente, y se hará hincapié en conocer la frecuencia con que son consumidos. Se puede mencionar entonces, que un exceso en el consumo de estos, constituirían unos de los factores predisponentes para que las personas desarrollen algunas enfermedades como ser: Hipertensión Arterial, Dislipemia, entre otras.

Hipertensión Arterial: es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación de la presión arterial (superior a 140/90 mmHg), que reduce la calidad y expectativa de vida

Algunas de las recomendaciones que se dan para poder evitar esta enfermedad son (30):

- ✓ Reducir el consumo de sodio: El mecanismo por el cual la restricción de sodio disminuye la presión arterial parece estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. El consumo de sodio por día recomendado en una dieta normal debe ser de 100 mmol/día, lo que equivale a dos gramos de sodio o seis gramos de sal de mesa.
- ✓ Sustituir el consumo de sodio, por potasio: El mecanismo antihipertensivo propuesto en la ingesta de potasio, incluye un aumento en la natriuresis así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$.



- ✓ Reducir el consumo de cafeína: La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo.
- ✓ Reducir el consumo de tabaco: El tabaco es un poderoso factor que acelera la arterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial.

Dislipemia

Actualmente debido al incremento de consumo de alimentos ricos en energía y grasas, y sumado la falta de actividad física, no resulta sorprendente que haya un gran porcentaje de personas que tienen hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia. Estos son trastornos del metabolismo de los lípidos corporales que causan alteraciones de los niveles séricos de las lipoproteínas y de sus lípidos; estas alteraciones incrementan el riesgo de acelerar el proceso de aterosclerosis y a través de ello, incrementar la prevalencia de eventos cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico, destacando entre ellas la cardiopatía coronaria, constituyen la primera causa de muerte en occidente.

Si bien esta enfermedad es de etiología multifactorial (genética o secundaria) es posible controlar con una adecuada alimentación donde predominen el consumo de frutas y vegetales, evitar cortes de carnes grasos y alimentos fuentes de grasas saturadas, como embutidos, snacks, facturas, hamburguesas, etc. Consumir alimentos magros, realizar actividad física; es decir modificando estilos de vidas que son perjudiciales para la salud.

Dietas

Para reducir el peso inducido por la alimentación excesiva, a través del tiempo se han ido elaborando y difundiendo diferentes dietas, que tienen en común la reducción de alimentos, algunos específicos u otros combinados, lo cierto es que a medida que se reduce la ingesta se baja de peso. Sin embargo, algunas de estas modalidades son nocivas para la salud. (19,20). Cabe destacar que en un tratamiento dietético, al margen de buscar alcanzar un balance energético negativo con el fin de disminuir la masa grasa, también pretende:

- ✓ Mantener la pérdida de peso en el tiempo
- ✓ Evitar una futura ganancia de peso.
- ✓ Disminuir los factores de riesgos metabólicos y cardiovasculares
- ✓ Modificar hábitos alimentarios perjudiciales a la salud
- ✓ Evitar oscilaciones de peso
- ✓ Restablecer el equilibrio psicosomático
- ✓ Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida

Muchas de las dietas tienen fundamentaciones científicas, como las dietas hipocalóricas; y otras constituyen un propósito sensacionalista que han distorsionado la información acerca de la nutrición de la población.

Dietas Hipocalóricas: son aquellas que permiten alcanzar un balance energético negativo, pero que cumplen con la cantidad de nutrientes y criterios nutricionales exigibles a cualquier otra dieta (21, 22). Estas dietas se dividen en distintos tipos dependiendo de la restricción energética (21,23):

- ***Dietas con restricción calórica leve:*** aportan al menos 1.200 kcal/día, y se puede indicar a todo paciente con sobrepeso u obesidad, y que se desee lograr una pérdida de peso gradual.
- **Dietas con restricción severa** que aportan entre 800 – 1200 kcal/día. Están indicadas en aquellos pacientes que no responde de modo adecuado a la dieta de restricción mencionada anteriormente y/o que necesiten bajar de peso rápido. Hay que evaluar si debido a esta restricción se llegan a cubrir las

recomendaciones de vitaminas y minerales, caso contrario se debe evaluar la posibilidad de suplementar.

- **Dietas de muy bajo contenido calórico (VLCD)** aportan entre 400 – 800 kcal/día, este tipo de dieta son utilizadas en el caso de obesidad mórbida y requieren vigilancia estrecha e incluso en muchos casos la hospitalización, debido a que al estar los alimentos muy limitados, los aportes de vitaminas y minerales son insuficientes, pudiéndose generar complicaciones como desequilibrio hidroelectrico, hiperuricemia, deshidratación, hipotensión ortostática, dependiendo del grado de obesidad del paciente y su situación fisiopatológica en el momento del tratamiento. Por lo cual este tipo de dieta no debe ser dada más que por un tiempo de entre 2 a 3 meses. (24)

▪

Dietas vegetarianas: existen dos tipos (21):

- *La dieta ovo-lacto-vegetariana*, que permite la ingesta de leche huevos además de los productos de origen vegetal, con este tipo de dieta el suministro de hidratos de carbono y lípidos están cubiertos, y a través del consumo de lácteos y huevos pueden llegar a cubrir el consumo de proteína, sin embargo esta personas pueden presentar déficit de hierro, anemia perniciosa, y alteraciones en el sistema nervioso; si no se realizan correctamente.
- *La dieta estrictamente vegetariana* conocida como veganos, consiste solo en la ingesta de alimentos de origen vegetal, por lo cual al igual que la anterior dieta hay presencia de déficit de hierro, anemias, etc.

Dieta Macrobióticas: constituye una forma extrema del vegetarianismo; según esta teoría los alimentos se clasifican en dos categorías: los alimentos ying, pasivos, y los alimentos yang, activos, y que la salud depende del equilibrio en la ingesta de estos alimentos. El sistema macrobiótico está constituido por 10 dietas, 5 de las cuales tienen cantidades decreciente de alimentos de origen animal y las otras 5 dietas constituidas exclusivamente por alimentos vegetales, con un aumento progresivo del consumo de cereales frente a las verduras y hortalizas. Estas dietas presentan los mismos problemas que las dietas vegetarianas, y en el caso de las dietas



macrobiótica estricta a su vez se produce deficiencias de vitamina A, D, E B12 y de minerales como el calcio y hierro. Además, como esta dieta recomienda la disminución del consumo de agua puede conducir a un estado de deshidratación, con alteraciones del equilibrio electrolítico y función renal.(29).

Dietas Populares

Como se ha mencionado, a lo largo de los años, se fueron desarrollando e inventando diverso tipo de dietas populares con el fin de lograr una pérdida de peso rápido e eficaz. Sin embargo, con el tiempo aquellas personas con problemas de exceso de peso, con el afán de tener resultados rápidos y milagrosos, y en donde se le permita permanecer pasivo, y no ser él el centro de su tratamiento, acudieron a las consideradas “*Dietas de modas o populares*”, que surgen del comercio o de la inescrupulosidad de profesionales no especialista en el tema. Este tipo de dietas tiene algunos aspecto en común (25):

- ✓ Están prescritas por personas ajenas al campo de la nutrición.
- ✓ Tienen una descripción muy imprecisa
- ✓ Auguran elevadas promesas de pérdida de peso
- ✓ No poseen eficacia comprobada
- ✓ Poseen refutables fundamentos dietéticos

La moda dietética aparece en la década del setenta, con la incorporación en el mercado de los edulcorantes, y a partir de allí fueron avanzando hasta hacerse masiva con distintas denominaciones. Las primeras dietas de modas fueron confeccionadas por médicos adquiriendo el nombre de su autor (Dieta de Atkins, Dieta de Scarsdale, etc.). Luego incursionaron en ellas actrices y deportistas famosos. Y por último, se bautizan con distintos nombres según el aspecto o el alimento que la caracteriza: dieta del agua, dieta de la manzana, del astronauta, antidieta, etc. (35) A continuación se describirán algunas de ellas:

Dieta disociada o separada, de Hay: tuvo sus inicios entre los años 1900 y 1920, sostiene la teoría de que los hidratos de carbono no pueden ser consumidos junto con las proteínas, debido a que las proteínas se ingieren en un medio ácido y los hidratos de carbono en un medio alcalino. Esta dieta es casi imposible, porque no existen alimentos que contengan solamente proteína o hidratos de carbono. Esta dieta carece de fundamento científico y los resultados obtenidos se deben a una menor ingesta de energía, debido a una pérdida progresiva de la motivación para ingerir alimentos como consecuencia de que al paciente solo puede consumir un solo alimento en cantidades elevadas. (26)

Dieta de Atkins: pertenece al grupo de dieta milagrosa llamadas “dietas cetógenas”, en donde se retira completamente el consumo de hidratos de carbono, y se aumenta el consumo de proteína y grasas; así como los hidratos de carbono son la fuente de energía primaria y principal del organismo, en ausencia de este nutriente, se comienza a obtener energía a partir de las grasas por una ruta metabólica particular, produciendo cuerpos cetónicos; como resultado final hay aumento de este en la sangre, como de sus productos de desechos la acetona. La rápida pérdida de peso que se observa en los primeros días es debido a la pérdida de glucógeno utilizado como sustrato energético y agua. A su vez produce falta de apetito, cetosis en sangre, halitosis, y como consecuencia hay riesgo de afecciones cardiovasculares por el exceso de consumo de grasas, sobrecarga renal por la exagerada ingesta de proteína, como así también aumento del colesterol plasmático y del ácido úrico. El efecto rebote de esta dieta está dado a que al interrumpir la dieta se reponen los niveles de glucógeno y agua previos al inicio del tratamiento. (27)

Dieta de la proteína líquida: consiste en tomar una solución de proteína obtenida a partir de la piel de vaca (colágeno). En Estados Unidos ocasiono más de 60 muertes debido a causas diversas, aunque se sabe que la digestión de esta proteína destruye aminoácidos esenciales como el triptófano. (28)

Dieta de La Luna: Esta dieta está basada en la teoría de que los líquidos del cuerpo, como otras sustancias líquidas de nuestro planeta, tienden a seguir los ritmos de las

mareas provocados por la influencia de la luna, más aún cuando la luna cambia de fase. Por lo que la dieta debe realizarse según las fases lunares.

Luna nueva y Luna llena: Hay que ayunar durante veintiséis horas comenzando en la hora del cambio de fase de la Luna. Si los calendarios dicen que la Luna cambia a las 6.30, por ejemplo, en ese momento se comienzan las veintiséis horas de ayuno, en este caso el ayuno terminaría a las 7.30 del día siguiente. Se puede desayunar normalmente antes del horario de fase lunar y luego comenzar el ayuno. El ayuno no debe ser total, consta de tomar abundante cantidad de líquido en ese período. Pueden ser jugos de frutas naturales sin agregados de azúcar, licuados con base de agua, agua de cocción de verduras o caldos naturales. Se pueden consumir infusiones en pequeñas cantidades, no se debe tomar ni leche ni gaseosas ni bebidas con alcohol, ni tampoco se puede tomar sólo agua. Son tres o cuatro litros de líquido durante ese día. La pérdida de peso no sólo se produce por el ayuno, sino también porque no comer en las horas del cambio de fase lunar aseguran potencia a la desintoxicación del organismo. Si bien se dice que no es peligroso el ayuno ya que dura un solo día, de todos modos hay que consultar con el médico, y tener en cuenta la alimentación en los días previos y posteriores, que serán nutritivas y poco calóricas.

Cuarto creciente y cuarto menguante: Se realiza un medio ayuno, es decir, se comen algunos sólidos combinados durante las 26 horas. Se deben tomar los líquidos indicados para la fase de Luna nueva y Luna llena, y se puede elegir una de estas opciones:

- Sólo frutas: cinco frutas al día, divididas en horarios de comidas habituales
- Sólo ensaladas: una ensalada al mediodía y otra a la noche.
- Sólo yogur diet y puré de calabaza: un yogur en el desayuno y la merienda, y un puré de calabaza en el almuerzo y la cena.
- Sólo gelatina diet con frutas: cinco porciones divididas en los horarios habituales de las comidas.

Todas estas dietas, si bien en un principio pueden lograr los resultados buscados (perder peso) no cumplen con la Ley de Adecuación, por no adaptarse a las



características individuales de cada persona, conllevan muchas veces riesgo de salud y lo que es definitorio, no contribuyen al cambio de hábitos alimentarios.

Profesionales promotores de la salud

Médicos y Nutricionistas

En el área de la salud encontramos profesionales como médicos clínicos, nutricionistas, médicos diabétoles, endocrinólogos, etc., que se forman durante años con el fin de atender diversas patologías, e intervenir en el cuidado de la salud, ya sea desde una intervención, primaria, secundaria o en la promoción de la salud.

Profesores de educación física Profesores de gimnasia, bailes entre otras

La educación física es la disciplina que se encarga de educar el cuerpo a través de movimientos y ejercicios físicos que desarrollan sus capacidades físicas, sociales e intelectuales. El responsable de llevar a cabo el desarrollo de esta disciplina son los profesores de Educación Física.

Giuliano definía la Educación Física como aquella parte de la actividad que desarrolla por medio de movimientos voluntarios, precisos de la esfera fisiológica, psíquica, moral y social, para obtener un mejor potencial temporal, en la cual reforzaron, educaron el carácter; estos contribuyeron durante las edades de desarrollo, a la formación de una mejor personalidad del futuro hombre. (31)

Estos educadores se preparan a través de diferentes instituciones para ser quienes luego enseñaran actividad física, deportes en instituciones escolares, en club, en gimnasio etc. Para comprender las diferentes funciones especialidades de estos profesores, en relación a los profesores de educación física, debemos remontarnos a la historia. La gimnasia, ha tenido diferentes momentos desde su creación hasta nuestros días. En un principio, estaba sumamente orientada al carácter médico. En segundo lugar, fue utilizada para configurar la constitución de los ciudadanos a través de la creación de los Estados Modernos. En tercer término, a través de su inclusión como contenido de la Educación Física. Y por último, como un punta pie comercial a través de la creación de programas de entrenamientos.



Los orígenes del aeróbic tal y como lo entendemos en la actualidad, podemos situarlos en el año 1968, con la publicación del libro del Dr. Kenneth Cooper, titulado “Aerobics” (Ejercicios aeróbicos)” en donde compiló sus ideas sobre lo beneficioso que es para el cuerpo humano el trabajo cardiovascular. Ventajas que fueron aprovechadas por la actriz Jane Fonda quien fue la encargada -de algún modo se erigió como símbolo- de transmitir al resto de la población americana el mundo del aeróbic, por medio de clases interactivas a través de libros y vídeos. De todas formas no es sino hasta principios de los noventa donde el aeróbic gana su auge popular conocido hoy en día. Los estudios de Biomecánica y Fisiología del ejercicio lograron cambiar la metodología de enseñanza, optando un método más saludable y divertido que atrajera a más gente a este mundo. Es por ello que en la actualidad encontramos una gran variedad de rutinas gimnásticas aeróbicas. Algunos ejemplos son: step-aeróbic, slide-aeróbic, box-aeróbic, aéro-local, etc.; todas estas actividades se extienden por el mundo y cuentan con un elevado número de practicantes de ambos sexos. (32) La gimnasia aeróbica, el step y la localizada (o modeladora) fueron las pioneras en los gimnasios.

Estado del arte

En el 2007, se realizó un estudio exploratorio, sobre los estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos, con el fin de establecer si existía alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida. Se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios de los cuales 500 eran médicos y 106 enfermeras de las principales ciudades de Colombia. Los resultados fueron que solo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. En cuanto al IMC (Índice de Masa Corporal) se encontró que poco más de la mitad de los médicos y enfermeras tenían un IMC normal, que una tercera parte presentaba sobrepeso u obesidad, y una quinta parte tenía bajo peso o deficiencia nutricional.



Para evaluar la actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado, prácticas de bioseguridad, hábitos alimentarios y consumos de sustancias psicoactivas se tomo como referencia a los 30 días anteriores a realizar la encuesta, excepto las conductas de autocuidado y prácticas de bioseguridad, de acuerdo a la cantidad y frecuencia con las que se realizaban cada una de las conductas evaluadas se clasificaron cuatros categorías: muy saludables, saludables, pocos saludables y no saludables. Obteniéndose así los siguientes resultados:

- Actividad física se encontró que la mayoría de los médicos y enfermeras que participaron del estudio presentaban hábitos poco y nada saludables (85,69% y 94,18%)
- Tiempo de ocio: aproximadamente una tercera parte de los médicos y enfermeras presenta un manejo poco saludable, siendo mayor el porcentaje en las enfermeras.
- Autocuidado referido a aspectos como visitas periódicas al odontólogo y médico, al uso de pruebas de tamizajes, etc; se encontró que una sexta parte de los médicos y enfermeras tenían pocos hábitos saludables.
- Hábitos alimenticios: se encontró que una sexta parte de esta población presentaba hábitos poco saludables.
- Hábito de sueño: se halló que un poco menos del 10% de los médicos evaluados presentaban hábitos poco saludables.
- Finalmente de las 7 conductas no saludables evaluadas se identificó que cerca de la mitad (48,2% y 47,1%) tenían deficiencia en la práctica de una de las conductas, y el 40,2% de los médicos y el 46,2% de las enfermeras contaban con prácticas deficientes en dos o más conductas. (1)

En La Vieja Habana de Cuba, se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la relación entre el consumo de alimentos y la actividad física en mujeres que realizan ejercicios aeróbicos en la Sala Polivalente “Kid Chocolate” Se aplicó una encuesta de recordatorio de 24 horas para obtener información sobre el consumo de alimentos y otra para medir el nivel de conocimientos acerca de las Guías Alimentarias de la población cubana mayor de 2 años de edad. Se determino el índice de masa corporal (IMC) mediante mediciones antropométricas para clasificarlas en normo peso,

sobrepeso y obesas. Para determinar la intensidad de la actividad física se midió la frecuencia cardíaca. De este trabajo se obtuvo el siguiente resultado:

- Se observó que el mayor número de mujeres poseen la condición de sobrepeso y obesas.
- Según el consumo medio de energía que fue de 2 420.9 Kcal, comparándolo con la recomendación que es de 1988.13 Kcal, obtuvieron un valor de porcentaje de adecuación de 121.77%, el cual sobrepasa el valor de 110.00%, por lo que consideraron según los rangos establecidos un consumo excesivo de energía
- A su vez analizaron los valores para los diferentes macro nutrientes.
- Proteína total (g): el porcentaje de adecuación fue de 119.5%, resultando según los rangos un valor excesivo. En cuanto a la distribución del consumo de proteínas animal y vegetal, observaron que el consumo de proteína animal es de un 60% (42.81g) y de vegetal es de un 40% (28.89g). Estos valores sobrepasan las recomendaciones nutricionales para este grupo, que debió corresponder con el 50% de cada una.
- Grasa Total (g): el porcentaje de adecuación fue 242.61%. Resulta notablemente excesivo. Por lo cual, infirieron que la dieta media que consumen estas mujeres pudieran ser cetogénicas por el consumo de elevadas cantidades de esta sustancia.
- Carbohidratos totales (g): En este caso resulta ser el porcentaje de adecuación deficiente 86.78%. Por lo que de acuerdo a los resultados, las proteínas y las grasas son las máximas responsables del suministro energético.

En conclusión, se aprecia la existencia de un desbalance de los macro nutrientes y micronutrientes, que pudiera sugerir prácticas y hábitos alimentarios inadecuados con predominio del sobrepeso y la obesidad. (33)

Otro estudio de corte descriptivo transversal en Colimba Cuba, tuvo por objetivo conocer el pensamiento de los profesores de Educación Física sobre el papel de la Educación Física de 5° y 6° de primaria del estado de Colima con relación a la promoción de estilos de vida activa y saludable. La muestra del estudio estuvo integrada por 154 docentes que imparten clase en 5° y 6°. Entre los hallazgos más significativos podemos contemplar que los profesores que practican actividades



físicas extra clase son los que promueven los estilos de vida activos y saludables entre sus alumnos. (31)

Por otro lado, un estudio vinculado a uno de los hábitos nocivos como fumar, realizado en la Habana, que incluyó a 221 trabajadores de salud, tuvo por objetivo determinar en ellos la prevalencia del tabaquismo y sus características, cómo percibían el riesgo de fumar, e identificar propuestas para reducir la frecuencia de fumadores y el consumo de cigarrillos, obtuvo el siguiente resultado:

El 32 % de los médicos y el 46 % de las enfermeras fumaban en el momento de la encuesta. Los médicos aportaron más fumadores moderados y severos, y se sintieron menos limitados a fumar en sus centros de trabajo que las enfermeras. El 17 % de ellos y el 20 % de las enfermeras aceptaron que fumar le representó más beneficios que daños. En ambos grupos se evidenció una percepción distorsionada del riesgo de fumar. Entre las propuestas hechas por los propios trabajadores, que deberán tenerse en cuenta al implementar proyectos de intervención, se encontraron: fortalecer en la atención primaria los servicios de cesación para fumadores, hacer cumplir en los centros de salud las regulaciones para fumar, aplicar sanciones a los violadores de lo reglamentado y divulgar de manera sistemática la importancia de la función médica de los médicos y enfermeras, como importantes agentes de cambios en la sociedad.(34)

Debido a lo expuesto, y que no se ha encontrado estudios vinculados al estilo de vida de profesionales promotores de salud en la Argentina; nos proponemos conocer si, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los profesionales promotores de la salud llevan estilos de vida saludables. Debido a que al parecer, para algunos de ellos el problema no es brindar recomendar hábitos saludables, si no, es poner en práctica esas recomendaciones, ellos mismos.



Problema de investigación

¿En qué medida, los profesionales promotores de salud, ponen en práctica los estilos de vida saludables, que recomiendan?

Objetivos

Objetivo General: Conocer y comparar si los estilos de vida de los profesionales promotores de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, son acorde a las recomendaciones que ellos mismos brindan ejerciendo su profesión.

Objetivos Específicos:

- Determinar el estado nutricional por IMC de esta población
- Cuantificar el consumo de hidrato de carbono, grasas, sodio, y calorías total
- Conocer hábitos alimentarios y de estilo de vida de la población de referencia
- Identificar factores de riesgo asociados como hipertensión, dislipemia, etc.
- Cuantificar el promedio de horas semanales que esta población dedica a la actividad física
- Describir las principales recomendaciones que habitualmente brindan a quienes asisten en relación al ejercicio de su profesión



Metodología

Tipo de diseño de la investigación

El diseño del trabajo será de tipo descriptivo transversal.

Población: Nutricionistas, profesores de educación física o de fitness y médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tipo de muestra: no probabilístico accidental por cuota

Criterios de inclusión:

- Que sean médicos clínico, diabetólogos, endocrinólogos, cardiólogos, pediatras, nutricionista o profesores de fitness o de educación física, con título habilitante
- Que se encuentren actualmente ejerciendo dicha profesión.

Criterios de exclusión:

- Quienes no quieran participar
- Quienes estén ejerciendo una profesión que no sea relacionada con la salud.

Criterio de eliminación: encuesta que se encuentren incompletas o aquellas que no decidan terminar con la misma.

Variables

Variables de categorización

Sexo: femenino o masculino

Edad: en años cumplidos

Peso: medido en kilogramos

Talla: medida en mts.

Ocupación Actual: médico/ nutricionista/ profesor de educación física o gimnasia

Variables de estudio

Objetivos	Variables	Categorización	Criterios	
Determinar el estado nutricional	Estado nutricional de la población en estudio	<ul style="list-style-type: none"> Bajo Peso Normo Peso Sobrepeso Obesidad 	I.M.C: igual o menor a 19 I.M.C. Entre 20 a 24,9 I.M.C: De 25 a 29,9 I.M.C: Mayor a 30	
Cuantificar el consumo de HC, grasas, sodio y Kcal total	Consumo de calorías totales	Kcal/día		
	Consumo de hidratos de carbono	Kcal/ día % del V.C.T		
	Consumo de grasas	Kcal/ día % del V.C.T		
	Consumo de Sodio	Mg/ día		
Conocer hábitos y estilos de vida	Consumo de frutas y verduras.	Adecuada Inadecuada	Mínimo 5 porciones. Menos de 5 porciones	
	Método de cocción habitual	Frito Al horno Plancha Otros (tipo)		
	Consumo de alimentos fuera del hogar	A veces/ Siempre/ Nunca	Lugar: Restaurant Delivery tenedor libre Otros Frecuencia	
	Consumo de sal agregada de mesa en alimentos elaborados	A veces/ Siempre/ Nunca		
	Consumo de agua	MI o Lts/ día		
Descanso	Horas de sueños diarias			

	Realización de chequeo medico	En el año Hace 1 año Más de 2 años	
Identificar factores de riesgos asociados	Hipertensión	Presenta / No presenta	Encuestas
	Dislipemia	Presenta / No presenta	
	Obesidad	Presenta / No presenta	
	Fuma	Si / No	
	Alcohol	A veces / Siempre/ Nunca	
Cuantificar las horas promedio de actividad física	Actividad física	Si/ No Cantidad de horas promedio semanal	Encuesta
Describir las principales recomendaciones	Recomendaciones dietéticas	Respuestas verbales sobre las recomendaciones relacionadas con la nutrición realizada por cada uno en el ejercicio de su profesión.	

Método de recolección

Se utilizaron encuestas autoadministradas (ver Anexo) donde se solicitó especificar sexo, edad, ocupación actual y talla.

A su vez, se realizó un recordatorio de 24 hs, ayudando a los participantes con un formulario guía (ver Anexo) y modelos visuales de porciones, con el fin de cuantificar el consumo de hidrato de carbono, grasas y sodio, utilizando para su análisis rótulos nutricionales y tablas de referencias.

Toda la información obtenida fue tabulada en una planilla de excel

Para la realización del presente estudio, se solicitó el consentimiento en todos los casos (ver anexo)



Dificultad en el diseño

A través de la realización del trabajo, se observó la dificultad que implica cuantificar con precisión el consumo de sodio, debido a que la población encuestada no tiene presente que cantidad de sal de mesa incorpora a los alimentos; hecho que también se refleja a la hora de determinar la porción exacta de alimentos ingeridos, como así también el inconveniente que representa para las personas recordar los ingredientes utilizados en preparaciones elaboradas (ej en lasagna) y la cantidad. Por lo cual, sería útil contar, por un lado; con recetas estándares, donde estén detallados los alimentos, sus cantidades e imágenes de los mismos, y con un instrumento de medición validado que permita reproducir los resultados y minimizar los sesgos; brindando una mayor confiabilidad a los estudios que se lleven adelante.

Resultados

La muestra quedo conformada por un total de 60 profesionales, fraccionados en un subgrupo de 20 profesionales agrupados según su especialidad (médicos, nutricionistas y profesores de gimnasia o fitnes), con un rango de 23 a 66 años y la edad promedio de 35 años. Del total general de la población, el 61,67% fueron mujeres y el 38,33% varones.

Tabla 1. *Distribución de la población de acuerdo a su profesión, sexo y edad promedio (n°: 60)*

	Médicos		Nutricionistas		Prof. De gimnasia		Total %
	N° : 20	%	N° : 20	%	N° : 20	%	
Femenino	13	35	17	46	7	19	100
Masculino	7	30	3	13	13	57	100
X Edad	35		37		33		

Fuente de elaboración propia

En relación a peso y talla se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla 2. *Distribución mínima, máxima y promedio del peso actual de los profesionales vinculados a la promoción de salud(n°: 60)*

Profesionales	V. Mín de P.A. (kg.)	V. Máx.de P.A (kg.).	Promedio de P.A. (kg.)
Médicos (n°: 20)	49,5	95	69
Nutricionista (n°:20)	35	82	58
Prof. Gimnasia (n°: 20)	52,5	104	76

Fuente de elaboración propia

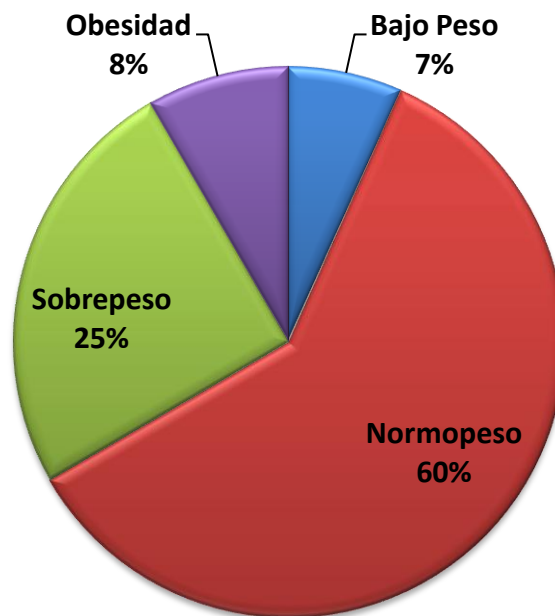
Tabla 3. Distribución mínima, máxima y promedio de la talla de los profesionales vinculados a la promoción de salud

Profesionales	Mín de Talla (mts ²)	Máx de Talla (mts ²)	Promedio de Talla(mts ²)
Médicos (nº 20)	1,55	1,88	1,68
Nutricionista (nº: 20)	1,25	1,75	1,59
Prof. Gimnasia (nº: 20)	1,55	1,94	1,72

Fuente de elaboración propia

Estado Nutricional

Grafico 1. Determinación del estado nutricional de la población de referencia (nº60)



Fuente de elaboración propia

Al determinar el estado nutricional de la población encuestada si bien el 60% de la misma se encuentra en normopeso, hay un 33% de los profesionales que presentan

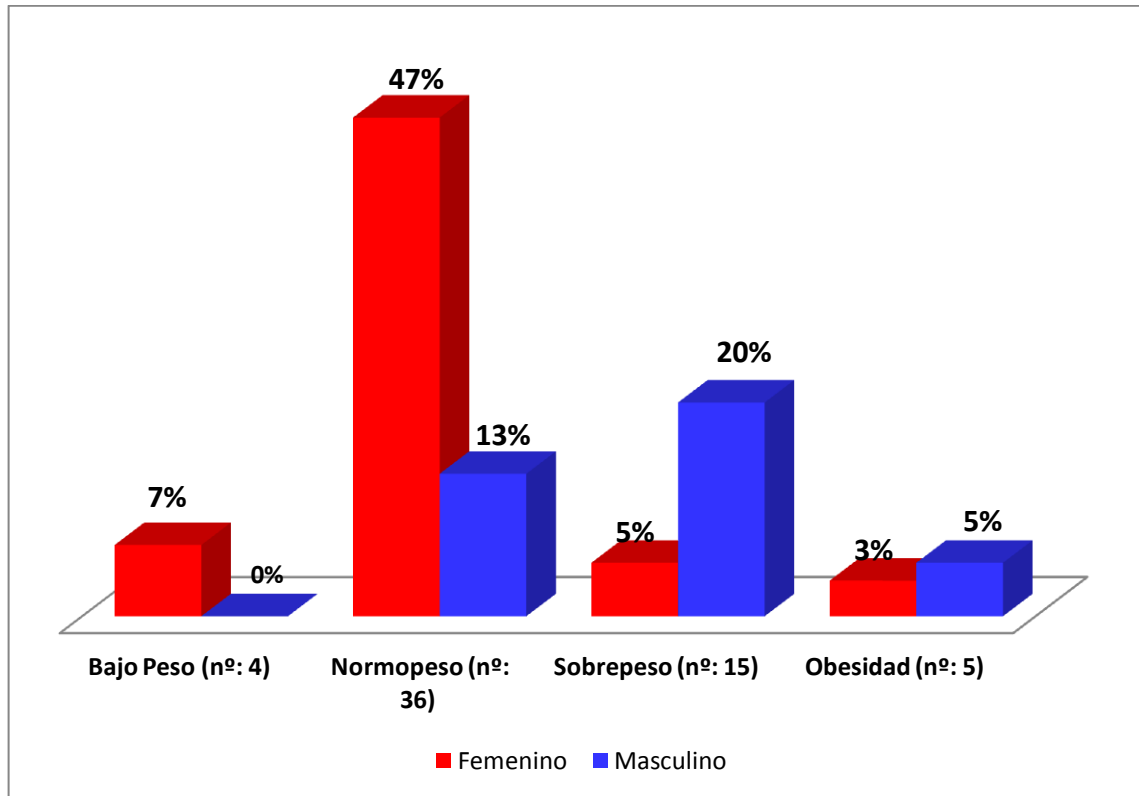
sobrepeso u obesidad, representada como se puede observar en la tabla 4, por profesores de educación física y médicos. En contra partida, como dato relevante el grupo de nutricionistas son los que más bajo peso presentan. Por consiguiente, se podría inferir, que son estos últimos, quienes más ponen acento en la imagen o estética corporal, generando un nuevo interrogante, de si esto corresponde a un excesivo cuidado en la alimentación o si se podría considerar a estos como una población de riesgo de padecer trastornos de la alimentación.

Tabla 4. *Distribución del estado nutricional según especialidad (nº60)*

Estado Nutricional	Médicos		Nutricionista		Prof. Gimnasia		Total	Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1 - Bajo Peso	1	5%	3	15%	0	0%	4	7%
2 - Normopeso	12	60%	14	70%	10	50%	36	60%
3 - Sobrepeso	5	25%	2	10%	8	40%	15	25%
4 - Obesidad	2	10%	1	5%	2	10%	5	8%
Total general	20	100%	20	100%	20	100%	60	100%

Fuente de elaboración propia

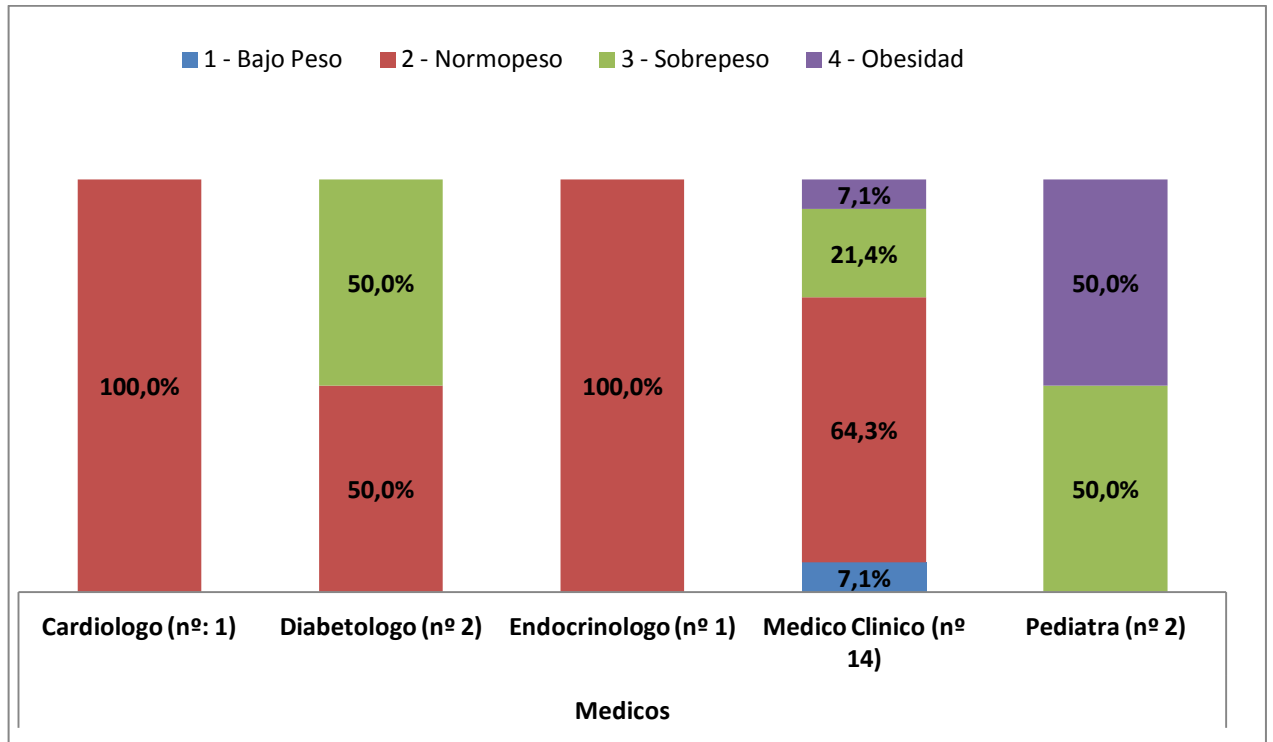
Gráfico 2. Distribución del estado nutricional según el sexo de la población encuestada (nº60)



Fuente de elaboración propia

En relación al sexo, se puede observar que del total de esta población, quienes presentan mayor sobrepeso y obesidad son los hombres en relación a las mujeres (Gráfico 2), como así también son estas las que presentan bajo peso. Este dato podría ser útil para analizar cuál sería el motivo del porqué las mujeres cuidan más su peso en relación a los hombres, en esta población en particular.

Grafico 3. *Determinación del estado nutricional de los médicos según especialidad*
(n° 20)



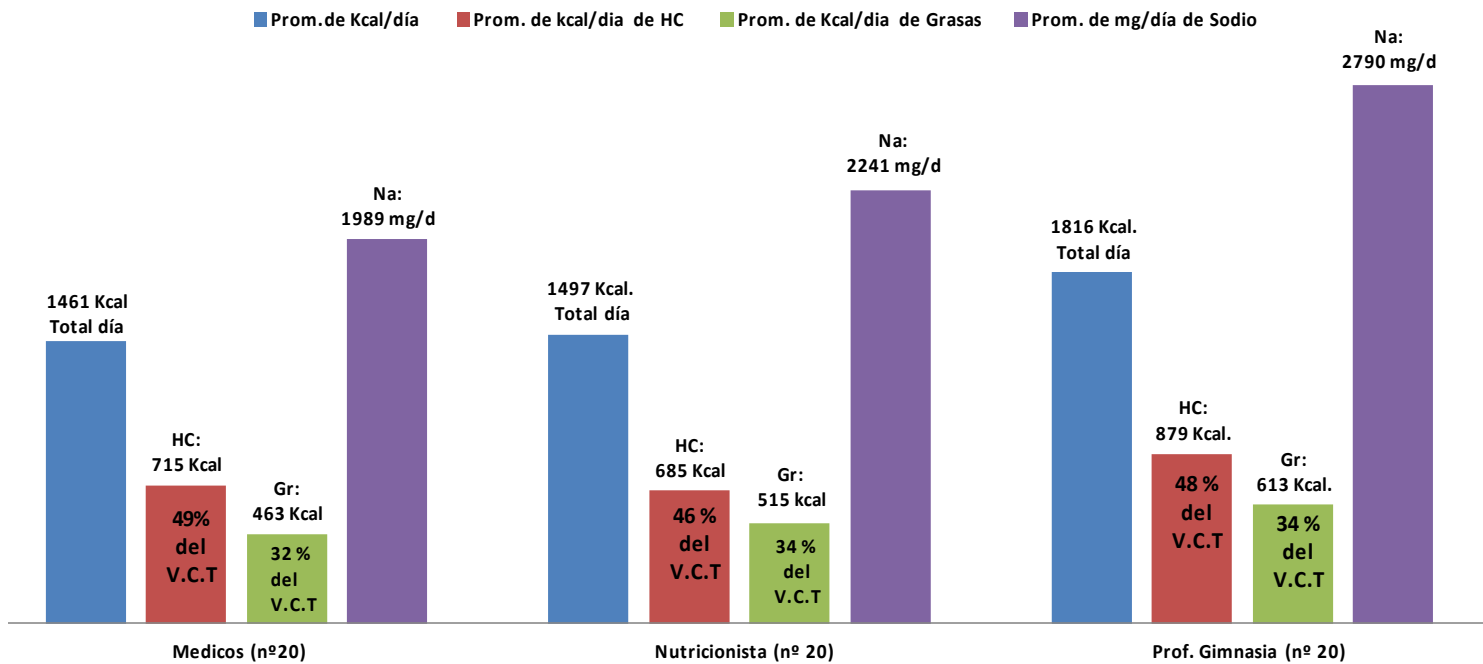
Fuente de elaboración propia

Como el estudio en los profesionales médicos, estuvo limitado a las siguientes especialidades: medicina clínica, endocrinología, diabetes, cardiología y pediatría, se observó respecto al estado nutricional las siguientes variables, los médicos pediatras tienen un porcentaje mayor de obesidad y sobrepeso, cifra compartida en relación al sobrepeso, por los diabetólogos, dato que puede resultar muy significativo, si se toma en cuenta que:

- El médico pediatra es quien aconseja a los padres al inicio de la alimentación de sus hijos;
- Por otro lado los especialistas en diabetes, que son educadores permanentes sobre alimentación saludable a personas diagnosticadas con esta enfermedad,

Consumo de nutrientes

Gráfico 4. Distribución del consumo total promedio de Kcal./día de Hidratos de carbono, grasas, calorías totales y mg./día de sodio; según la profesión (nº60)



Fuente de elaboración propia

- **Nota:** Para obtener el cálculo de Kcal y de mg; se obtuvieron los datos de Nutriinfo, S.A.R.A y del rotulo de algunos alimentos. (35, 36, 37)
- En cuanto al Na, se obtuvo en cuenta la cantidad de sal común de aquellos que declararon en el recordatorio

En el gráfico4, se evidencia que en relación a la distribución promedio del consumo total de Kcal/día es bajo, por lo cual, se podría inferir que hubo un subregistro al momento de realizarse los recordatorios de 24 hs, si se considera que un 33 % de la población presenta sobrepeso y obesidad. Ahora bien, sin embargo, otro hecho de relevancia es que ninguno de los grupos cumple con una alimentación armónica, debido a que por un lado, no cubren la recomendación de HC del 50 – 60% del V.C.T, y por otro, todos superan el consumo de grasas (30% del V.C.T.), hecho que podría hacer pensar que en esta población prevalece una dieta cetogénica o



disociada. Si bien al analizar el consumo en general, pareciera ser quienes mayor ingesta tienen son los profesores de gimnasias o fitnes, en relación al resto de los profesionales, aun así este consumo es bajo considerando el mayor requerimiento calórico que tienen por su profesión. En cuanto al consumo de sodio, fue mayor en los profesores de gimnasia, tomando en cuenta que la ingesta diaria recomendada (I.D.R) para una persona sin patología asociada es de 2400 mg/día de sodio. Cabe aclarar que en el resto de los profesionales este consumo podría ser mayor aun, dado a que no todos pudieron especificar la cantidad de sal de mesa que incorporan a sus alimentos.

Por otro lado, se analizó dicho consumo considerando solo a los médicos de acuerdo a su especialidad, cuyo resultado arrojó que quienes consumen mayor cantidad de sodio diario, son los médicos pediatras, seguido por endocrinólogos y cardiólogos. Esto puede cobrar importancia, al considerar que un elevado consumo de sodio, constituye un factor de riesgo predisponente para el desarrollo de Hipertensión Arterial y en consecuencia, aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto al consumo promedio de Kcal/día de hidratos de carbono, continúa el mismo patrón destacado anteriormente, con una variación en el consumo promedio de Kcal/día de grasas, demostrando que los médicos pediatras y diabetólogos presentan un mayor consumo, reafirmando lo expuesto sobre su estado nutrición de sobrepeso y obesidad, por el elevado consumo de macronutrientes.

Tabla 5. Distribución del % del consumo promedio de Kcal/día de hidratos de carbono y grasas; según la profesión y sus respectivos estados nutricionales

Profesión	Prom. del % de kcal/día de HC	Prom. Del % de Kcal/día Grasas
Médicos		
1 - Bajo Peso	66%	19%
2 - Normopeso	53%	29%
3 - Sobrepeso	43%	37%
4 - Obesidad	40%	38%
Nutricionista		
1 - Bajo Peso	50%	31%
2 - Normopeso	45%	34%
3 - Sobrepeso	45%	36%
4 - Obesidad	30%	47%
Prof. Gimnasia		
2 - Normopeso	49%	36%
3 - Sobrepeso	49%	33%
4 - Obesidad	48%	32%
Total general	48%	33%

Fuente de elaboración propia

Con la finalidad de obtener más información en relación al consumo de estos macronutrientes, se analizó el consumo promedio, según el estado nutricional y la profesión, resultando que el sobrepeso y obesidad responde a una ingesta elevada en grasas en relación a las pocas calorías consumidas que brindó el recordatorio, incluso en normopeso, considerando que esta no debe superar el 30% del V.C.T. De acuerdo a esta distribución, un dato que puede ser de interés analizar, es el porqué los nutricionistas y médicos son los que consumen un elevado porcentaje de grasas y en menor medida HC, fundamentando más aun que estos pueden estar llevando una dieta conocida como Cetogénica o Disociada o que simplemente no advierten su real consumo. (Tabla 5)

Hábitos y estilo de vida

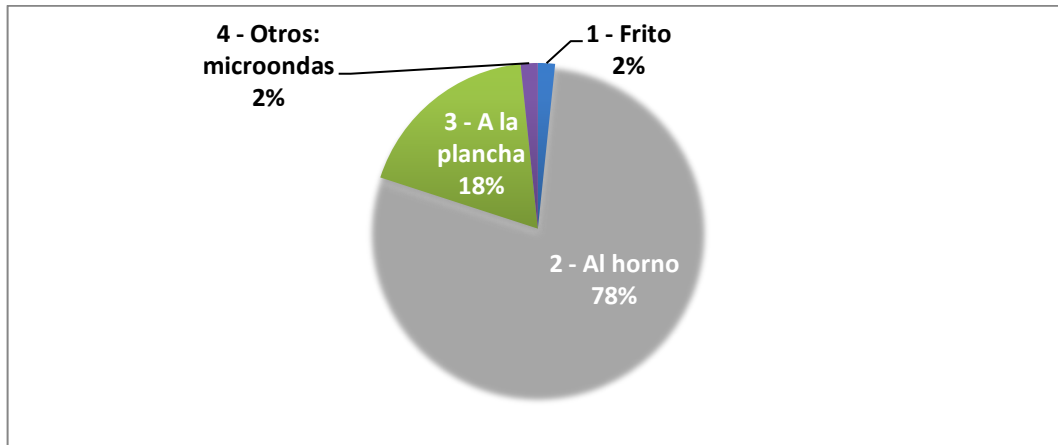
Gráfico 5. *Distribución del consumo de porciones de verduras y frutas (n°60)*



Fuente de elaboración propia

Se considera adecuado el consumo de 5 porciones de frutas y verduras por día para una alimentación saludable, teniendo en cuenta esta referencia, se puede observar que ninguno de estos profesionales consume una cantidad adecuada de este grupo de alimentos, representando sólo los nutricionistas un 25% quienes cumplen con dicha recomendación.

Gráfico 6. Distribución del porcentaje del método de cocción de preferencia del total de los profesionales (n° 60)



Fuente de elaboración propia

El método de cocción de mayor preferencia como se puede observar es al horno, por lo que se puede inferir que el elevado consumo de grasas no estaría dado por la forma de cocción de los alimentos.

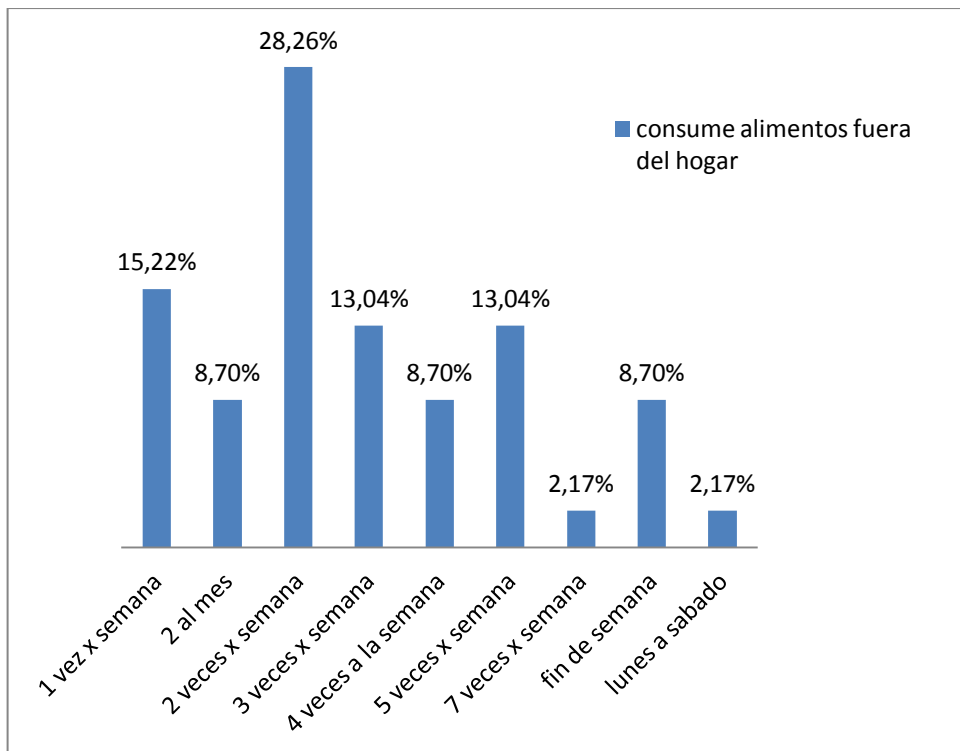
Gráfico 7. Distribución de la población en relación al consumo de alimentos fuera del hogar. (n° 60)



Fuente de elaboración propia

Para el análisis de ésta variable, se utilizó la categoría de a veces, siempre y nunca, para referir si consumían alimentos fuera del hogar. Del total de los profesionales, solo un 8 % no consume alimentos fuera de su hogar (es decir; de elaboración propia); por lo cual se puede observar que es mayor la población que consume alimentos fuera de su hogar, siendo los lugares de mayor preferencia el restaurant, delivery y el trabajo. Y en cuanto a la frecuencia un 28% del total de la población consume dos veces por semana. (Gráfico 8)

Gráfico 8. *Distribución de acuerdo a la frecuencia de consumo (n° 46)*



Fuente de elaboración propia

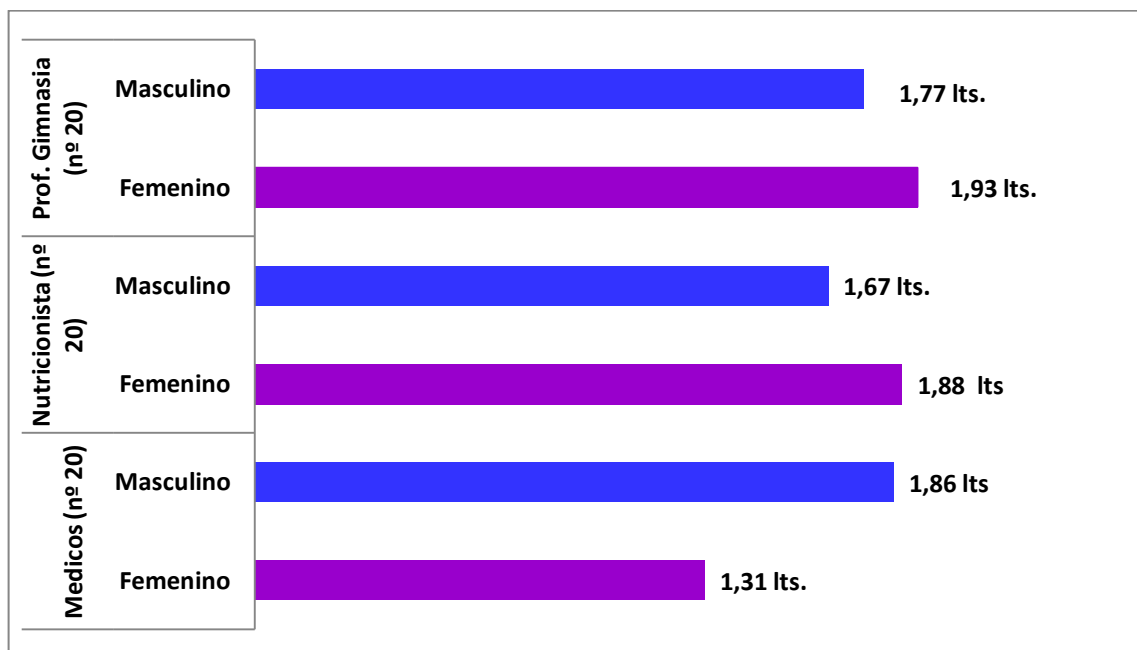
Tabla 7. Distribución de la cantidad y porcentajes de profesionales que incorporan sal a la comida

Incorpora Sal	Nº .de profesionales	%de profesionales
A veces	25	41,67%
Siempre	11	18,33%
Nunca	24	40,00%
Total general	60	100,00%

Fuente de elaboración propia

Al analizar la incorporación de sal a los alimentos, se puede observar que en líneas generales el 60 % de los profesionales tienen este hábito alimentario, reafirmando lo expuesto anteriormente sobre el elevado consumo de sodio de dicha población.

Gráficos 9. Distribución de la población según el consumo de agua (nº 60)

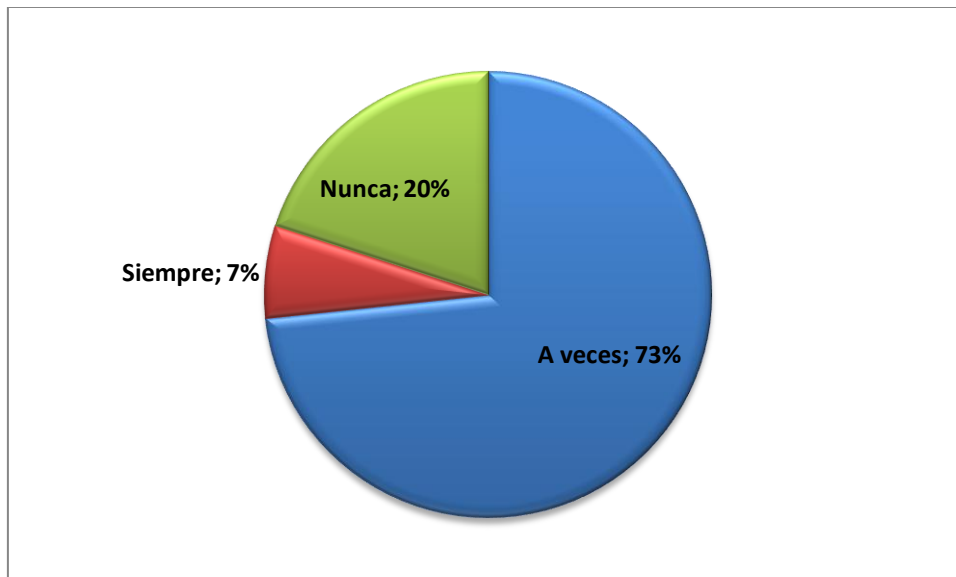


Fuente de elaboración propia

En cuanto a la hidratación, cabe destacar, que si bien como se observa en el gráfico 9 los profesores de gimnasia y nutricionistas representan los grupos con mejor promedio en el consumo de agua, siendo el que sexo femenino, el tiene mayor

ingesta de líquidos. Ninguno de los profesionales cumple con la recomendación de tomar mínimamente 2 litros de agua por día.

Grafico 10. *Distribución de la población según el consumo de alcohol (nº 60)*



Fuente de elaboración propia

En cuanto a la ingesta del alcohol, solo se indagó con qué frecuencia (a veces, siempre y nunca) ingieren bebidas alcohólicas. Los resultados arrojaron que la gran mayoría de la población ingiere bebidas alcohólicas, quedando en caso como pendiente para un nuevo estudio si la cantidad consumida supera a la recomendada según edad y sexo.

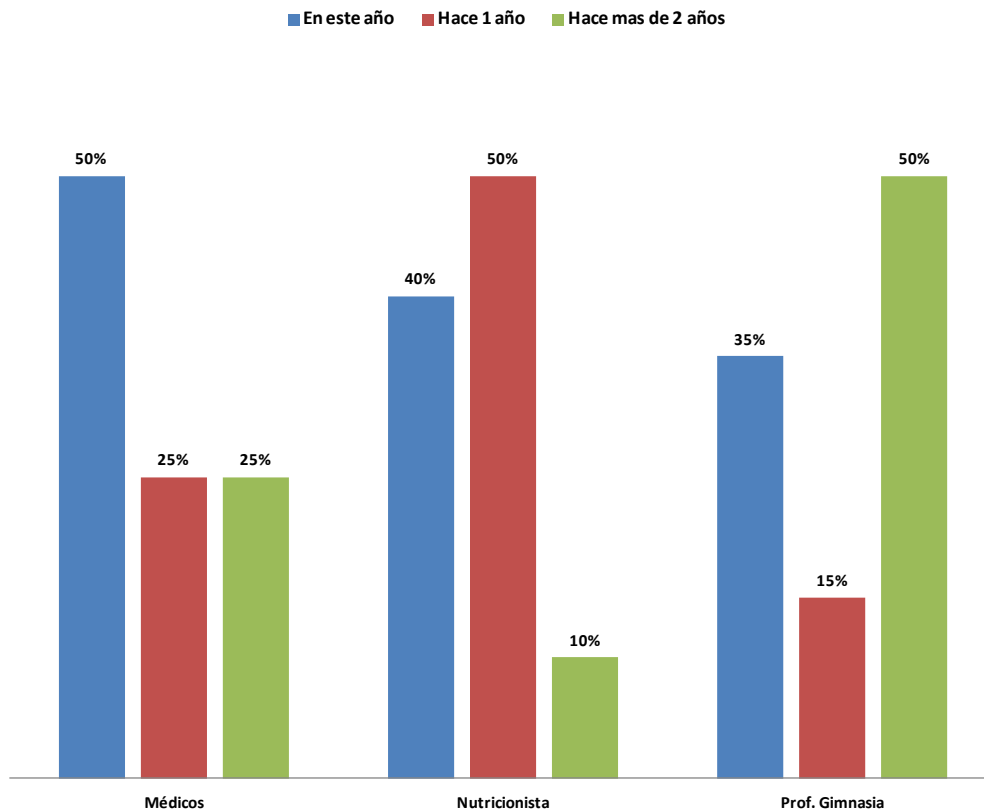
Tabla 8. Distribución promedio de horas de sueños, según la profesión y el sexo (n° 60)

Prof./ sexo	Promedio de horas de sueños
Médicos	
Femenino	7
Masculino	5
Nutricionista	
Femenino	6
Masculino	7
Prof. Gimnasia	
Femenino	6
Masculino	6

Fuente de elaboración propia

La Organización Mundial de la Salud afirma que el promedio de horas de descanso son 8 hs. Dentro del grupo de profesionales estudiado, el análisis arroja que el tiempo promedio de descanso es de 6 horas, siendo los médicos de sexo masculino los que menos tiempo de descanso tienen, con un promedio de 5 horas de sueño, lo que evidencia que ninguno de estos profesionales descansa adecuadamente.

Gráfico 11. *Distribución del porcentaje de la frecuencia en que estos profesionales se realizan una revisión médica (n° 60)*



Fuente de elaboración propia

Otro punto que cobra importancia en las pautas de salud, es la periodicidad en la concurrencia a controles por salud, el cual es aconsejado practicarlo de forma anual. Para este caso la población estudiada fue encuestada sobre su frecuencia de chequeo médico de rutina, cuyo resultado mostró que el 50% de los médicos, si cumplen con esta pauta; mientras que los nutricionistas y profesores de gimnasia, no realizan una revisión médica completa.

En cuanto a los factores de riesgo asociados, fueron consideradas las siguientes patologías: Dislipemia, Hipertensión Arterial, Obesidad y Diabetes. A tal fin los resultados reflejaron que es la Dislipemia el factor de riesgo más prevalente representando casi un 12 % del total de la población. El segundo factor es la

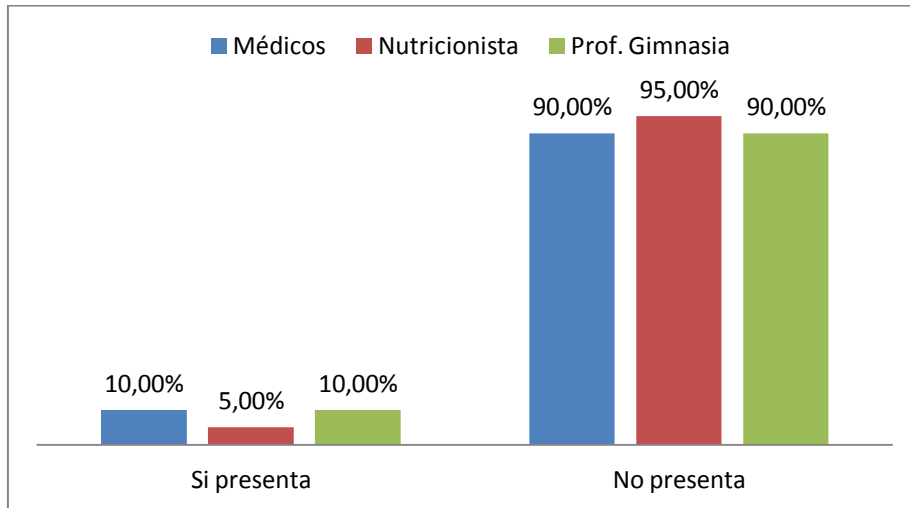
Obesidad. La hipertensión ocupa el tercer lugar, siendo los médicos y nutricionistas; quienes más la padecen. (Tabla 9) Por último ninguno de estos profesionales mencionó tener diabetes. Se puede observar que ningún profesor de gimnasia declaró padecer hipertensión; dato que se podría considerar erróneo o un sesgo, debido a que es este grupo, según los resultados antes mencionados quienes más consumen sodio y menos controles médicos periódicos realizan. (Gráfico 12). Otro factor de riesgo y no menos importante que se puede analizar es el consumo de tabaco, resultando que del total de la población solo un 20% aproximadamente fuma; siendo los médicos clínicos y pediatras los principales fumadores.

Tabla 6. *Distribución de los factores de riesgo asociados en los profesionales de referencia (n° 60)*

Factores de Riesgos	% de Profesionales	
	Padecen	No Padecen
Dislipemia	11,6 %	88,4 %
Obesidad	8,3 %	91,7 %
Hipertensión Arterial	3,3 %	96,7%
Diabetes	0	100%

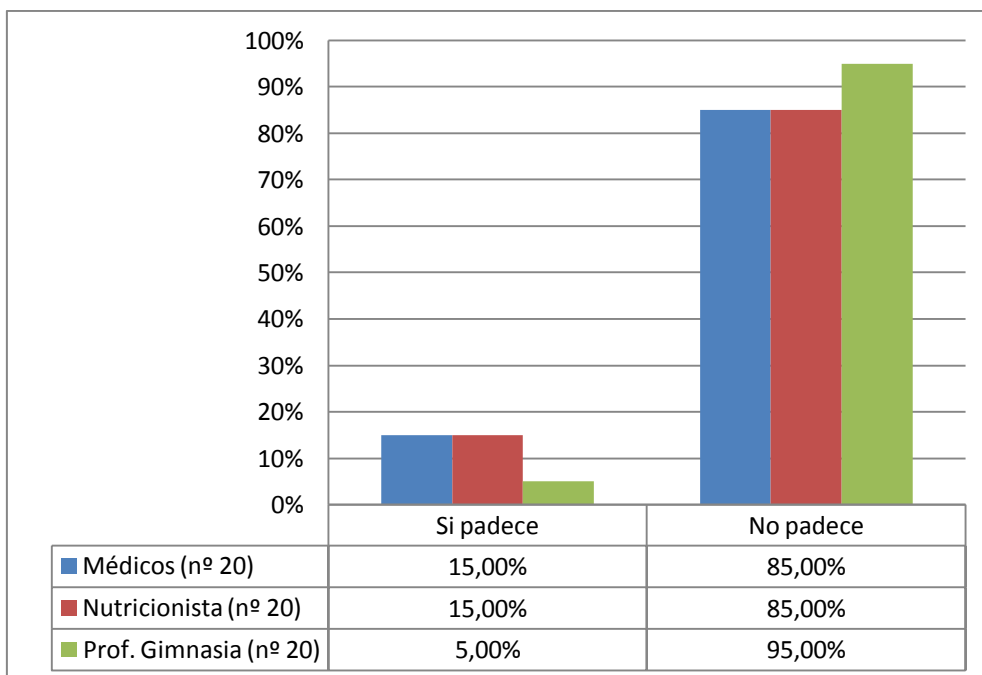
Fuente de elaboración propia

Gráfico 12. Distribución de la presencia de hipertensión Arterial según cada profesión (n° 60)



Fuente de elaboración propia

Gráfico 13. Distribución de la población que presenta Dislipemia según la profesión (n° 60)

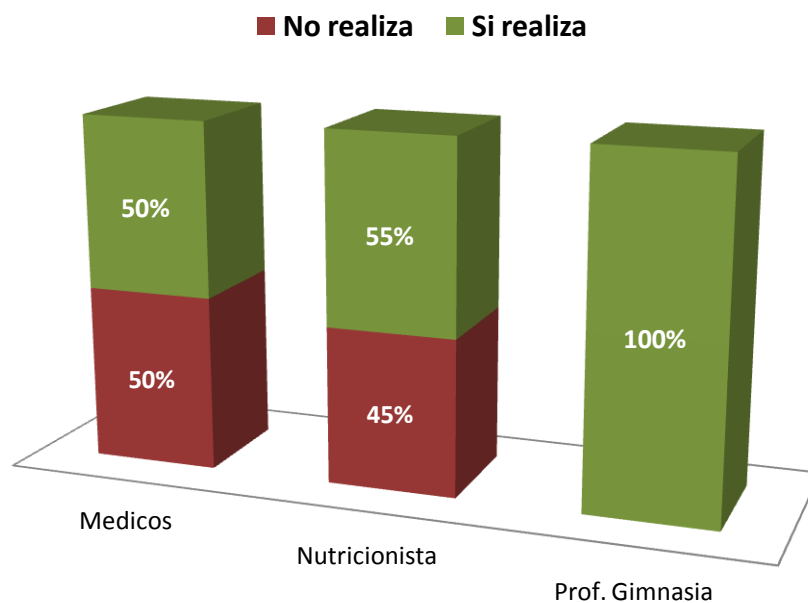


Fuente de elaboración propia

En relación a la dislipemia se puede observar que la población más afectada son los nutricionistas y médicos, resultado esperable al conocer el elevado consumo de grasas de parte de estos profesionales. Ahora bien, del hecho de que son los profesores de gimnasia quienes menos padecen esta patología, se podría inferir que esto obedece a:

- Que la actividad física ayuda a mejorar el perfil lipídico o,
- Que desconocen tenerla debido al tiempo que tiene este grupo sin realizar un control médico.

Gráfico 14. *Distribución de cada profesión de acuerdo a si realizan actividad física*

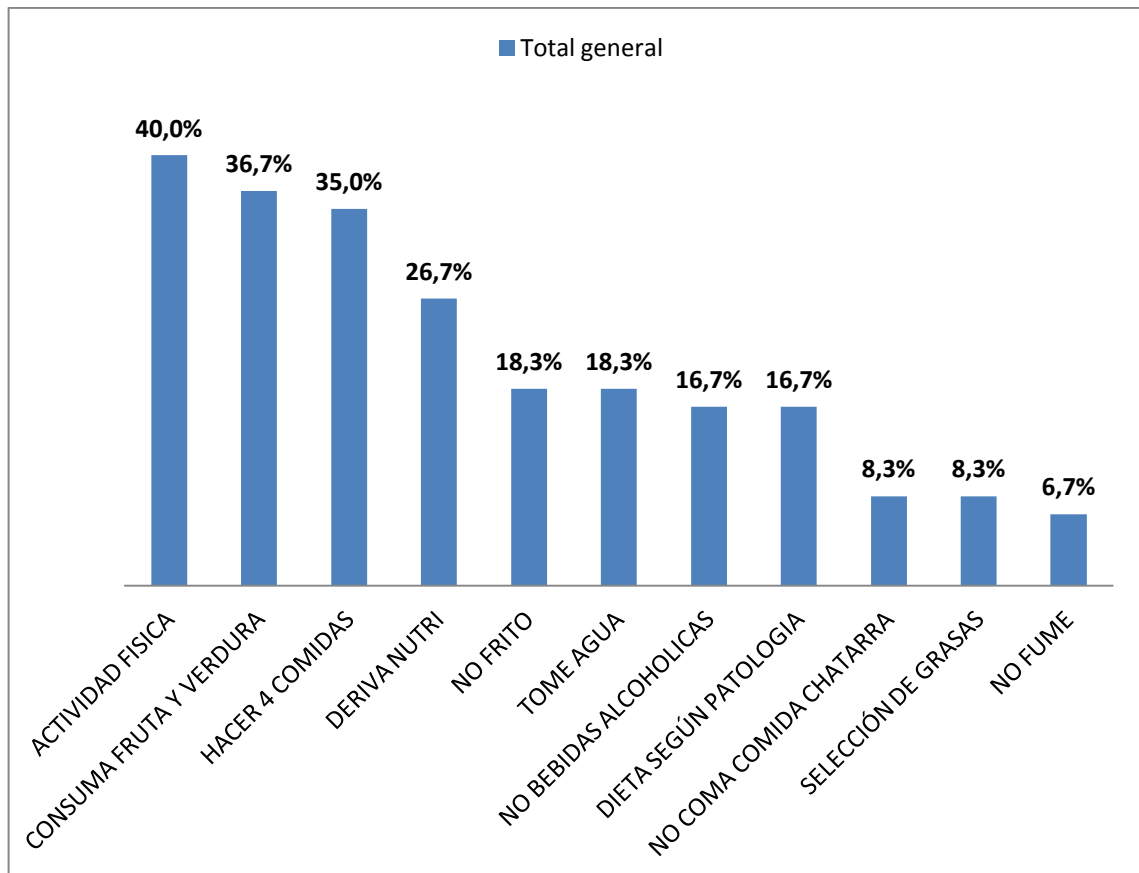


Fuente de elaboración propia

Los resultados reflejaron que al margen de los profesores de gimnasias y que casi el 50 % en promedio de las especialidades nutricionista y médicos, realizan actividad física con un **promedio de 3 horas semanales**, cumpliendo con la recomendación de la O.M.S de realizar media hora de actividad física todos los días. Sin embargo, hay un 50% de los profesionales sedentarios, pese de conocer los beneficios que brinda el realizar actividad física.

Recomendaciones Principales

Gráfico 15. Distribución promedio de las mayores recomendaciones brindadas



Fuente de elaboración propia

Al analizar cuáles son las recomendaciones nutricionales que los diferentes profesionales de estudio brindan, se puede establecer que las tres principales pautas son:

- Realizar actividad física
- Aumentar y consumir frutas y verduras
- Realizar mínimamente 4 comidas al día

Al conocer estas principales recomendaciones se estableció cuales serían las pautas más promulgadas por cada profesión, arrojando los siguientes resultados:



- Que las recomendaciones que más brindan son las que justamente ellos no realizan
- Que son los profesores de gimnasia que más derivan a sus alumnos al nutricionistas,
- Que los nutricionistas promueven a sus pacientes a que realicen actividad física,
- Y por último, que se incremente más el consumo de verduras y frutas, es la principal pauta brindada por médicos

Conclusiones

Con el fin de conocer si los profesionales promotores de salud aplican para sí mismo sus propias recomendaciones, se puede inferir que:

- ✓ El 50% de la población en promedio no realiza actividad física,
- ✓ Que el 80% promedio de estos profesionales no consumen la cantidad recomendada de frutas y verduras.
- ✓ Que existe una elevada ingesta de grasas a nivel porcentual en relación al V.C.T., pese de recomendar lo opuesto.
- ✓ Que hay una baja ingesta tanto de calorías totales como de hidratos de carbono, evidenciando que esta población no tiene una alimentación armónica, ni de calidad y cantidad.
- ✓ Al analizar los recordatorios de 24 hs para conocer la ingesta, se observó que ninguno de los profesionales realiza las 4 comidas diarias; omitiendo con mayor frecuencia almuerzo y desayuno. En consecuencia, la población de estudio no cuenta con hábitos saludables de alimentación.
- ✓ En cuanto a otros factores que influyen en el estilo de vida saludable, como ser descanso, controles médicos, etc; también están ausente debido a que, por un lado ninguno de los profesionales descansan adecuadamente, y que hay una prevalencia a dejar pasar mucho tiempo entre cada revisión médica. En relación al consumo de tabaco, se observó que el 20 % de esta población fuma.
- ✓ Considerando que las principales recomendaciones son: realizar actividad física, hacer las 4 comidas y consumir frutas y verduras, se evidencia que son justamente las que en gran porcentaje ninguno de estos profesionales realizan.

En consecuencia, se puede evidenciar que los profesionales promotores de salud no llevan hábitos y estilo de vida saludables, y por consiguiente no practican sus propias recomendaciones. Si bien la muestra pudiera no ser muy representativa, se



podría considerar como un antecedente para evaluar con mayor precisión estos datos.

Bibliografía

1. Alfonso Sanabria-Ferrand, Pablo, Gonzalez, Luis A. y Urrego Diana Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Revista Med. 2007. Vol 15 (2) Pag.207-217.
2. Hernández-Aguado, I., Lumbreras Lacarra, B. y Garcia de la Hera, M. Introducción a la salud pública y los servicios sanitarios. Capítulo 2 Concepto y funciones de la salud pública. Pag. 5,6.
3. Ortiz Hernández, Luis. La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y la nutrición. Salud Colectiva. Editorial Luga. Pag.129
4. Tavera J. Estilos de Vida, factores de riesgos y enfermedades no transmisibles. Promoción de Estilo de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. 1994.
5. Florez Alarcón L, Hernández L. Evaluación del estilo de vida. Boletín Latinoamericano de psicología de la salud. 1998.
6. Fran E. Physician health and patient care. JAMA. 2004, Feb 4, 291(5): 637
7. Coriel J.et al, Life style an emergent concept in the sociomedical sciences, cultura. Medicine and Psychiatry 1985, N° 9, Pag.243-337
8. Morel Gonay, Verónica. Salud Pública en Costa Rica, Estilos de Vida Saludables: Actividad Física. Pag 127 a 139, Extraído en www.saludpublica.ucr.ac.cr
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategía mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS 2013.Extraido de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
10. Robledo de Dios, T, R. Ortega Sanchez Pinilla, Cabezas Peña, C.; Fores Garcia, D.; Nebot Adell, M.; y Cordoba Garcia, R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupos de Trabajo de educación sanitaria y prevención cardiovascular del PAPPS. Aten. Primaria 2003,32 (supl 2) Pag.30 - 44
11. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo, 1997 y 2001.

12. Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1996.
13. Denissenko MF, Pao A, Tang MS, Pfeifer GP. Preferential formation of benzo(a) pyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P53. Science 1996;274: 4302.
14. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C; Mortality from smoking in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339:826-78
15. Samet Jonathan, Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud pública de México. Vol. 44 suppl. I, Cuernavaca enero 2002. Artículo especial. Pag S146 – S149
16. Ministerio de Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de drogas. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 2001. Avance de resultados.
17. Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner Ch, Wallace P. The risk of alcohol. Addiction 1993;88:1493-508
18. Suarez Marta María, López Beatriz. Alimentación Saludable. Guía práctica para su realización. Editorial Akadia. Pag 42, 63 y 84
19. Barcelo Acosta Micaela, Borroto Díaz Gerardo, Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Rev. Cubana. Invest. Biomed 2001;20(4): Pag 287 - 295
20. Birght E. The pratkin diet. An evaluation. J Can Dietetic Assoc 1998;41: 198.
21. Marques Lopes, Russolillo G., Lopes Rosado E., Bresan J. Dietas Adelgazantes. Canales del sistema sanitario de Navarra. Vol 25. Supl I obesidad. Pags. 165 – 162.
22. Leon VM, Garcia Luna PP. La dieta equilibrada en el tratamiento de la obesidad. En: Obesidad presente y futuro. Ed. Moreno B, Monereo S, Alvarez J. Grupo Aula médica, Madrid 1999: Pags. 263-275
23. Wadden T. Treatment Of obesity by moderate and severe caloric restriction. Ann Intern Med 1993, Vol 119 Pags 688 - 693



24. Coronas R, Forga M, Leyes P. Dietas de muy bajo contenido calórico (VLCD) Nutrición y obesidad. 1998. Vol 3 Pags. 300 - 3005
25. Bender Alexander. Dietas mágicas y otros errores. En: reflexiones sobre nutrición humana. Ed. Fundación BBV, 1994
26. Freedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: A scientific review. Obes Res 2000, Vol 9 Pags 1 – 40
27. Cabo, R. J. Peligros de las dietas cetogénicas en el tratamiento de la obesidad. Rev Esp Nutr Comunitaria, 1995, vol. 1, no 4, pags. 110-114.
28. Verdú, José Mataix. Adelgazar: verdades y falsedades. Ed. Alhulia, 1998.
29. Kenney E. Bowman S, Spence J, Freedman M, King J. Popular diets: correlation to health, nutrition an obesity. J Am Diet Assoc 2001, Vol 101: Pag 411-420.
30. Huertas Robles Benjamin. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Edigrapich. 2001. Vol 71. Supl 1. Pags S209.
31. Andrade Sánchez, Jonathan; Campo Hermoso Fragoso, Diego Armando; González Peralta, Daniel Germán, Educación Física, profesorado y promoción de estilo de vida activa y saludable. Foro Mundial de Educación Física; II Cumbre Iberoamericana de Educación Física y Deporte Escolar; Simposio de Actividad Física y Calidad de Vida; Taller Internacional de Deporte Escolar y Alto Rendimiento, 2010. Extraído del portal informativo de deporte cubano. <http://portal.inder.cu/index.php/recursos-informacionales/congresos/congreso-aiefde-a10/10078-educacion-fisica-profesorado-y-promocion-de-estilos-de>
32. Napolitano, María Emilia. De la gimnasia al fitness ¿ Sistemática de movimiento o normalización corporal?. Pag. 5 – 11
33. Chappottin Salazar, Delia Rosa; Chile García, Alberto Yovani. Consumo alimentario y actividad física. Cuba 2013. Extraído del portal informativo de deporte cubano. <http://portal.inder.cu/index.php/recursos-informacionales/arts-cient-tec/11130-consumo-alimentario-y-actividad-fisica>
34. Varona Pérez, Patricia; Fernández Larrea, Nyuris; Bonet Gorbea, Mariano; García Roche, René Guillermo; Ibarra Salas, Ana María; Chang de la Rosa, María. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev.



Cubana Med. General. Vol 16 n° 3. Ciudad de La Habana. Mayo – Junio 2000. Extraído de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000300001&script=sci_arttext

35. Torresani, María Elena; Somoza María Inés. Lineamientos para el cuidado nutricional. Ed. Eudeba. 3ª edición, primera reimpresión 2011. Pag 175; 887 a 901.
36. Vázquez MB, Witriw AM. Modelos visuales de alimentos. Tablas de relación peso / volumen. 1997
37. Vademecum Nutrinfo. Tabla de composición química de alimentos. Extraído de http://www.nutrinfo.com/tabla_composicion_quimica_alimentos.php

ANEXOS



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la alumna Analia Gutierrez, de la Universidad Isalud. La meta de este estudio es *“Conocer el estilo de vida y practica de profesionales promotores de salud”*, para ser presentado como **Tesis Final** de la carrera de Licenciatura en Nutrición.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta y se le realizara un recordatorio de 24 hs de la ingesta a través de una entrevista.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del notificado anteriormente. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la alumna Analia Gutierrez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es



“Conocer el estilo de vida y practica de profesionales promotores de salud”, para ser presentado como Tesis Final de la carrera de Licenciatura en Nutrición

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista,

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Analía Gutierrez al mail ariyer_18@hotmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Analía Gutierrez al mail anteriormente mencionado.

Fecha

(en letras de imprenta)



ENCUESTA: ESTILO DE VIDA Y PRÁCTICA EN PROMOTORES DE SALUD

Nro de Encuesta

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 30

Peso Actual :

Talla:

Ocupación Actual: Medico

Nutricionista -

Profesor de gimnasia/fitnes

Favor marque con una cruz (X) en los casos que sean necesarios

1. Consume las siguientes porciones de verduras y frutas en su alimentación?

- 5 porciones
- Menos de 5 porciones

2. Que método de cocción utiliza con mayor frecuencia, o es de su preferencia para sus alimentos?

- Frito
- Al horno
- A la plancha
- Otro: (especificar) _____

3. Suele salar las comidas una vez que el plato está servido?

- A veces
- Siempre
- Nunca



4. Habitualmente consume alimentos fuera de su hogar?

- A veces
- Siempre
- Nunca

5. De ser afirmativa su respuesta, cual es el lugar que asiste con mayor frecuencia:

- Restaurant
- Delivery
- Tenedor libre
- Otros (especificar)

6. Favor especificar con qué frecuencia asiste al lugar indicado anteriormente:

7. Qué cantidad de agua en ml o lts. consideraría ingiere por día?

8. Ingiere bebidas alcohólicas?

- A veces
- Siempre
- Nunca

9. Fuma?

- Si
- No

10. Cuantas horas promedio dedica a dormir?



11. Cuando fue la última vez que se realizó un cheque médico, incluyendo un análisis completo?

- En este año
- Hace un año
- Hace más de 2 años

12. Padece o padeció algunas de estas patologías?

Hipertensión: Si No

Dislipemia: Si No

Diabetes: Si No

Otra (especificar): _____

13. Realiza actividad física?

Si

No

En caso de ser afirmativo especificar horas promedio semanales:

14. Que recomendaciones nutricionales o de alimentación brindan a sus pacientes, alumnos, o población en general?

RECORDATORIO DE 24 HS: FORMULARIO GUIA

MOMENTOS	ALIMENTO	MARCA	CANTIDAD en grs, ml, lts, unidad, etc
DESAYUNO	Café, té, mate cocido Mate Chocolate en polvo Chocolatada Leche entera fluida Leche semidesc, fluida Leche desc. Fluida Azúcar Edulcorante Yogur bebible entero yogur bebible descremado Yogur entero Yogur descremado Cereal Cereal con azucar Pan Pan lactal Pan lactal salvado Grisines Galletita de agua Galletita sin sal Galletita dulce simple Galletita rellenes Galleta de arroz Facturas Biscochito Otros (detallar) Mermelada de damasco		

COLACIONES

NOTA: Pueden ser infusiones, golosinas, o lo que haya ingerido antes del almuerzo, incluso agua

ALMUERZO

NOTA: En caso de tartas, sandwich, hamburguesa, detallar la mayor cantidad de ingredientes con su posible cantidad: ej sandwich de jamón y queso
 Pan arabe
 2 fetas de queso de maquina
 2 fetas de jamon
 1 sobre de mayonesa helman

Milanesa de carne frita
 milanesa de carne al horno
 Milanesa napolitana de carne frita
 Milanesa napolitana de carne horno
 Suprema de pollo frita
 Suprema de pollo al horno
 Bife
 Empanada : Pollo, carne, humita, j y q, verd.
 Tarta de. Pollo, atun, verdura
 Ensalada de:
 tomate
 lechuga
 repollo
 zanahoria
 choclo
 huevo
 remolacha
 atun
 queso

brocoli
espinaca
papa
arvejas
cebolla
Otros
Sanwich de (especificar ingredientes)
Pizza de...(especificar ingredientes)
Hamburguesa (especificar
ingredientes)
Pastas ((especificar si es relleno y
gusto)
Salsa de (especificar ingredientes)
Otros alimentos
Aceite de girasol
Aceite de maíz
Aceite de soja
Acheto
Vinagre
Mayonesa
Ketchup
Savora
Salsa golf
Limón
Sal común
Sal light

COLACIONES

NOTA: Pueden ser infusiones, golosinas, o lo que
haya ingerido despues del almuerzo, incluso agua

MERIENDA

Café, té, mate cocido
Mate
Chocolate en polvo
Chocolatada
Leche entera fluida
Leche semidesc, fluida
Leche desc. Fluida
Azucar
Edulcorante
Yogur bebible entero
yogur bebible descremado
Yogur entero
Yogur descremado
Cereal
Cereal con azucar
Pan
Pan lactal
Pan lactal salvado
Grisines
Galletita de agua
Galletita sin sal
Galletita dulce simple
Galletita rellenes
Galleta de arroz
Facturas
Biscochito
Otros (detallar)

CENA

Milanesa de carne frita



milanesa de carne al horno
Milanesa napolitana de carne frita
Milanesa napolitana de carne horno
Suprema de pollo frita
Suprema de pollo al horno
Bife
Empanada : Pollo, carne, humita, j y q,
verd.
Tarta de. Pollo, atun, verdura
Ensalada de:
tomate
lechuga
repollo
zanahoria
choclo
huevo
remolacha
atun
queso
brocoli
espinaca
papa
arvejas
cebolla
Otros
Sanwich de (especificar ingredientes)
Pizza de...(especificar ingredientes)
Hamburguesa (especificar
ingredientes)
Pastas ((especificar si es relleno y
gusto)
Salsa de (especificar ingredientes)
Otros alimentos
Aceite de girasol
Aceite de maiz
Aceite de soja
Acheto
Vinagre
Mayonesa
Ketchup
Savora
Salsa golf
Limon
Sal comun
Sal light